



Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2024-2025**

Date du Jury : **Octobre 2025**

Mémoire universitaire

**Le centre médical « Les Chartriers » :
un levier pour pérenniser une culture
de collaboration ville-hôpital en faveur
de la prévention, du soin et de la
formation**

*Une solution pour pallier les difficultés persistantes au
bénéfice de la population du Hainaut*

Mathieu TROUILLARD

Remerciements

Je souhaite, tout d'abord, adresser mes sincères remerciements et exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Nicolas SALVI, Directeur général du Centre Hospitalier de Valenciennes et à Madame Guillemette SPIDO, Directrice générale adjointe et maître de stage. Leur accueil, leur très grande disponibilité, la richesse de nos échanges et leurs nombreux conseils m'ont été d'une aide précieuse dans la construction du futur directeur d'hôpital que je serai.

Mes vifs remerciements s'adressent également à Monsieur Alain LECHERF, Directeur général adjoint pour sa disponibilité et ses conseils.

Je remercie également Madame Manon POTHIER, Cheffe de projet Les Chartriers-Schéma directeur immobilier, pour sa très grande disponibilité, sa réactivité, ses nombreuses explications et pour la visite du site « Les Chartriers ».

Je souhaite remercier l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier de Valenciennes rencontré pendant les deux stages – d'observation et de direction – et, notamment, celles et ceux qui ont contribué, par leur disponibilité lors d'entretiens, à alimenter le contenu et les réflexions du présent mémoire.

Aussi, je tiens à remercier les professionnels libéraux – du territoire du Valenciennois et, plus largement, des Hauts-de-France – pour les nombreux entretiens réalisés au titre du projet « Les Chartriers » et de l'étude comparative portant, notamment, sur les maisons de santé pluriprofessionnelles.

L'aide d'acteurs institutionnels du territoire – à l'instar de La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Hainaut, par l'intermédiaire de Monsieur DE VERDELHAN, Directeur général adjoint, et l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France – a été précieuse dans la construction du présent mémoire. En ce sens, je souhaite leur adresser mes remerciements.

Ces mots sont également l'occasion de remercier, plus largement, tous les collègues de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Valenciennes pour leur disponibilité, leurs nombreux conseils et la diversité des missions confiées lors du stage de direction.

Enfin, en leur qualité d'élèves directeurs d'hôpital, je souhaite remercier vivement Madame Marie DESHAYES – amie et paire de mémoire et mes amis, Madame Katucia APPOLINAIRE, Monsieur Cheick DIALLO et Madame Nabila LAAJAIL pour leur soutien, leur regard et leurs conseils tout au long de ce travail et, plus largement, durant ces deux années de formation.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	6
1 Une situation socio-économique et sanitaire préoccupante appelant une réponse coordonnée : le projet « Les Chartriers »	9
1.1 Des indicateurs sanitaires et sociaux préoccupants pour des patients en rupture de soins dans des déserts médicaux.....	9
1.1.1 Socio-économie et santé : portrait d'un territoire en difficulté.....	9
1.1.2 Disparités régionales dans l'offre de soins : entre sur-représentation dans le département du Nord et fragilités du TAS Hainaut	16
1.2 Le renforcement des liens ville-hôpital aux prémices du projet « Les Chartriers »	21
1.2.1 Des liens renforcés par l'épidémie de Covid-19 : une coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers	21
1.2.2 L'avènement du projet « Les Chartriers » : un levier pour pérenniser une culture de collaboration ville-hôpital.....	22
1.2.3 La feuille de route ville-hôpital : le contrat local de santé	25
1.2.4 « Les Chartriers » : une offre de soins intégrée et plurielle	27
2 Le projet « Les Chartriers » au regard des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : capitaliser sur les atouts et dépasser les freins.....	37
2.1 Centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : des atouts à valoriser, des axes d'amélioration à envisager	37
2.1.1 Assurer les soins de premier recours : le rôle des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles	37
2.1.2 Au-delà des avantages : appréhender les limites des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles	52
2.2 S'inspirer des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles pour aller plus loin.....	61
2.2.1 Capitaliser sur les atouts des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles	61
2.2.2 Surmonter les freins des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles	64

2.2.3	Dépasser l'existant.....	65
3	« Les Chartriers » : un outil pour coordonner les acteurs et construire une offre de soins adaptée	67
3.1	Réinventer la coopération ville-hôpital pour des parcours de soins fluides et coordonnés	67
3.1.1	La création d'un réseau ville-hôpital avec au cœur un projet comme « Les Chartriers ».....	67
3.1.2	Le nécessaire financement du projet et des activités non financées.....	71
3.1.3	Les liens ville-hôpital : coordonner, partager, uniformiser et accompagner.	74
3.1.4	Libre choix et qualité de vie, des leviers contre les déserts médicaux	78
3.2	Un système de santé intégré, collaboratif et centré sur le patient.....	80
3.2.1	Vers une coordination et un financement renouvelés pour les soins de proximité.....	80
3.2.2	Vers une organisation hospitalière plus intégrée et collaborative.....	83
3.2.3	Vers une organisation coordonnée, innovante et centrée sur le patient pour améliorer les parcours de soins	84
	Conclusion	89
	Bibliographie.....	90
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation adulte handicapé
AAP : Appel à projet
ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ADILH : Association des infirmiers libéraux du Hainaut
AFGSU : Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence
ALD : Affection de longue durée
ANS : Agence du numérique en santé
APA : Activité physique avancée
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
CAF : Caisse d'allocations familiales
CAPH : Communauté d'agglomération La Porte du Hainaut
CAVM : Communauté d'agglomération Valenciennes Métropole
CDS : Centre de santé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes
CLS : Contrat local de santé
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CRC : Chambre régionale des comptes
CSNPR : Centre de soins non programmés régulés
CSP : Code de la santé publique
CTS : Conseil territorial de santé
C2S : Complémentaire santé solidaire
DAC : Dispositif d'appui à la coordination
DMP : Dossier médical partagé
DPC : Développement professionnel continu
EAPA : Enseignant en activité physique adaptée
EDS : Épisode de soins
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
ETP : Équivalent temps plein ou Éducation thérapeutique du patient (selon le contexte)
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FCPTS : Fédération nationale des communautés professionnelles territoriales de santé

FEDER : Fonds européen de développement régional
FHF : Fédération hospitalière de France
FPH : Fonction publique hospitalière
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HHC : Hôpitaux Hainaut Cambrésis
ICF : Indice conjoncturel de fécondité
IDE : Infirmier/infirmière diplômé(e) d'État
IDEC : Infirmier/infirmière diplômé(e) d'État de coordination
IPA : Infirmier/infirmière en pratique avancée
IPDMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
MSS : Maison sport santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
QVCT : Qualité de vie et des conditions de travail
RCP : Réunion de coordination pluridisciplinaire
ROST : Rémunération sur objectifs de santé publique
RSA : Revenu de solidarité active
SAS : Service d'accès aux soins
SAU : Service d'accueil des urgences
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
SHAB : Sambre Hainaut Artois Biologie
SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SMR : Soins médicaux et de réadaptation
TAS : Territoire d'animation santé
UPHF : Université Polytechnique des Hauts-de-France
URPS : Union régionale des professionnels de santé
VBHC : Value-Based Health Care

Introduction

En 2023, dans un rapport intitulé « L'organisation territoriale des soins de premier recours »¹, la Cour des comptes recommandait « dans les zones manquant de professionnels de santé »² de « confier aux hôpitaux une mission d'intérêt général nouvelle, consistant à déployer des centres de santé polyvalents. »³ Dans le même esprit, Monsieur Nicolas Salvi, Directeur général du Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV), souligne que « l'hôpital ne peut plus rester centré uniquement sur le soin curatif. Il doit devenir un acteur proactif de prévention, de recherche, d'enseignement en santé et de réduction des risques. Cela suppose de s'inscrire dans une logique de parcours, en lien étroit avec les acteurs de ville, les collectivités, les usagers. C'est un changement culturel majeur, que nous avons initié à Valenciennes avec, par exemple, le développement de centres de soins primaires et de prévention intégrés dans le cœur de ville associé à un maillage du territoire – Les Charriers et leurs satellites – avec des actions d'aller vers les populations les plus isolées du soin [...]. »⁴

Ces réflexions s'inscrivent, à la fois, dans une dynamique de transformation du système de santé, amorcé depuis des décennies, et dans le cadre du concept de responsabilité populationnelle. Ainsi, de nombreuses réformes se sont succédé, d'abord centrées sur l'hôpital, avec notamment la loi hospitalière de 1991⁵, les ordonnances Juppé de 1996⁶, créant les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les groupements de coopération sanitaires (GCS). Elles se sont ensuite orientées vers la médecine de ville, avec l'instauration du dispositif de médecin traitant en 2004, le soutien au développement de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en 2007, la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en 2016 ou encore l'expérimentation de rémunérations alternatives au paiement à l'acte avec l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018⁷. Ainsi, les lois hôpital, patient, santé, territoire⁸, de modernisation de notre système de santé⁹ et relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹⁰ ainsi que la stratégie nationale de santé 2018-2022 ou encore le Ségur de la santé en 2022 ont progressivement renforcé les liens ville-hôpital, à l'instar de la création des hôpitaux de proximité, des forfaits maladies chroniques ou encore le

¹ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ SALVI, Nicolas. L'hôpital ne peut plus tout faire seul. CRAPS – Le think tank de la protection sociale. 2025.

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁶ Ordonnance n°96-246 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁷ Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁰ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

développement de l'exercice partagé ville-hôpital, visant à encourager les partenariats entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux.

Aussi, comme le précise la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹¹ : *« l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire. »*¹² Cet article, qui illustre le concept de responsabilité populationnelle¹³, met en lumière le rôle de l'ensemble des acteurs dans le maintien en santé de la population : tant les professionnels libéraux que les professionnels hospitaliers, en passant par les acteurs institutionnels – tels que l'ARS ou l'Assurance maladie – et les élus locaux, à l'instar de la région, du département, de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et de la ville. Tous œuvrent depuis de nombreuses années, à des degrés divers, à l'amélioration de la santé de la population.

Cela étant, comme le précise Anne Moyal, dans un article intitulé « Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France »¹⁴, les différentes politiques gouvernementales *« cherchent depuis une trentaine d'années à développer la coopération entre acteurs et institutions, au travers d'approches expérimentales s'appuyant sur des dispositifs de contractualisation et une territorialisation croissante de l'action publique. »*¹⁵ L'auteur poursuit : *« les difficultés sont renforcées depuis une quinzaine d'années par une démographie médicale en baisse et une répartition géographique inégale des professionnels et structures de santé, qui viennent accroître les inégalités d'accès aux soins »*¹⁶. Ces constats mettent en lumière la nécessité de renforcer la coopération entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, en répondant aux défis démographiques et territoriaux qui fragilisent un accès équitable aux soins pour la population, particulièrement les populations précaires et en rupture de soins.

Dans ce cadre, la Cour des comptes énumère différents constats inhérents aux soins de premier recours¹⁷ : un accès de plus en plus contraint aux soins de premier recours, des déséquilibres entre l'offre et la demande, une démographie des professionnels libéraux défavorable – particulièrement les médecins généralistes, une diminution des créneaux de soins ouverts en soirée ou les week-ends, un allongement des délais de rendez-vous, un accroissement du nombre de patients sans médecin traitant, une augmentation de la part de médecins ne prenant plus de nouveaux patients, une aggravation des inégalités dans la répartition géographique, un taux de passages au sein des services d'accueil des urgences (SAU) sans gravité particulière qui atteint 40% dans

¹¹ Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹² Art. 20, loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹³ Le concept de responsabilité populationnelle a été développé par Monsieur Antoine Malone.

¹⁴ MOYAL, Anne. et al. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. Les Tribunes de la santé, 2022/1 N° 71, 2022. p.33-45.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

certains territoires, à l'instar des Ardennes¹⁸, un risque de dégradation des relations entre les professionnels de santé et les patients ou encore la multiplication des consultations à « un seul motif ».

Afin de pallier certaines des difficultés mentionnées, de nombreux exemples de ponts entre les soins de ville et les soins hospitaliers existent¹⁹ : les rendez-vous, via les formulaires en ligne ou les lignes téléphoniques dédiées ; les avis spécialisés par téléphone ou par mail ; l'organisation spécifique d'accès, grâce aux équipes mobiles, à la téléconsultation ou encore aux consultations avancées. Aussi, la continuité des soins est assurée par la transmission d'informations après l'hospitalisation ou la consultation – via les comptes-rendus, les mails, les fiches ou les appels – et par l'orientation vers la ville à la sortie – notamment les réseaux de santé, les professionnels paramédicaux ou encore les structures médico-sociales²⁰. Cela étant, la « *possibilité pour les professionnels de métiers différents d'organiser des coopérations structurées est insuffisamment mise en pratique.* »²¹

Partant, malgré les nombreuses réformes et les mesures mises en place au fil des années, un « *cloisonnement persistant entre la ville et l'hôpital* »²² existe toujours, ce « *qui ne permet pas toujours une réponse adaptée et efficiente aux besoins de santé de la population.* »²³ Aussi, bien que les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers aient développé de nombreuses solutions afin d'améliorer la continuité des parcours de soins et, de fait, pallier les ruptures, ces solutions doivent être intégrées dans une stratégie globale de santé publique. Au sein des établissements de santé, peu de stratégies institutionnelles sont formalisées en matière de liens ville-hôpital, alors même que des collaborations existent. *De facto*, eu égard au rôle des établissements de santé en matière de prévention et de développement des relations ville-hôpital, le CHV s'approprie pleinement les liens ville-hôpital via le centre médical « Les Chartriers »²⁴, intégré dans la stratégie globale de l'établissement et, principalement, le pôle « ville-hôpital ». Le projet s'inscrit ainsi pleinement dans le récent accent mis sur les coopérations entre professions de santé et des diverses mesures adoptées visant, quant à elle, à confier aux établissements de santé diverses missions d'appui aux professionnels libéraux.

Au-delà des structures de coopération des professionnels libéraux – les CPTS, MSP et centres de santé (CDS), ainsi que les instruments de coopération entre lesdits professionnels – à l'instar des protocoles pluriprofessionnels de soins, les infirmiers Asalée – spécialisés en éducation thérapeutique du patient (ETP) – ou encore les infirmiers en

¹⁸ Observatoire des urgences du Grand Est.

¹⁹ LE COSSEC, Chloé, Giacomelli, Maud, et De Chambine, Sophie. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. Santé Publique, 2018, p.213-224.

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² MOYAL, Anne. et al. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. Les Tribunes de la santé, 2022/1 N° 71, 2022. p.33-45.

²³ *Ibid.*

²⁴ Initialement, le « centre médical » portait le nom « centre de soins primaires et de prévention ».

pratique avancée (IPA), qui constituent un premier cran à une coordination des professionnels de santé, l'objectif du projet « Les Chartriers » est de poursuivre cette collaboration entre professionnels. Il s'agit ainsi d'aller plus loin, de penser la coordination au-delà de la dichotomie entre professionnels libéraux et professionnels hospitaliers, de la structuration entre les soins de premier recours – également appelés « soins de proximité » ou « soins primaires » – et les soins de deuxième et troisième recours.

À l'instar d'exemples étrangers, tel que le *Patient-Centered Medical Home* aux États-Unis²⁵, le projet « Les Chartriers » entend créer des interconnexions nouvelles afin de toucher des populations qui n'entrent pas dans les circuits conventionnels, celles et ceux qui renoncent à se soigner ou, encore, qui développent des phobies du milieu hospitalier – et sanitaire plus généralement – ou qui ne viendraient jamais à l'hôpital. *In concreto*, il s'agit de trouver d'autres manières de s'adresser à ces populations, en sus de l'ensemble de la population environnante. Aussi, le projet « Les Chartriers » vise à apporter un plus, celui de nourrir les filières entre elles via des parcours fluidifiés et coordonnés. Enfin, le souhait est aussi de placer le patient comme acteur de sa santé.

De facto, le projet « Les Chartriers » a pour objectif de rassembler, dans un lieu unique, les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers en vue d'atteindre plusieurs objectifs : le renforcement de l'offre de consultations en médecine générale et en médecine spécialisée, un accès facilité à un médecin traitant pour la population sans médecin traitant, le renforcement des actions de prévention sur des thématiques prioritaires (diabète, insuffisance cardiaque, bien vieillir) conformément au concept de responsabilité populationnelle, la diminution du renoncement aux soins ainsi que la diminution des retards de prise en charge, l'offre de parcours patients coordonnés ville-hôpital. Dans ce cadre, les professionnels de santé exerçant aux Chartriers profiteront d'un lieu de travail partagé, d'un environnement de travail agréable et d'outils de prise en charge partagés entre professionnels. Au-delà des objectifs, les souhaits de réorienter les patients dans les filières de soins adaptées et de réadresser les patients sans médecin traitant provenant du centre de soins non programmés régulés (CSNPR) vers des médecins généralistes ont été formulés²⁶. Enfin, dans la même veine, la récupération de parts de marché – principalement sur le privé et sur des pans d'activités perdus depuis la Covid-19 – est l'un des bénéfices attendus du projet « Les Chartriers ».

²⁵ SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902. Les auteurs ont ainsi écrit : « *L'enjeu organisationnel est ainsi double. Il s'agit, d'une part, de favoriser la coordination de la prise en charge des patients et, d'autre part, faciliter la coopération interprofessionnelle, et ce au niveau des cabinets mais également au niveau de l'ensemble du système de santé, et tout au long du parcours de soins des patients.* »

²⁶ Entretien réalisé avec Docteur EL BEKI, chef du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie », Madame VAN OOST, cadre supérieur de santé du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie » et Monsieur DHAOUADI, cadre administratif du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie ».

Ainsi, eu égard au portrait socio-économique et sanitaire du territoire du Hainaut et compte tenu des nombreuses difficultés susmentionnées, le projet « Les Charriers » peut-il apparaître comme une solution adaptée et innovante afin de construire des parcours de soins fluides et coordonnés ?

S'installant sur un territoire à la situation socio-économique et sanitaire préoccupante appelant une réponse coordonnée des acteurs sanitaires environnants (1.), le projet « Les Charriers » entend capitaliser sur les atouts des CDS et MSP, tout en dépassant les limites relatives auxdites structures (2). Ainsi, apparaissant comme l'une des solutions aux problématiques inhérentes à différents pans du système sanitaire français – à l'instar des liens ville-hôpital, des ruptures dans les parcours de soins, de la place marginale de la prévention ou encore de la démographie médicale, ledit projet conduit à de nombreuses propositions en vue de l'ériger comme l'une des solutions aux présentes difficultés (3.).

Méthodologie

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai fait le choix d'adopter une pluralité de méthodes selon les parties, eu égard au contenu inhérent à chacune d'entre elles.

La première étape, préalable aux recherches bibliographiques et à la rédaction du présent mémoire, fut celle de la compréhension du projet. Ainsi, j'ai souhaité prendre connaissance du projet « Les Chartiers » dans chacune de ses dimensions : genèse du projet, philosophie, constats territoriaux, choix du lieu, objectifs, acteurs en présence, activités ou encore financements. Dans ce cadre, Madame Guillemette SPIDO – Directrice générale adjointe du CHV – et Madame Manon POTHIER - Cheffe de projet Les Chartiers-Schéma directeur immobilier, ont été d'une très grande aide dans la fourniture de nombreux écrits et documents relatant le projet et dans la communication de la liste des personnes à solliciter. Aussi, les nombreuses personnes qui ont accepté la réalisation d'entretiens ont, pour une partie d'entre elles, accepté de me communiquer plusieurs écrits également.

Une fois cette première étape réalisée, j'ai procédé à la modélisation du plan en trois parties, en vue de remplir plusieurs objectifs. La première brosse le portrait du territoire environnant. La deuxième démontre la pertinence du projet compte tenu du portrait territorial et d'une étude comparative avec les MSP et les CDS. Enfin, la troisième dresse une liste de plusieurs propositions afin de consacrer le projet « Les Chartiers » comme l'une des solutions [souhaitées] pour de nombreuses problématiques rencontrées sur les champs suivants : la démographie médicale, la prévention, les liens ville-hôpital, la formation des professionnels de santé ou encore les parcours de soins.

Par la suite, à l'appui des recherches bibliographiques, de nombreux entretiens réalisés – tant en présence de professionnels hospitaliers, de professionnels libéraux du territoire, d'acteurs de la ville (notamment la CPTS Grand Valenciennes et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Hainaut) et de médecins généralistes des Hauts-de-France, membres de MSP, une phase de réflexion destinée à construire les propositions a permis de nourrir progressivement chacune des parties. Les acteurs sollicités ont contribué à alimenter davantage la réflexion en vue de rendre ce travail de recherche et de projection professionnelle le plus complet possible. À titre de précision, l'Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France a été d'une grande aide dans la sollicitation des médecins généralistes membres de MSP de la région Hauts-de-France.

Ainsi, ce mémoire repose à la fois sur une approche théorique et opérationnelle. L'approche théorique – basée particulièrement sur les recherches bibliographiques, tant pour les données socio-démographiques, économiques et sanitaires que pour l'étude comparative avec les MSP et CDS – consiste à comprendre les objectifs visés par le projet ; cela en tenant compte à la fois du portrait territorial et, aussi, de l'organisation actuelle des

soins de premier recours notamment (MSP, CDS, CPTS particulièrement). L'approche opérationnelle consiste, quant à elle, à démontrer – via les objectifs – la pertinence du projet – par ses nombreuses activités, d'appuyer cette pertinence au moyen des témoignages recueillis et, *in fine*, de considérer le projet « Les Chartriers » comme l'une des solutions potentielles à de nombreuses difficultés persistantes au sein du système de santé français. En somme, l'approche opérationnelle consiste à démontrer pourquoi le projet « Les Chartriers » a pour ambition de dépasser le modèle des MSP et CDS, tout en capitalisant sur leurs atouts.

De fait, les parties ont été alimentées via les méthodes suivantes :

- La première partie (1. *Une situation socio-économique et sanitaire préoccupante appelant une réponse coordonnée : le projet « Les Chartriers »*) est construite sur des recherches bibliographiques, de nombreuses données, fournies notamment par la CPAM du Hainaut et par une part des entretiens réalisés avec des professionnels du CHV et des professionnels libéraux (MSP Les Chartriers, CPTS Grand Valenciennes) ;
- La deuxième partie (2. *Le projet « Les Chartriers » au regard des centres et maisons de santé : capitaliser sur les atouts et dépasser les freins*) est alimentée par de nombreuses recherches bibliographiques, les entretiens réalisés avec les médecins généralistes des Hauts-de-France et/ou leurs réponses écrites ;
- La troisième partie (3. *« Les Chartriers » : un outil pour coordonner les acteurs et construire une offre de soins adaptée*) repose sur un travail de réflexion à l'appui des éléments constitués sur les deux premières parties, issues notamment de l'ensemble des données décrites et des entretiens réalisés. Aussi, cette partie repose sur les objectifs du projet, l'étude comparative avec les MSP et les CDS et, également, sur les nombreuses réflexions, propositions et recommandations des différents acteurs interrogés.

Enfin, tout au long du mémoire, la législation et la réglementation en vigueur ainsi que l'ensemble des réformes ayant eu lieu jusqu'à ce jour ont guidé la réflexion – tout en gardant à l'esprit que le projet « Les Chartriers » pourrait constituer la base d'évolution(s) juridique(s).

Pour le futur directeur d'hôpital que je serai, les développements qui suivent ces mots mettent en exergue l'absolue nécessité de considérer la diversité des acteurs – du secteur sanitaire comme d'autres secteurs d'activités, tels que les élus –, la diversité des structures (CPTS, MSP, CDS, DAC, etc.) et, au-delà, le portrait socio-démographique et sanitaire du territoire sur lequel l'établissement de santé se situe, pour construire ensemble des solutions au service de la population.

1 Une situation socio-économique et sanitaire préoccupante appelant une réponse coordonnée : le projet « Les Chartriers »

Les nombreux indicateurs disponibles – socio-démographiques, économiques et sanitaires – permettent de brosser le portrait d'un territoire du Hainaut en difficulté sur de nombreux points. Un tel constat appelle nécessairement une réponse coordonnée de l'ensemble des acteurs du territoire – tant les acteurs de la santé que d'autres horizons – afin d'améliorer notamment les indicateurs sanitaires.

1.1 Des indicateurs sanitaires et sociaux préoccupants pour des patients en rupture de soins dans des déserts médicaux

Pour comprendre l'importance du projet « Les Chartriers » pour le territoire du Hainaut, il est impératif d'en brosser le portrait, au regard des indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires.

1.1.1 Socio-économie et santé : portrait d'un territoire en difficulté

La présente partie a vocation à brosser un portrait du territoire du valenciennois au regard du territoire national, du territoire des Hauts-de-France, du territoire du département du Nord, du territoire d'animation santé (TAS) du Hainaut, territoire couvert par la CPAM du Hainaut (territoire du Hainaut).

Ainsi, les données socio-démographiques, les données économiques et les indicateurs sanitaires du territoire seront analysés au regard des différents territoires susmentionnés, chaque fois que les données et les indicateurs sont connus.

A. Les données socio-démographiques : une population jeune et déclinante

La région Hauts-de-France et le département du Nord

Au 1^{er} janvier 2024, le département du Nord comptait environ 2 614 300 habitants, soit une évolution annuelle moyenne de +0,7% entre 2013 et 2024 et une densité de population égale à 455, bien au-dessus de la densité des autres départements de la région. Les Hauts-de-France comptabilisaient 5 983 800 habitants au 1^{er} janvier 2024.

Sur le plan de la natalité, le département du Nord présente un taux de natalité de 11,1 pour 1000 habitants, contre 10,7 en Hauts-de-France. Quant à l'espérance de vie, les femmes vivent en moyenne jusqu'à 83,6 ans et les hommes jusqu'à 77,3 ans, des espérances de vie identiques à celles de la région Hauts-de-France. Aussi, la part des

moins de 20 ans est de 25% pour le département et de 24,8% pour la région, quand celle des plus de 75 ans est de 8,6% contre 9,0% dans la région.

Selon les projections démographiques à 2070 établies par l'INSEE²⁷, la région Hauts-de-France devrait voir sa population globale baisser de 11%, soit moins 650 000 habitants. Ainsi, selon ces projections, plusieurs observations sont à noter :

- Une baisse de la population des moins de 30 ans (-24%),
- Une augmentation de la population des plus de 75 ans (+63%),
- Une très forte augmentation de la population des plus de 85 ans (+141%).

Le TAS Hainaut | Le territoire du Hainaut

Le TAS Hainaut comptabilisait, au 1^{er} janvier 2019, 739 183 habitants²⁸. Le territoire est davantage peuplé par des jeunes que dans le reste de la France, avec 31,9% d'habitants de moins de 25 ans (contre 29,5% en France hexagonale). Le territoire compte également moins de personnes âgées : 8,2% de personnes de 75 ans et plus, en-deçà de la moyenne hexagonale qui s'établit à 9,5%. Ainsi, la population du TAS diminue d'année en année. Seule la Communauté d'Agglomération de Valenciennes Métropole (CAVM) voit sa population augmenter.

Aussi, le présent TAS possède l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) le plus élevé des TAS des Hauts-de-France et est supérieur à l'ICF moyen de la France. Par exemple, le seuil de remplacement est dépassé dans la communauté d'agglomération de la Porte du Hainaut, à 2,1 enfants par femme. Il est à noter également que la fécondité des femmes âgées entre 12 et 20 ans est la plus élevée des TAS de la région Hauts-de-France.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, le territoire du Hainaut²⁹ regroupe 348 communes – lié à la fusion de deux communes (Bermeries et Amfroipret). La répartition de la population du territoire par tranche d'âge est plutôt équilibrée jusqu'à 74 ans. Les femmes représentent une majorité de la population : 51,5% de femmes et 48,5% d'hommes³⁰. Partant, selon l'INSEE, la densité de population du territoire était – pour l'année 2022 – de 248,9 habitants par kilomètre carré, soit une densité multipliée par deux au regard de la densité de la France (107,1). Quant à l'arrondissement de Valenciennes, celui-ci est particulièrement densément peuplé avec une densité de 551,7.

²⁷ INSEE, modèle Omphale 2018-2070.

²⁸ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

²⁹ Les éléments compris dans cette sous-partie sont le fruit d'échanges avec la CPAM du Hainaut, par l'intermédiaire de Monsieur De Verdelhan notamment.

³⁰ INSEE, Recensements de la population, année 2022.

B. Les données économiques³¹ : une situation très dégradée pour le territoire

La région Hauts-de-France et le département du Nord

En 2020, pour la région Hauts-de-France, le taux de pauvreté était de 17,2%, contre 14,4% en France métropolitaine. Il était même de 18,4% pour le département du Nord. La région connaît un taux de chômage de 9%, au-dessus de la moyenne en France métropolitaine à 7,1% mais en-deçà de celui du département du Nord à 9,5%.

Alors que la part de foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA), au 2^{ème} trimestre 2024, était de 2,7% en France métropolitaine, il était de 3,3% en Hauts-de-France et de 3,7% pour le département du Nord. Aussi, la part de population bénéficiaire de la complémentaire santé-solaire (C2S) en juin 2024 était de 13,6% en Hauts-de-France, contre 11,6% en France métropolitaine. Cette part atteignait 16% pour le seul département du Nord.

En somme, le territoire fait apparaître des données économiques plus inquiétantes que pour le reste de la France et un département du Nord davantage touché que le reste de la région des Hauts-de-France.

Le TAS Hainaut | Le territoire du Hainaut³²

Pour le TAS Hainaut³³, comparativement aux données de la France hexagonale, celui-ci comptabilisait en 2022 :

- +50% d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) âgés de 20 à 64 ans,
- +83% d'allocataires du RSA,
- -18% des 18-24 ans scolarisés,
- -40% de cadres et professions intellectuelles supérieures,
- +59% de chômage,
- -24% de revenu fiscal moyen.

Aussi, en regard des données de la région Hauts-de-France, le TAS Hainaut comptabilisait la même année :

- +28% d'allocataires de l'AAH âgés de 20 à 64 ans,
- +30% d'allocataires du RSA,
- -13% des 18-24 ans scolarisés,
- -23% de cadres et professions intellectuelles supérieures,
- +25% de chômage,
- -18% de revenu fiscal moyen.

³¹ INSEE ; Site de la complémentaire santé solidaire.

³² Les éléments compris dans cette sous-partie sont le fruit d'échanges avec la CPAM du Hainaut, par l'intermédiaire de Monsieur De Verdelhan notamment.

³³ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

En somme, le TAS Hainaut connaît une situation sociale très dégradée, au regard du reste des Hauts-de-France et de la France hexagonale. Ainsi, cette situation est notamment caractérisée par :

- Le revenu annuel moyen le plus faible des TAS de la région,
- Le deuxième taux le plus faible pour la part de jeunes ayant un Bac+2,
- Le deuxième taux le plus élevé de jeunes peu ou pas diplômés,
- Un taux de chômage qui place le Hainaut comme le TAS le plus affecté de la région.

En janvier 2025, le territoire du Hainaut comptait 93% de bénéficiaires du régime général³⁴. Dans le détail, l'arrondissement de Valenciennes rassemble 48,65% des bénéficiaires du régime général pour le territoire du Hainaut³⁵. Aussi, la commune de Valenciennes comporte des bénéficiaires plus jeunes, avec un taux des plus de 60 ans inférieur à 20%³⁶.

Enfin, il est à noter que plus de la moitié des bénéficiaires de la C2S du territoire du Hainaut réside dans l'arrondissement de Valenciennes. L'arrondissement (19,17%³⁷) et, davantage, la commune de Valenciennes concentrent une part plus forte de bénéficiaires de la C2S. C'est ainsi que pour la commune de Valenciennes plus d'un bénéficiaire sur quatre est couvert par la C2S (26,66%)³⁸. Cela étant, ce taux est à nuancer car il ne constitue pas le taux de bénéficiaires de la C2S le plus élevé du territoire.

C. Les indicateurs sanitaires³⁹ : une dégradation continue au détriment d'une population fortement touchée

La région Hauts-de-France et le département du Nord

En région Hauts-de-France, pour l'année 2022, le taux de mortalité prématurée standardisé⁴⁰, était de 0,22%, au-delà des 0,18% pour la France métropolitaine. En moyenne annuelle en 2020-2022, environ 30 000 femmes et 30 000 hommes sont décédés, toutes causes confondues⁴¹. Parmi les causes de mortalité, les plus représentées sont :

- Les cancers, avec 6 468 décès de femmes et 8 457 décès d'hommes ;
- Les maladies cardiovasculaires, qui ont tué 6 485 femmes et 5 709 hommes ;
- Le tabac, avec 2 445 décès de femmes et 5 107 décès d'hommes ;
- Le diabète, qui a tué 2 169 femmes et 2 274 hommes.

³⁴ SIAM ERASME – requêtes locales CPAM du Hainaut, janvier 2025. Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

³⁵ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

³⁶ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

³⁷ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

³⁸ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

³⁹ DREES ; INSEE.

⁴⁰ Le taux de mortalité prématurée standardisé correspond aux décès survenus avant l'âge de 65 ans pour 100 000 habitants.

⁴¹ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

Aussi, la prévalence estimée de certaines maladies ou de certains traitements est sans cesse plus importante en Hauts-de-France comparativement à la moyenne hexagonale :

- Le diabète touche 77,39 personnes pour 1 000 habitants en Hauts-de-France, contre 63,02 personnes pour 1 000 habitants en France ;
- Les maladies respiratoires chroniques hors mucoviscidose concerne 67,24 personnes pour 1 000 habitants en Hauts-de-France contre 56,48 personnes pour 1 000 habitants en France ;
- Les maladies cardio-vasculaires touchent en moyenne entre 6,9% et 26,7% de personnes en plus que la moyenne nationale ;
- Les cancers touchent également en moyenne entre 6,1% et 8,9% de personnes en plus que la moyenne nationale ;
- Le constat est identique pour les maladies neurologiques ou dégénératives (+11,7% pour la maladie de Parkinson, +21,8% pour la sclérose en plaque, +14,7% pour les démences dont la maladie d'Alzheimer), pour les maladies inflammatoires ou rares (+35,9% pour les maladies inflammatoires chroniques intestinales, +15,3% pour la mucoviscidose, +16,7% pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves) ou encore pour les maladies psychiatriques (+26,9% pour la déficience mentale et +24,5% pour les troubles addictifs) ;
- Les traitements anxiolytiques concernent 59,34 personnes pour 1 000 habitants en Hauts-de-France, contre 44,20 personnes pour 1 000 habitants en France.

Ainsi, en Hauts-de-France, en 2022, plus de 805 000 femmes avaient au moins une pathologie, parmi lesquelles les maladies respiratoires chroniques (195 058 femmes), les cancers (146 931 femmes), les maladies cardio-neuro-vasculaires (199 718 femmes) ou encore le diabète (203 409 femmes). La même année, plus de 788 000 hommes avaient au moins une pathologie également, parmi lesquelles les maladies respiratoires chroniques (196 573 hommes), les cancers (133 524 hommes), les maladies cardio-neuro-vasculaires (277 213 hommes) ou encore le diabète (234 741 hommes). En somme, même si les données ne sont pas identiques, les pathologies les plus représentées pour chacun des sexes sont similaires.

Le TAS Hainaut | Le territoire du Hainaut⁴²

En 2022, l'état de santé⁴³ de la population habitant au sein du TAS Hainaut se caractérisait par :

- Une baisse de la mortalité, au cours des années, moins soutenue qu'en France ;

⁴² Les éléments compris dans cette sous-partie sont le fruit d'échanges avec la CPAM du Hainaut, par l'intermédiaire de Monsieur De Verdelhan notamment.

⁴³ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

- Une prévalence des cancers causant la mort pour 27% des décès de personnes domiciliées dans le TAS ;
- Une prévalence des maladies cardiovasculaires causant la mort pour 25% des décès de personnes domiciliées dans le TAS ;
- Une forte surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire et, également, par maladies de l'appareil digestif, comparativement à la France ;
- 7 464 décès annuel moyen pour les années 2011-2017, toutes causes, dont les cancers (2 009 décès), les maladies cardiovasculaires (1 841 décès), l'appareil respiratoire (616 décès), le système nerveux (463 décès) ou encore l'appareil digestif (419 décès) ;
- Un différentiel de mortalité en regard de la France hexagonale pour les cancers de l'ordre de +15% pour les femmes et +25% pour les hommes, pour les maladies cardiovasculaires de l'ordre de +30% pour les femmes et +33% pour les hommes.

Aussi, en termes de déterminants de santé, le TAS Hainaut n'est pas en bonne posture :

- En matière d'activité sportive, le nombre de licences sportives délivrées au sein du TAS est inférieur, en proportion, à celui de la France (19,0% dans le TAS, 21,4% en Hauts-de-France et 24,6% en France pour les hommes ; 9,0% dans le TAS, 11,4% en Hauts-de-France et 14,3% en France pour les femmes) ;
- En termes de corpulence, un quart des élèves de sixième est en surcharge pondérale – filles comme garçons, ce qui positionne le TAS Hainaut en première position des TAS pour l'obésité chez les garçons (6,8%) et parmi les premiers chez les filles (6,6%) en classe de sixième ;
- Sur le plan de l'alimentation, comparativement à la région Hauts-de-France, le TAS se caractérise par une prépondérance à consommer quotidiennement des produits sucrés ;
- Le diabète y est plus prégnant qu'en Hauts-de-France et en France ;
- En matière de consommation de tabac, 56,9% des élèves de sixième déclarent vivre avec au moins un parent fumeur, soit le deuxième plus important taux d'élèves de sixième en région Hauts-de-France ;
- Enfin, en termes de consommation d'alcool, 24,7% des élèves de sixième déclarent avoir déjà consommé de l'alcool, soit le deuxième plus faible taux en région Hauts-de-France. Le TAS Hainaut se caractérise notamment par une forte surmortalité liée à la consommation d'alcool et, également, à la consommation de tabac.

Enfin, le TAS Hainaut se caractérise par des indicateurs de mortalité défavorables, notamment avec les plus faibles espérances de vie des TAS des Hauts-de-France et une surmortalité comparativement à la France, marquée chez les moins de 65 ans.

En janvier 2025, selon les données de la CPAM du Hainaut, la circonscription du Hainaut présentait un taux d'assurés sans médecin traitant⁴⁴ de 9,62%⁴⁵. L'arrondissement de Valenciennes, avec un taux d'assurés sans médecin traitant de 8,84%⁴⁶, représente 44,57%⁴⁷ de la part des assurés sans médecin traitant sur le territoire du Hainaut. Plus encore, la commune de Valenciennes comportait 14,53%⁴⁸ d'assurés sans médecin traitant, pour une part de 9,79%⁴⁹ des assurés sans médecin traitant sur le territoire du Hainaut. Ainsi, la commune de Valenciennes se caractérise par un taux d'assurés sans médecin traitant nettement plus élevé.

Aussi, la population sans recours aux soins au cours des vingt-quatre derniers mois⁵⁰ – selon l'Observatoire des Fragilités Grand Nord – met en lumière un taux plus élevé que le territoire du Hainaut pour la commune de Valenciennes : 5,97% contre 7,47%⁵¹. Au regard du taux d'assurés sans médecin traitant, une cohérence est observée en raison d'une tendance desdits assurés à renoncer plus facilement aux soins. Ainsi, ces derniers peuvent rencontrer des difficultés dans l'accès aux consultations médicales, notamment dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

De plus, sur le plan des patients en affection longue durée (ALD)⁵², le territoire du Hainaut comprend 19,87%⁵³ d'assurés en ALD. Bien que le taux d'assurés sans médecin traitant soit plus élevé pour la commune de Valenciennes que pour l'ensemble du territoire étudié, le taux d'assurés en ALD est inférieur (18,66%⁵⁴). Ainsi, ce constat est défavorable pour les patients en ALD habitant la commune de Valenciennes car, souvent plus fragiles, ceux-ci présentent des risques d'aggravation de leur état de santé.

C'est dans ce cadre que de fortes disparités régionales sont perceptibles dans l'offre de soins.

⁴⁴ Ce taux prend en compte les assurés du régime général âgés de 16 ans ou plus, selon les données fournies par la CPAM du Hainaut.

⁴⁵ SIAM ERASME – requêtes locales CPAM du Hainaut, janvier 2025. Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁴⁶ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁴⁷ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁴⁸ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁴⁹ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁵⁰ Ces taux prennent en compte les assurés du régime général âgés de 16 ou plus, n'ayant pas perçu au moins un remboursement d'actes de soins dans la période de recherche des actes. Aussi, les assurés arrivés dans la CPAM du Hainaut dans la période d'étude sont exclus.

⁵¹ Observatoire des Fragilités Grand Nord, décembre 2024.

⁵² Ces taux prennent en compte les assurés du régime général âgés de 17 ou plus, avec une ALD exonérante active au 1^{er} août 2025, en fonction de leur commune de résidence. Aussi, pour le taux d'assurés en ALD, le nombre d'assurés en ALD a été rapporté à la population totale.

⁵³ SIAM ERASME – requêtes locales CPAM du Hainaut, 1^{er} août 2025. Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁵⁴ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

1.1.2 Disparités régionales dans l'offre de soins : entre sur-représentation dans le département du Nord et fragilités du TAS Hainaut

Bien que la région des Hauts-de-France et, en particulier, le département du Nord ne soient pas en mauvaise posture sur le plan de la démographie médicale⁵⁵, il apparaît que la démographie médicale du TAS Hainaut est bien plus fragile au regard des données départementales.

A. Les effectifs médicaux et paramédicaux de la région Hauts-de-France

La fonction publique hospitalière (FPH)⁵⁶

En 2021, pour la région Hauts-de-France, la FPH comptabilisait 112 477 professionnels, dont 8 741 personnels médicaux et 103 736 soignants, sage-femmes, agents administratifs, socio-éducatifs et techniques. Le département du Nord concentre 46,17% du total des professionnels de la FPH en Hauts-de-France.

Les professionnels de santé libéraux et mixtes

En 2023, la région Hauts-de-France comptabilisait 4 985 médecins généralistes – dont 47% de praticiens de plus de 55 ans –, 4 041 médecins spécialistes – dont 46% de praticiens de plus de 55 ans – et 8 978 infirmiers.

En termes de densité, celle des médecins généralistes⁵⁷ dans le département du Nord est supérieure de 8 points à la densité en France métropolitaine (93,4 contre 85,1 pour 100 000 habitants), même si la densité en Hauts-de-France demeure inférieure, à 83,1. Quant à la densité de médecins spécialistes⁵⁸ dans le département du Nord, elle est – à l'instar de l'ensemble de la région Hauts-de-France – inférieure à la densité en France métropolitaine (87,9 contre 77,5).

Enfin, en 2023, selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), la densité d'infirmiers⁵⁹ dans le département du Nord, de 155,4, était supérieure à la densité d'infirmiers au national, avec 143,7 infirmiers pour 100 000 habitants.

Compte tenu des données susmentionnées, le territoire du Hainaut présente quelques fragilités sur le plan de la démographie médicale.

⁵⁵ Dans le rapport d'information n°589, « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. » de mars 2022, il est indiqué que 30% de la population française vit dans un « désert médical ».

⁵⁶ Cartographie régionale des métiers, ANFH Hauts-de-France, 2021

⁵⁷ STATISS, édition 2023, en exercice au 1^{er} janvier 2023 – nombre et densité pour 100 000 habitants.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ Études et données CNAM, 2023, en exercice en 2022 – nombre et densité pour 100 000 habitants.

B. Une démographie médicale aux fragilités marquées : le territoire du Hainaut

En 2022, le TAS Hainaut⁶⁰ comptabilisait 565 médecins généralistes libéraux, dont 327 de 55 ans et plus (57,9%). Comparativement à la France hexagonale et à la région Hauts-de-France, le TAS Hainaut se caractérise par une densité de médecins généralistes libéraux nettement plus faible. Aussi, il est à noter une diminution de la densité de médecins généralistes libéraux plus importante pour le TAS Hainaut qu'en France : ladite densité a diminué, entre 2012 et 2022, de 20% pour le TAS Hainaut et de 12% pour la France hexagonale.

Cela étant, la densité de médecins généralistes salariés est sensiblement identique à celle de la France : 37,1 pour 100 000 habitants pour le TAS Hainaut et 38,9 en France hexagonale. Comparativement à la baisse importante de la densité de médecins généralistes libéraux au sein du TAS Hainaut et au regard de la France hexagonale, il est à noter que la densité de médecins généralistes salariés a – dans le même temps – augmenté significativement : +26%, soit bien au-delà de celle de la France hexagonale à +8%.

Sur le versant des médecins spécialistes, le TAS Hainaut comptabilisait – au 1^{er} janvier 2022 – 994 médecins spécialistes, dont 502 médecins libéraux ou mixtes. En synthèse, le TAS Hainaut comptabilisait moins de médecins spécialistes salariés ou libéraux qu'en France. À noter que le TAS Hainaut – comparativement à l'ensemble des TAS de la région Hauts-de-France – se plaçait au troisième rang des TAS les mieux dotés, derrière les TAS comprenant les CHU d'Amiens et de Lille.

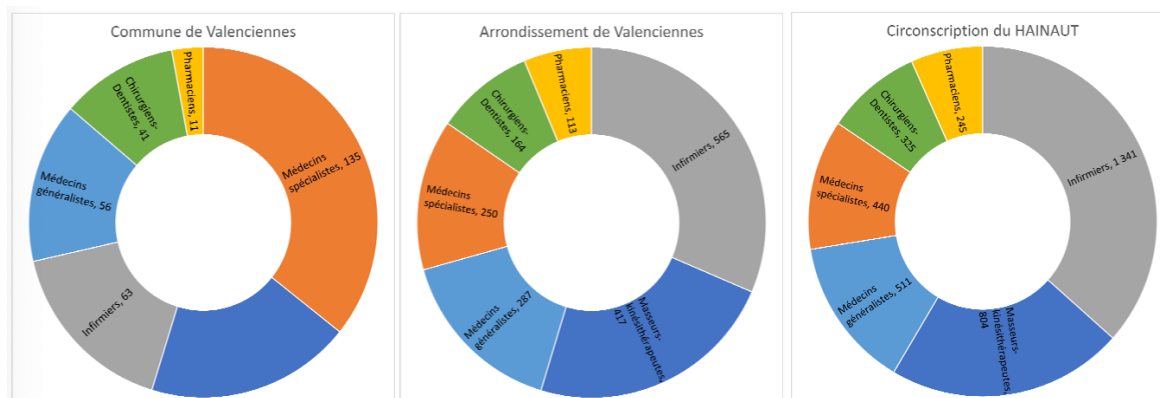
Aussi, pour les autres professions libérales, le TAS Hainaut comptabilisait :

- 306 pharmaciens au 1^{er} janvier 2022, soit une densité de 41,4 pour 100 000 habitants (42,4 en Hauts-de-France et 42,8 en France hexagonale),
- 314 chirurgiens-dentistes au 1^{er} janvier 2022, soit une faible densité de 42,5 pour 100 000 habitants (44,6 en Hauts-de-France et 55,1 en France hexagonale),
- 768 masseurs-kinésithérapeutes au 1^{er} janvier 2020, soit une densité de 104,0 pour 100 000 habitants (96,7 en Hauts-de-France et 104,1 en France hexagonale),
- 1 527 infirmiers au 1^{er} janvier 2021, soit une densité de 206,6 pour 100 000 habitants, la plus élevée des TAS (176,1 en Hauts-de-France et 180,3 en France hexagonale).

⁶⁰ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

En sus des éléments susmentionnés, la présente partie⁶¹ a vocation à compléter lesdits éléments sur le plan de la démographie médicale : tant pour les médecins généralistes⁶², les médecins spécialistes⁶³, les pharmaciens, les infirmiers diplômés d'État (IDE), les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes.

Ainsi, les données de la CPAM du Hainaut font état de la démographie suivante⁶⁴ :



Source : SIAM ERASME - requêtes locales CPAM

En somme, la commune de Valenciennes présente un nombre important de médecins spécialistes, eu égard à la présence de plusieurs établissements de santé, à l'instar du CHV ou de la Polyclinique Vauban. *A contrario*, la commune de Valenciennes ne comptabilise qu'environ 11% des médecins généralistes (56 sur 511 pour le territoire du Hainaut) : ce taux – bien qu'important – est à relativiser au regard des précédents indicateurs (taux d'assurés sans médecin traitant et taux d'assurés en ALD). Au global, la densité de médecins généralistes pour le territoire du Hainaut est inférieure à celle de la France et celle du département du Nord : 7 pour 10 000 habitants pour le territoire du Hainaut, 8,2 pour 10 000 habitants pour la France et 8,9 pour 10 000 habitants pour le département du Nord⁶⁵.

Aussi, pour les autres professions de santé et en complément des précédentes données, les données de la CPAM font état de la démographie suivante⁶⁶ :

⁶¹ Les éléments compris dans cette sous-partie sont le fruit d'échanges avec la CPAM du Hainaut. Les données portant la mention « requêtes locales CPAM du Hainaut » ne peuvent, en aucun cas, être réutilisées.

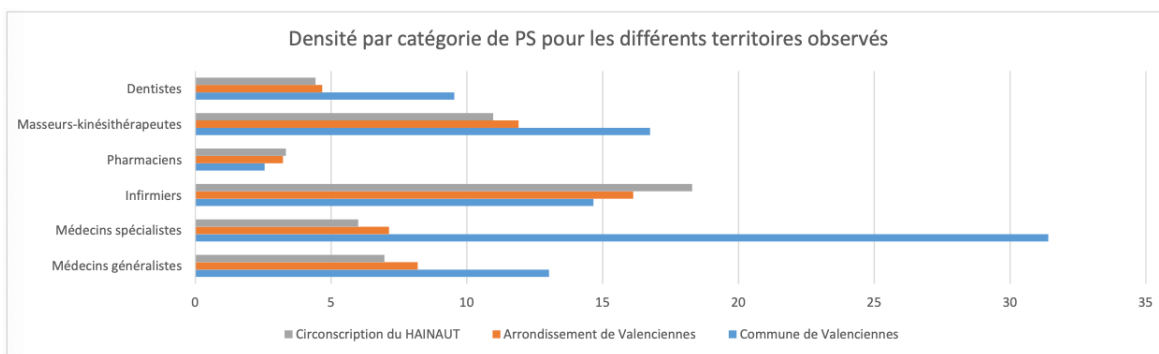
⁶² Les données comptabilisent les professionnels de santé de catégorie 1 « Médecin » avec une spécialité « Médecine générale » ou « spécialiste en médecine générale », selon la CPAM du Hainaut.

⁶³ Les données comptabilisent les professionnels de santé de catégorie 1 « Médecin », selon la CPAM du Hainaut.

⁶⁴ SIAM ERASME – requêtes locales CPAM du Hainaut, 1^{er} août 2025. Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

⁶⁵ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées. La densité globale de médecins généralistes s'appuie sur les données du site l'atlasanté.

⁶⁶ *Ibid.* Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.



Sources : SIAM ERASME - requêtes locales CPAM - données au 01/08/2025 pour le numérateur / population INSEE 2022 pour le dénominateur

En somme, la commune de Valenciennes présente une densité supérieure à l'arrondissement et à la circonscription pour l'ensemble des professions susmentionnées, à l'exception des infirmiers. Aussi, la densité de pharmaciens est similaire, quel que soit le territoire étudié (commune de Valenciennes, arrondissement de Valenciennes, territoire du Hainaut).

Ainsi, bien que présentant certaines fragilités, de nombreux professionnels – autres que les médecins généralistes – sont installés sur le territoire. Pour autant, une part importante de la population est concernée par le renoncement aux soins, le report de soins et les ruptures dans les parcours de soins.

C. Renoncement aux soins, report de soins et ruptures dans les parcours de soins : des comportements particulièrement fréquents parmi les populations les plus précaires

Selon le rapport d'information publié par l'Assemblée nationale et intitulé « *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard.* »⁶⁷, 1,6 million de Français renoncent chaque année à des soins médicaux.

De nombreuses raisons expliquent le renoncement aux soins ou le report de soins. Ainsi, selon France Assos santé, dans un document de janvier 2020⁶⁸, 62% des habitants des Hauts-de-France ont déjà renoncé ou reporté leurs soins pour divers motifs, tels que les délais d'attente estimés trop longs ou un reste à charge trop important. Un pourcentage similaire à la moyenne nationale (63%).

Le renoncement aux soins concerne davantage les habitants les plus modestes. Ainsi, 69% des personnes percevant un revenu mensuel inférieur à 1 500 € ont déjà renoncé aux soins. Le report de soins affecte physiquement ou psychologiquement plus d'un

⁶⁷ Assemblée Nationale. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Rapport d'information n° 589. Mars 2022.

⁶⁸ France Assos Santé, L'accès aux soins dans les Hauts-de-France, janvier 2020.

habitant sur deux, particulièrement les plus modestes. Ainsi, une augmentation des symptômes est observée dans 35% des cas, jusqu'à 44% des cas pour les personnes percevant un revenu mensuel inférieur à 1 500 €. Les bénéficiaires de la C2S sont touchés à 73% par au moins une conséquence négative.

Aussi, les barrières d'accès aux soins sont d'ordres territorial et géographique.

En moyenne, selon ledit document, les habitants de la région des Hauts-de-France doivent patienter plus de deux mois pour obtenir une consultation auprès de différents spécialistes, tels que les ophtalmologues (3 mois et 18 jours), les dermatologues (2 mois et 20 jours), les gynécologues (2 mois) ou encore les spécialistes ORL (2 mois). La moyenne nationale s'élève à plus d'un mois d'attente. Ainsi, les médecins spécialistes de la région sont difficilement accessibles.

Même si 96% des habitants de la région des Hauts-de-France déclarent avoir un médecin traitant déclaré, 14% déclarent – dans le même temps – s'être rendus aux urgences faute de médecin disponible lors des deux dernières années. Sur le plan national, les mêmes chiffres sont observés.

Les freins d'accès aux soins sont également d'ordre socio-économiques.

Selon ledit document, 68% des habitants de la région Hauts-de-France ont déjà été confrontés à des dépassements d'honoraires de façon périodique. Aussi, 32% des bénéficiaires de la C2S se sont déjà vu refuser un rendez-vous médical en raison de leur attribution, au-delà de la moyenne nationale à 24%.

En somme, en région Hauts-de-France – comme dans d'autres régions de France – il est important de garder à l'esprit que les populations les plus touchées par des indicateurs socio-démographiques, économiques, sanitaires et sociaux défavorables sont aussi celles qui renoncent ou reportent leurs soins. Une double peine pour des populations précaires, voire très précaires.

Dans ce cadre, compte tenu du portrait du territoire du Hainaut – et des liens ville-hôpital construits lors de l'épidémie de Covid-19 qui seront développés ultérieurement, le projet « Les Chartriers » a vu le jour.

1.2 Le renforcement des liens ville-hôpital aux prémices du projet « Les Chartriers »

Bien que la période de l'épidémie de Covid-19 a marqué négativement et en profondeur les esprits, elle a également conduit les professionnels de la médecine de ville – ou « professionnels libéraux » – et les professionnels de l'hôpital – ou « professionnels hospitaliers » – à travailler davantage ensemble.

1.2.1 Des liens renforcés par l'épidémie de Covid-19 : une coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers

L'épidémie de Covid-19 fut un formidable accélérateur dans le processus de rapprochement entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, et particulièrement pour les libéraux et les hospitaliers du territoire du Hainaut.

Dans son rapport de 2021 portant sur le CHV⁶⁹, la Chambre régionale des comptes (CRC) des Hauts-de-France indique que le CHV « *a, notamment, impulsé la création de l'un des tous premiers centres de vaccination, en coopération avec les professions médicales et sanitaires du territoire. Cette expérience a, par ailleurs, permis de mettre en place des coopérations de long terme entre acteurs de santé.* »⁷⁰

Initialement installé et mis en service à compter du 7 janvier 2021 au sein de l'Institut de réadaptation Jean Stablinski du CHV, le centre de vaccination du CHV « *a été l'un des premiers [...] à destination des seuls professionnels de santé libéraux.* »⁷¹ Par la suite, un second centre de vaccination fut ouvert – prenant le relais du premier, accueillant ainsi l'ensemble des professionnels de santé : tant ceux du CHV que ceux de la médecine de ville.

Ensemble, le CHV, la CPTS du Grand Valenciennes, l'Association des Infirmiers Libéraux du Hainaut (ADILH), la Ville de Valenciennes, les professionnels libéraux et les autres acteurs de santé du territoire – à l'instar de la Croix-Rouge et du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) – ont permis la création de coopérations de plus long terme et ce, notamment entre les professionnels libéraux.

C'est dans ce contexte que le projet « Les Chartriers » a vu le jour.

⁶⁹ Chambre régionale des comptes des Hauts-de-France. Rapport d'observations définitives sans réponse : Centre hospitalier de Valenciennes – dont enquête nationale sur l'impact de la crise sanitaire au sein des établissements de santé. Octobre 2021.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*

1.2.2 L'avènement du projet « Les Chartriers » : un levier pour pérenniser une culture de collaboration ville-hôpital

Les constats

Au regard des indicateurs socio-démographiques, économiques et sanitaires et du développement de la collaboration entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers du CHV, le projet « Les Chartriers » s'est construit à partir des constats suivants :

- L'existence de ruptures de soins entre la ville et l'hôpital,
- L'insuffisance de l'offre de soins eu égard aux besoins de la population,
- Un manque d'attractivité médicale et paramédicale,
- Une dégradation continue des indicateurs de santé et de précarité,
- Une démographie médicale défavorable.

Ainsi, le projet « Les Chartriers » se veut être novateur en ce qu'il est porté par la ville et l'hôpital, en se donnant pour ambition de modifier en profondeur l'offre de soins de la population du territoire du Hainaut en particulier.

L'objectif

L'objectif principal du projet est la coordination des professionnels libéraux et des professionnels du CHV autour de la prise en charge des patients, de la prévention jusqu'aux soins primaires, en y intégrant des parcours de soins adaptés aux attentes et besoins des patients du territoire du Hainaut.

La philosophie

La philosophie du projet repose sur trois éléments principaux⁷² :

- « *Créer une offre innovante d'exercice de la médecine générale et favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes sur le territoire ;* »⁷³
- « *Proposer un nouvel exercice de la médecine générale pour les médecins du territoire déjà installés ou futurs installés (compagnonnage, séniorisation des plus jeunes, assurance d'un remplacement pendant les congés, proposition de contrats multifformes, etc.) afin de s'assurer de leur installation dans la durée ;* »⁷⁴
- « *Offrir une réponse nouvelle et adéquate aux besoins en santé de la population du territoire.* »⁷⁵

⁷² <https://www.ch-valenciennes.fr/charges/philosophie-du-lieu-les-chartriers-valenciennes/>

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ *Ibid.*

⁷⁵ *Ibid.*

Un incubateur d'innovations

Situé en hyper centre-ville de Valenciennes sur une superficie de plus de 2 400m², le projet « Les Chartriers » a pour vocation de proposer à la population une offre complète de soins primaires et de prévention. Fruit d'un partenariat entre le CHV, la CPTS Grand Valenciennes et la MSP Les Chartriers, les lieux faciliteront l'articulation des professionnels, leur formation ainsi que la coordination des parcours de soins des patients.

Les lieux s'articuleront autour de plusieurs axes de développement : la prévention et le dépistage ; la promotion de la santé ; l'éducation thérapeutique et la formation des soignants et des patients.

Ainsi, « Les Chartriers » constituent un incubateur d'innovations pour trois raisons principales⁷⁶ :

- *« Sur le plan de la mutualisation des moyens libéraux et hospitaliers autour d'un projet de santé primaire de territoire ; »*⁷⁷
- *« Les conditions d'exercice proposées aux jeunes professionnels de santé pour venir s'installer sur notre territoire ; »*⁷⁸
- *« La conception globalisée des parcours de soins qui sera proposée dans ce centre de soins. »*⁷⁹

Un lieu de lutte contre les déserts médicaux

Parmi l'ensemble des objectifs du projet « Les Chartriers », l'un d'eux est la lutte contre les déserts médicaux⁸⁰ et, de fait, le renforcement de l'attractivité du territoire, en particulier du territoire du Hainaut. Ainsi, ce lieu d'exercice commun pour les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers permettra une qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) appréciables pour lesdits professionnels et favorisera les échanges entre eux. « Les Chartriers » permettront la création de liens entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, au travers de conventions et de protocoles d'accès.

Aussi, le lieu aura vocation à accueillir des internes de médecine et des IPA sur le plateau de consultations spécialisées, favorisant ainsi l'exercice pluriprofessionnel et coordonné avec des médecins référents de différentes spécialités.

« Les Chartriers » constitueront ainsi une nouvelle offre de soins sur le territoire du Hainaut tant de médecine générale que de médecine de spécialité. C'est l'idée du « hors les murs » qui prendra effet aux Chartriers.

⁷⁶ Centre Hospitalier de Valenciennes. Une initiative ambitieuse : le Centre Hospitalier de Valenciennes annonce lors de son premier Séminaire Ville-Hôpital la création d'un pôle dédié à la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. 21 juin 2024.

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Pour autant, le territoire ne figure pas parmi les 151 territoires bénéficiaires du « Pacte de lutte contre les déserts médicaux : 151 zones prioritaires identifiées pour la mise en œuvre de la mission de solidarité obligatoire des médecins libéraux », juillet 2025.

Le statut

« Les Chartiers » sont le fruit d'un partenariat entre le CHV, la MSP Les Chartiers et la CPTS Grand Valenciennes. Ainsi, il ne s'agit pas d'une entité dotée d'une personnalité juridique propre, autre que celle du CHV. Dans ces conditions, le CHV a soutenu, financé et copiloté le projet ; la MSP Les Chartiers s'est créée en lien avec plusieurs professionnels libéraux qui s'installeront dans les locaux ; et la CPTS Grand Valenciennes – par l'intermédiaire de plusieurs professionnels libéraux – a également été associée au projet.

Le choix du lieu

Situé en centre-ville de Valenciennes, le site a toujours été dédié à la prise en charge des malades. Le projet « Les Chartiers » s'inscrit dans la lignée de cet héritage séculaire, à savoir celui d'offrir à la population du territoire l'accès à des consultations de médecine générale et spécialisée ainsi qu'une offre complète de prévention en santé (sport, diabète, insuffisance cardiaque, « bien-vieillir », santé bucco-dentaire), eu égard aux indicateurs susmentionnés et compte tenu des objectifs du projet.

Débutés en septembre 2023, les travaux ont permis de procéder, d'une part, à la réhabilitation des bâtiments existants et à leur modernisation et, d'autre part, à la construction d'un nouveau bâtiment dédié aux consultations médicales et paramédicales ainsi qu'au centre de soins non programmés régulés (CSNPR). Aussi, les travaux ont permis de procéder au réaménagement des lieux afin de l'ouvrir sur la ville.

Le financement du projet

Le projet « Les Chartiers » a été soutenu financièrement par plusieurs acteurs, au premier rang desquels le CHV, pour 8,5 millions d'euros environ. Aussi, d'autres acteurs ont financé ledit projet :

- Le ministère de la Santé et l'ARS Hauts-de-France à hauteur de 4 millions d'euros, au titre du Ségur de l'investissement, dans le cadre d'une dynamique collective et interinstitutionnelle, en collaboration avec la mairie de Valenciennes ;

Aux prémices du projet, l'ARS Hauts-de-France était en réflexion sur les dispositions innovants visant à faciliter l'installation des médecins généralistes et lutter contre les déserts médicaux. Le projet « Les Chartiers » a ainsi été identifié comme un laboratoire d'innovation(s) en la matière.

- L'Union européenne (UE), dans le cadre du Fonds européen de développement régional (FEDER), à hauteur de 982 000 euros, au titre de la rénovation énergétique des bâtiments ;

À la sortie de la Covid-19, le programme « REACT-EU » – porté par l'UE – a permis de remporter une enveloppe après la constitution d'un dossier. D'abord validé en première

instance par la Région Hauts-de-France, l'UE a confirmé la décision de la région et a octroyé l'enveloppe.

- La Région Hauts-de-France à hauteur de 500 000 euros, au titre de la politique santé de la région.

Dans le cadre de la politique santé de la région, la Région Hauts-de-France souhaitait développer les centres de santé, avec pour objet premier la prévention. Remplissant les objectifs fixés par la politique santé de la région, le projet « Les Chartriers » a ainsi pu bénéficier de la présente enveloppe.

Ces enveloppes ont ainsi permis de financer, selon leur destination, la réhabilitation et/ou la construction du nouveau bâtiment.

À ces financeurs s'ajoutent de nombreux partenaires associés à la réussite du projet : la CPAM du Hainaut, l'Université Polytechnique des Hauts-de-France (UPHF), la CAVM, la Ville de Valenciennes, la Communauté d'Agglomération La Porte du Hainaut (CAPH) – auxquels s'ajoutent la CPTS Grand Valenciennes, la MSP Les Chartriers et le CHV.

1.2.3 La feuille de route ville-hôpital : le contrat local de santé

Conformément à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁸¹, les collectivités territoriales et leurs groupements doivent établir avec les ARS des contrats locaux de santé (CLS)⁸². Ainsi, « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social.* »⁸³

Appliqué à la région Hauts-de-France, cet article a conduit à un travail partenarial entre de nombreux acteurs : la CAVM, l'ARS des Hauts-de-France, la Préfecture du département du Nord, la Sous-préfecture de l'arrondissement de Valenciennes, le Conseil départemental du Nord, le CHV, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux, la CAF, la Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Nord, les CPTS (Grand-Valenciennes, Grand-Denain, de l'Amandinois), la CPAM, l'UPHF, le Conseil territorial de santé (CTS) du Hainaut, la Maison des adolescents, le groupe ELSAN et le groupe FILIERIS. Ainsi, tous les acteurs précités – à l'exception de la Maison des adolescents, sont signataires du nouveau CLS de Valenciennes Métropole, signé le 20 juin 2025.

Ce nouveau CLS a pour objectif la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé « *en s'ajustant aux besoins de santé locaux des populations les plus fragiles du*

⁸¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁸² La loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé, en son article 158, réaffirme ces dispositions.

⁸³ Art. 158 de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé.

*fait de leur âge, de leur environnement ou de leur vulnérabilité sociale, sur le territoire de la CAVM. »*⁸⁴ Il porte quatre orientations :

- « Orientation 1 : Agir en faveur de l'accès aux droits et aux soins des habitants en renforçant l'attractivité du territoire, en soutenant et facilitant les initiatives d'installation des professionnels de santé ; »⁸⁵
- « Orientation 2 : Agir en faveur de la santé de la femme et de l'enfant dans le cadre du programme des « 1 000 premiers jours de la vie » ; »⁸⁶
- « Orientation 3 : Renforcer la prise en compte de la dimension santé mentale des habitants ; »⁸⁷
- « Orientation 4 : Favoriser la prévention des cancers par la promotion du dépistage organisé. »⁸⁸

Ainsi, parmi les actions des différentes orientations, plusieurs d'entre elles rejoignent le projet « Les Chartriers ». Il en est ainsi des actions suivantes :

- « Orientation 1 – Action 1-2 : Attirer de futurs professionnels de santé en stimulant et en accompagnant les vocations tout en améliorant les conditions d'accueil sur le territoire. »⁸⁹

Le site « Les Chartriers » a vocation à attirer des professionnels de santé du territoire et en dehors du territoire afin d'améliorer la démographie sanitaire du territoire du Hainaut. Parmi les nouveaux professionnels de santé attendus figurent notamment les professionnels de santé libéraux, au premier rang desquels les médecins généralistes. Ainsi, grâce à son architecture, aux locaux, à la QVCT ainsi que par les diverses activités qui prendront place en ces lieux, « Les Chartriers » espèrent renforcer l'attractivité du territoire du Hainaut.

- « Orientation 4 – Action 4-1 : Informer et mobiliser autour des dépistages organisés des cancers. » ;⁹⁰
- « Orientation 4 – Action 4-2 : Rendre les dépistages des cancers accessibles à tous(tes) dans un souhait de proximité. »⁹¹

Ces deux actions s'inscrivent dans le cadre plus large de l'offre complète en santé proposée par « Les Chartriers ». Ainsi, la mise en place des parcours de soins, notamment

⁸⁴ Contrat local de santé Valenciennes métropole. Juin 2025.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Contrat local de santé Valenciennes métropole. Juin 2025.

⁹⁰ *Ibid.*

⁹¹ *Ibid.*

le parcours « Tempoforme » pour le « bien-vieillir » a pour objectif de repérer plus tôt les pathologies, parmi lesquelles les cancers⁹².

Face à un contexte territorial marqué par de profondes fragilités sociales, économiques et sanitaires, l'avènement d'une action collective – portée par les acteurs de la ville et de l'hôpital – apparaît comme une nécessité. C'est dans cette perspective que le projet « Les Chartriers » est né, une nouvelle offre de soins en parallèle des activités et actions menées par les MSP et les CDS. Ainsi, les lieux accueilleront de nombreuses activités.

1.2.4 « Les Chartriers » : une offre de soins intégrée et plurielle

« Les Chartriers » proposent une offre de soins intégrée et plurielle, avec les activités suivantes : les consultations généralistes et paramédicales libérales, le centre de soins non programmés régulés (CSNPR), le centre de prévention, l'éducation thérapeutique, les consultations spécialisées, la maison sport santé, le centre de prélèvement biologique, le centre de formation et de simulation ainsi que les consultations de soins dentaires.

Les activités seront portées soit par les professionnels libéraux exclusivement (les consultations généralistes et paramédicales libérales), soit par les professionnels hospitaliers exclusivement (les consultations spécialisées et la maison sport santé), soit co-portées par les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers (le CSNPR, le centre de prélèvement biologique, le centre de prévention, les consultations de soins dentaires, l'éducation thérapeutique et le centre de formation et de simulation).

A. Les consultations généralistes et paramédicales libérales

L'une des spécificités des lieux est la proximité entre des professionnels hospitaliers et des professionnels de médecine de ville. Ainsi, « Les Chartriers » proposent un lieu d'exercice commun pour 10 médecins généralistes et 2 paramédicaux libéraux. En outre, les lieux sont destinés à accueillir également 5 internes ou assistants médicaux dans le cadre du volet formation que présente « Les Chartriers ».

Ces consultations généralistes et paramédicales libérales seront gérées par la MSP Les Chartriers. Les professionnels de santé installés au sein des locaux paieront un loyer⁹³.

Dans ce cadre, les médecins généralistes s'installant aux Chartriers auront le choix entre deux statuts pour y exercer : d'une part, le statut de médecin généraliste libéral – en

⁹² Au-delà du site « Les Chartriers », le Centre Hospitalier de Valenciennes agit en faveur de la santé des femmes (orientation 2 du CLS) via les Villages Santé des Femmes, très plébiscités pour le dépistage de différents cancers de la femme, parmi lesquels le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

⁹³ Le CHV met en place des tarifs préférentiels au démarrage pour inciter à l'installation dans les locaux des Chartriers : 750€ pour un professionnel médical (pour un local et demi, le demi-cabinet étant partagé avec un autre praticien) et 600€ pour un professionnel paramédical.

adhérant à la MSP Les Chartriers, et, d'autre part, le statut de médecin généraliste salarié – en étant rattaché au CHV. Ainsi, « Les Chartriers » ont vocation à conserver la liberté des médecins généralistes en termes d'installation, notamment, s'ils choisissent l'exercice libéral.

L'ouverture de consultations généralistes poursuit plusieurs objectifs, tant pour les professionnels que pour les patients et la population environnante (cf. partie 3).

B. Le centre de soins non programmés régulés (CSNPR)⁹⁴

Le CSNPR a pour objectif de recréer un nouveau flux, en *sus* du flux qui arrive jusqu'au SAU du CHV. L'idée étant de désengorger les urgences adultes du CHV – avec une moyenne de 211 passages par jour pour le premier semestre 2025 – et de réorienter le flux inadapté des urgences vers le CSNPR.

En coordination avec les médecins généralistes de ville, ce flux annexe en centre-ville accueillera des patients présentant les pathologies suivantes : des pathologies infectieuses aiguës (ORL, otalgies, voies respiratoires, infections génito-urinaires, infections cutanées, douleurs dentaires, etc.), des pathologies non-infectieuses aiguës (lombalgies, sciatalgies, douleurs, etc.), des pathologies chroniques stables sans suivi, de la pédiatrie (à l'exclusion de la chirurgie pédiatrique et de la traumatologie pédiatrique), de la traumatologie (attelles de postures, résines et sutures). *A contrario*, les motifs médicaux suivants seront exclus de la réorientation vers le CSNPR : la psychiatrie, la toxicomanie, l'ophtalmologie, les soins critiques ainsi que les décompensations aiguës de pathologies chroniques.

Le CSNPR connaîtra un flux régulé, il ne sera pas envisageable pour tout patient de se rendre au CSNPR sans orientation préalable. Ainsi, la régulation sera opérée via le service d'accès aux soins (SAS)/centre 15 ou depuis le SAU du CHV. Deux options se présenteront aux patients : ils pourront ainsi être orientés au CSNPR vers les urgences médicales de ville ou vers les urgences hospitalières.

Il est à noter que le CSNPR « *n'a pas vocation à créer un nouvel hôpital* »⁹⁵. En limitant les équipements et les pathologies prises en charge, le CSNPR a vocation à rester très standard et à ne pas réaliser des actes et soins trop lourds.

L'espoir est double : d'une part, avoir un impact sur le flux aux urgences et, d'autre part, avoir un impact sur le flux en médecine libérale.

Cela étant, des questions demeurent ainsi sur le flux qui arrivera au CSNPR, tant pour la partie urgences médicales de ville que pour la partie urgences hospitalières. Projeté

⁹⁴ Entretien réalisé avec Docteur EL BEKI, chef du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie », Madame VAN OOST, cadre supérieur de santé du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie » et Monsieur DHAOUADI, cadre administratif du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie ».

⁹⁵ *Ibid.*

sur une base de 30 patients par jour, le CSNPR est destiné à la population du Valenciennois⁹⁶.

En somme, le CSNPR a pour objectif de limiter le recours aux urgences pour les consultations relevant de la médecine générale – sans plateau technique aux Chartriers – tout en offrant une solution aux patients sans médecin traitant ou rencontrant des difficultés dans les prises de rendez-vous.

C. Le centre de prévention

L'un des objectifs des Chartriers est de proposer plusieurs parcours de prévention structurés par thématique de santé. L'idée est d'aller chercher les personnes éloignées du soin et les personnes en situation de grande précarité.

Le pilotage sera bicéphale, porté par le CHV et les partenaires de ville, et constitué de parcours multidisciplinaires.

Aussi, parmi les premiers parcours de prévention en réflexion, le diabète, l'insuffisance cardiaque et le bien vieillir sont les thématiques retenues. Les deux premiers figurent parmi les principales pathologies évoquées lors de la mise en application du concept de responsabilité populationnelle. Ainsi, les trois parcours s'inscrivent dans la méthodologie posée par la Fédération hospitalière de France (FHF), du choix de la population et de la pathologie, à l'élaboration d'un programme ou d'un parcours, en passant par le lancement et le suivi de l'expérimentation. Le projet « Les Chartriers » remplit les deux premières étapes. L'ouverture au 1^{er} septembre suivie de la mise en œuvre des différents parcours permettront de mettre en application les parcours imaginés.

À l'instar du concept novateur du Value Based Health Care (VBHC) – développé par Michael Porter et Elizabeth Teisberg, dans le livre *Redefining Health Care : Creating Value-Based Competition on Results* (2006) et qui développe l'idée de construire les parcours de soins autour du patient – Docteur Kyndt – chef du pôle « Santé publique » au CHV – avance l'idée selon laquelle à la différence d'une approche par spécialité, il serait judicieux d'avoir des prises en charge généralistes et agiles. Une approche holistique du « parcours santé » doit être développée en opposition au parcours monothématique.

1. Le parcours « diabète simple »

Le parcours « diabète simple » poursuit plusieurs objectifs, parmi lesquels : faciliter l'accès aux dépistages et aux soins et diminuer les points de rupture ; coordonner la réalisation des examens (imagerie, laboratoire, consultations) et/ou diminuer les

⁹⁶ Selon les données de Docteur EL BEKI, chef du pôle « Urgences, Réanimation, Anesthésie » du CHV, 26% des patients qui se présentent aux urgences du CHV sont hors secteur.

redondances des examens ; coordonner les parcours ville-hôpital ; coconstruire les parcours d'adressage et de suivi.

L'âge cible est fixé à partir de 45 ans, pour un public de patients relevant du droit commun ou en situation de vulnérabilité socio-économique.

Ainsi, plusieurs professionnels interviendront tout au long du parcours – tant hospitaliers que libéraux : IDE, diététiciens, psychologues, enseignants en activité physique adaptée (EAPA). Aussi, les dentistes hospitaliers et les médecins généralistes libéraux – dans le cadre d'une synthèse pluriprofessionnelle ou d'orientation et de suivi – interviendront également.

Le patient qui entrera dans ce parcours de prévention pourra soit prendre rendez-vous lui-même, être repéré et orienté par un professionnel de santé ou être en lien avec l'IDE coordinatrice de parcours. S'en suivra une prise en charge annuelle avec une consultation d'un IDE, une consultation d'un psychologue, une consultation d'un diététicien, une consultation d'un EAPA et une consultation dentaire. Le temps de traversée pour le patient est ainsi estimé à 2h30.

Ensuite, une réunion de synthèse pluridisciplinaire avec un médecin généraliste des Chartriens sera réalisée en vue de valider le plan personnalisé de santé en post vacation. Un courrier type structuré sera produit à l'issue.

Enfin, en phase post-prise en charge annuelle, un accompagnement et un suivi personnalisé seront réalisés avec, *a minima*, une réunion de concertation pluridisciplinaire un an après, lors de laquelle le patient pourra être présent.

2. Le parcours « insuffisance cardiaque »

Eu égard aux données connues pour le territoire du Hainaut⁹⁷, l'insuffisance cardiaque – qui a causé le décès de 947 personnes en moyenne entre 2011 et 2017 – est considérée comme la cause principale, causes associées et comorbidités des décès. Ainsi, la mise en place de ce parcours prend tout son sens aux Chartriens.

En cours de création, ce parcours aura vocation à faire intervenir différents professionnels de santé, à l'instar des professionnels libéraux ou encore d'une IPA spécialisée en insuffisance cardiaque.

En phase post-prise en charge, un suivi sera également assuré par les professionnels.

Le parcours doit faire l'objet d'une présentation à l'ARS pour être validé et, par la suite, mis en place aux Chartriens.

⁹⁷ ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.

3. Le parcours « bien-vieillir »⁹⁸

Selon le Docteur Cantegrit, médecin gériatre au CHV : « *La vraie prise en charge des patients gériatriques seraient qu'ils ne tombent pas.* »⁹⁹. Ainsi, le CHV a vocation à procéder à la mise en place d'un parcours « bienvieillir » dans les locaux des Charriers.

Mis en place depuis 2022 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, le parcours « Tempoforme »¹⁰⁰ – appelé parcours « bienvieillir », poursuit deux objectifs principaux : d'une part, il s'agit d'allonger la durée de vie en bonne santé en repérant le plus tôt possible les facteurs de fragilité et, d'autre part, de réduire – par conséquent – les coûts inhérents aux soins curatifs.

Ainsi, dans la lignée du programme ICOPE¹⁰¹ qui s'intéresse à la prévention de la dépendance des personnes âgées et, également, de la volonté des professionnels de la médecine de ville de faire du dépistage et de la prise en charge spécifique des patients à risque de perte d'autonomie, l'idée du parcours « bien-vieillir » ne sera plus de faire du curatif mais de repérer précocement les facteurs de fragilité chez les patients âgés.

Sur une demi-journée, les patients âgés entre 55 et 70 ans – adressés par la CPAM, les professionnels libéraux, de manière spontanée ou encore les mutuelles – réaliseront un bilan des fragilités réversibles, avec une exploration systématique de l'audition, de la vision, de la nutrition, des habitudes de vie, de la thymie, de la mémoire, de la mobilité, des risques cardiovasculaires, des risques ostéoarticulaires et des maladies à prévention vaccinale. Tout au long, un IDE accompagnera le patient. À l'issue de la demi-journée, une synthèse médicale sera réalisée et un exposé du plan de prévention sera réalisé au patient.

L'objectif cible est fixé à 350 bilans par an, avec 3 équivalents temps plein (ETP) : un médecin, un ou une IDE et un ou une secrétaire. Un profil de médecin généraliste serait souhaité.

Le parcours « bien-vieillir » présente plusieurs avantages : (i) il s'agit d'un parcours complet sur le champ de la prévention ; (ii) le dépistage de plusieurs pathologies sera réalisé via ce parcours ; (iii) des études sur les données recueillies pourront être réalisées ; (iv) la prévention est au cœur de ce parcours ; (v) il s'agit d'un parcours avant-gardiste et innovant.

Selon le Docteur Kyndt, chef du pôle « Santé publique » au CHV, « *dans la stratégie de repérage, il est nécessaire de viser des populations plus jeunes, notamment sur des pathologies comme la maladie d'Alzheimer.* »¹⁰² C'est l'essence même de ce parcours.

⁹⁸ Entretien réalisé avec Docteur CANTEGRIT, médecin gériatre et vice-cheffe du pôle 6 – « Gériatrie »

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ <https://www.soutenir.chu-lille.fr/2022/09/12/tempoforme-parcours-bien-vieillir-en-hauts-de-france/>

¹⁰¹ <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

¹⁰² Entretien réalisé avec Docteur KYNDT, chef du pôle 12 – « Santé Publique » et Madame DUHEM, cadre supérieur de santé du pôle 12 – « Santé Publique ».

D. L'éducation thérapeutique

Selon le Code de la santé publique (CSP) : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.* »¹⁰³ Dans ce cadre : « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.* »¹⁰⁴

En raison de l'observation – dès 2017, d'une « faible pratique de l'éducation thérapeutique »¹⁰⁵, « Les Chartriers » ont pour ambition de développer, notamment, l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque. Trois programmes co-existent à Valenciennes : deux portés par le CHV et un porté par la ville. Ainsi, l'idée est de mettre en place l'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque au sein des locaux des Chartriers. Plusieurs pôles du CHV ont formalisé un parcours.

L'objectif principal est de concevoir, développer et mettre en œuvre un premier programme sur la prise en charge du patient insuffisant cardiaque articulé entre la ville et l'hôpital. À cet objectif s'ajoutent de nombreux objectifs secondaires : d'une part, pour les patients, il s'agit d'intégrer les patients non pris en charge (« aller-vers ») par les programmes déjà proposés, de prévenir les ruptures de suivi, d'éviter les ré-hospitalisations et les pertes de chance, de proposer un maillage le plus exhaustif possible, un enrichissement par le partage des patients issus d'horizons plus élargis, de mixer des patients experts ville/patients experts hôpital et d'intégrer les patients experts dans l'élaboration et la construction du programme ; et, d'autre part, pour les professionnels de santé, il s'agit de développer une culture commune ville-hôpital, de se connaître et de travailler ensemble, de développer un réseau, d'avoir une vision plus élargie des patients, de partager et de développer des compétences.

Ainsi, les patients présentant cette pathologie seront âgés de plus de 18 ans, avec une priorité pour les patients non ciblés ou non adhérents aux programmes déjà proposés en ville et à l'hôpital.

Durant le programme, les patients pourront notamment aborder les thèmes d'ateliers suivants : la connaissance de la maladie, la connaissance du traitement et de ses effets pour une meilleure observance, l'alimentation, l'activité physique, les facteurs de risque, le sevrage tabagique ou encore la vie quotidienne et la sexualité.

¹⁰³ Art. L. 1161-1, al. 1, du Code de la santé publique.

¹⁰⁴ Art. L. 1161-3, du Code de la santé publique.

¹⁰⁵ SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

Le programme d'éducation thérapeutique « insuffisance cardiaque » a été adressé fin juillet à l'ARS Hauts-de-France en vue d'une validation et d'une mise en place dans les prochains mois. Ainsi, des modifications éventuelles sont à envisager.

E. Les consultations spécialisées¹⁰⁶

En vue de compléter les parcours de soins des patients venant aux Chartriers pour des consultations généralistes et paramédicales libérales, seront également proposées des consultations spécialisées.

Aux sept secteurs de consultations présents sur le plateau des consultations centralisé au CHV depuis près de 25 ans, un huitième secteur prendra place dans les murs des Chartriers. À l'instar des sept premiers secteurs, ce nouveau secteur – qui s'inscrira en dehors de l'environnement hospitalier – sera également géré par le CHV.

Ce huitième secteur portera un double objectif : d'une part, il s'agira d'éviter les ré-hospitalisations et, d'autre part, de « recruter » de nouveaux patients.

Ce nouveau secteur se positionnera sur des spécialités qui n'existent pas ou plus en ville et sur des spécialités rares, en tenant compte des professionnels libéraux.

Aussi, des consultations paramédicales seront proposées, notamment par des IDE du CHV pour la tabacologie. Des IPA seront présents aux Chartriers, notamment sur les spécialités de cardiologie et de néphrologie¹⁰⁷. L'idée étant de proposer des consultations pour des spécialités qui pourront s'interconnecter sur des parcours de prévention.

Cela étant, des difficultés demeurent sur certaines spécialités – à l'instar de la cardiologie, de la néphrologie ou de l'endocrinologie – pour lesquelles des difficultés sont déjà présentes aujourd'hui au CHV.

De fait, plusieurs solutions sont envisagées ou à envisager :

- La mise en place de consultations spécialisées réalisées par des IPA en cardiologie, en neurologie ou en endocrinologie par exemple – en gardant à l'esprit les tensions sur les effectifs IPA ;
- Le développement de sur-compétences pour les médecins généralistes – au moyen de diplôme(s) universitaire(s) – sur les spécialités en tension.

À l'avenir, les professionnels médicaux du CHV souhaitent également réaliser des gestes davantage techniques, tels que les exérèses réalisées par les dermatologues¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Entretien réalisé avec Docteur KYNDT, chef du pôle 12 – « Santé Publique » et Madame DUHEM, cadre supérieur de santé du pôle 12 – « Santé Publique ».

¹⁰⁷ Entretien réalisé avec Madame PLICHON, Cadre supérieur de santé du Pôle 11.

¹⁰⁸ L'expérimentation « Ophtalmo Guyane – Chirurgie ophtalmo en cabinet libéral » s'apparente à la présente activité.

Dans la conception initiale, l'idée était celle de patients adressés aux Chartriers pour des formes moins graves et des états moins avancés de leur(s) pathologie(s) compte tenu d'une plus grande proximité avec les populations vulnérables et à risques.

F. La maison sport santé (MSS)¹⁰⁹

Reconnue par le ministère des Sports et le ministère des Solidarités et de la Santé en 2021, la MSS du CHV est composée de plusieurs professionnels de santé, tels que les EAPA et de médecins spécialisés dans la médecine physique et de réadaptation.

L'objectif de la MSS est de proposer un lieu de reprise d'activité physique adaptée gratuite aux usagers, en mettant en place un programme individualisé. Parmi les activités proposées, les usagers peuvent pratiquer des séances de marche, de marche nordique, de gymnastique adaptée, de fitness adapté, de musculation et d'endurance ou encore de séances en collectif.

Aujourd'hui, la MSS est gérée par le CHV et est installée au sein du plateau de rééducation et de réadaptation de l'Institut Jean Stablinski.

Son installation dans les nouveaux locaux de l'espace « Les Chartriers » aura pour objectif de travailler davantage à l'augmentation de l'autonomie et de la qualité de vie de l'individu, de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies et de renouer avec l'activité physique, au plus proche des populations concernées.

La MSS est ouverte à tous les publics et s'adresse particulièrement aux patients atteints d'une maladie chronique et/ou d'une ALD à des fins thérapeutiques et de santé et, également, aux personnes qui souhaitent reprendre une activité physique et sportive à des fins de bien-être, de santé et d'inclusion.

G. Le centre de prélèvement biologique

Piloté par le CHV¹¹⁰, le centre de prélèvement biologique accueillera à la fois les patients consultant aux Chartriers et une population à proximité immédiate.

Les prélèvements seront réalisés par les infirmiers adhérents à la MSP Les Chartriers.

Aussi, les prélèvements seront analysés par le laboratoire du CHV, soit le GCS Sambre Hainaut Artois Biologie (SHAB).

¹⁰⁹ Entretien réalisé avec Docteur CASIEZ, médecin généraliste et médecin à la maison sport santé du CHV.

¹¹⁰ Aujourd'hui, le CHV sait compter sur le GCS Sambre Hainaut Artois Biologie (SHAB).

H. Le centre de formation et de simulation¹¹¹

Le centre de formation et de simulation présent aux Chartriers proposera une offre de formation continue à destination des professionnels de santé libéraux et hospitaliers (professionnels médicaux, professionnels paramédicaux et, également, aides à domicile notamment). Celle-ci pourra s'inscrire dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

Il sera géré par le CHV. Principalement porté par le pôle « Urgences, Réanimation, Anesthésie »¹¹², l'idée est de proposer un îlot délocalisé en ville avec une offre de formations à destination principalement des professionnels libéraux. Car « *la formation est l'essence même du projet Les Chartriers* »¹¹³, l'objectif est de créer les conditions d'une formation qui nourrit les ruptures dans les parcours de soins.

À titre d'exemples, des formations portant sur la gestion de certains médicaments, de nouvelles méthodes de prise en charge, sur des soins spécifiques – liés, notamment, aux « picline » et « midline » – ou encore une remise à niveau AFGSU pourraient être parmi les formations proposées.

I. Les consultations de soins dentaires¹¹⁴

Eu égard à la volonté du CHV de se projeter davantage sur la chirurgie dentaire et compte tenu des trois fauteuils dentaires existants dans les locaux du CHV, un fauteuil dentaire sera également installé aux Chartriers.

Inscrit dans des parcours de prévention – notamment le parcours « diabète simple », le fauteuil dentaire proposera des bilans de santé orale et, dans le même temps, des dépistages.

En somme, le projet « Les Chartriers » présente ainsi une offre complète et intégrée d'activités diverses, touchant à la prévention, aux soins et à la formation. Cette offre entend répondre aux difficultés du territoire du Hainaut. Dans ce cadre, compte tenu de cette diversité d'activités et des objectifs poursuivis, le projet « Les Chartriers » doit être comparé aux MSP et CDS afin de savoir s'il peut être une solution aux difficultés persistantes.

¹¹¹ Entretien réalisé avec Docteur EL BEKI, chef du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie », Madame VAN OOST, cadre supérieur de santé du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie » et Monsieur DHAOUADI, cadre administratif du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie ».

¹¹² Entretien réalisé avec Docteur EL BEKI, chef du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie », Madame VAN OOST, cadre supérieur de santé du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie » et Monsieur DHAOUADI, cadre administratif du pôle 5 – « Urgences, Réanimation, Anesthésie ».

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Entretien réalisé avec Docteur KYNDT, chef du pôle 12 – « Santé Publique » et Madame DUHEM, cadre supérieur de santé du pôle 12 – « Santé Publique ».

2 Le projet « Les Chartriers » au regard des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : capitaliser sur les atouts et dépasser les freins

L'avènement du projet « Les Chartriers » s'inscrit dans un contexte plus large de l'existence des CDS et des MSP. Alors que ces deux types de structures sanitaires présentent des atouts, nombre de freins sont identifiables. C'est dans ce cadre que « Les Chartriers » tentent de dépasser les freins inhérents auxdites structures.

2.1 Centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : des atouts à valoriser, des axes d'amélioration à envisager

Alors que les CDS et MSP assurent notamment la dispensation des soins de premier recours et présentent de nombreux avantages – tant pour les professionnels libéraux qui en sont membres que pour la population environnante, ils présentent également de nombreux freins.

2.1.1 Assurer les soins de premier recours : le rôle des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles

Les soins de premiers recours – assurés par les professionnels libéraux – sont accessibles dans des CDS et des MSP, qui présentent de nombreux avantages. Aussi, les CPTS jouent un rôle central dans la structuration des soins de premier recours.

A. Les soins de premier recours : définition et difficultés inhérentes

Définition

L'article L. 1411-11 du CSP indique que *« l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé [...] »*¹¹⁵ Ledit article poursuit : *« Ces soins comprennent : 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur*

¹¹⁵ Art. L. 1411-11 du code de la santé publique.

médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. »¹¹⁶ Enfin, ledit article conclut ainsi : « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants [...], ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »¹¹⁷

Les soins de premier recours sont assurés par de nombreux professionnels de santé : les médecins généralistes, des spécialistes accessibles en direct, les pharmaciens, les IDE, les kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes ou encore les orthophonistes et les psychologues.

Les difficultés rencontrées

À l'instar de certains objectifs poursuivis par le projet « Les Chartriers », le rapport de la Cour des comptes intitulé « L'organisation territoriale des soins de premier recours »¹¹⁸ met en lumière un accès aux soins de premier recours de plus en plus contraint, avec de nombreuses conséquences dommageables pour les patients, les professionnels de santé et les structures sanitaires. Parmi celles-ci, peuvent être citées :

- L'allongement des délais,
- Le risque de dégradation des relations entre les professionnels libéraux et les patients,
- L'aggravation des inégalités territoriales,
- La diminution des efforts pour atteindre les patients les plus éloignés du soin,
- Le déport sur les urgences,
- L'augmentation de la part des patients sans médecin traitant¹¹⁹.

De nombreuses illustrations internationales

À l'étranger, de nombreuses structures illustrent la variété de structures existantes. Ainsi, dans sa thèse intitulée « La structuration territoriale des soins primaires à l'épreuve de l'épidémie de COVID-19 : quelle réponse de la médecine de ville aux situations sanitaires exceptionnelles ? »¹²⁰, Sylvain Gautier propose une classification des différents modèles de structuration des soins primaires en fonction de leur niveau d'intégration territoriale. Ainsi, la première catégorie des « modèles avec une faible intégration territoriale » renvoie aux groupes de médecine de famille (Québec) et aux *Primary Care*

¹¹⁶ Art. L. 1411-11 du code de la santé publique.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

¹¹⁹ Dans le rapport d'information n°589, « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. » de mars 2022, il est indiqué que 11% des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant.

¹²⁰ GAUTIER, Sylvain. La structuration territoriale des soins primaires à l'épreuve de l'épidémie de COVID-19 : quelle réponse de la médecine de ville aux situations sanitaires exceptionnelles ? Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay. 2024.

Clusters (Pays de Galles) ; la deuxième catégorie des « modèles à intégration territoriale modérée » regroupe les structures suivantes : les *Primary Care Networks* (Alberta), les *Family Health Teams* (Ontario), les *Primary Health Networks* (Australie), les *Accountable Care Organizations* (États-Unis) et les CPTS (France) ; enfin, la troisième et dernière catégorie des « modèles avec une intégration territoriale élevée » est composée des *Primary Care Networks* (Royaume-Uni), des Aires de santé (Espagne) et des Autorités sanitaires locales (Italie).

En somme, cette diversité de structures témoignent des multiples possibilités existantes en termes de structuration et d'organisation des soins de premier recours. Les CPTS en sont une.

B. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : un rôle majeur dans la structuration des soins de premier recours

Issues de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016¹²¹ avec pour objectif de structurer l'exercice coordonné à l'échelle d'un territoire donné via la fédération de l'ensemble des professionnels libéraux environnants, les CPTS furent créées « *afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...] et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé [...], des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé [...].* »¹²²

Par la suite, le plan « Ma Santé 2022 »¹²³ a érigé les CPTS en pilier de la réorganisation des soins de proximité. Progressivement, les CPTS ont occupé une place de plus en plus importante, en vue d'une généralisation sur le territoire d'ici fin 2023 : dans un rapport intitulé « Tour de France des CPTS »¹²⁴, 756 CPTS étaient dénombrées en 2022 et la Fédération Nationale des CPTS (FCPTS) dénombrait 835 CPTS en juin 2024 – à des stades d'avancement différents.

Les CPTS ont en responsabilité la structuration des soins non programmés, le renforcement de la prévention et la fluidification des parcours patients entre ville, hôpital et médico-social. Ainsi, dans le cadre de l'appel à sollicitation des médecins généralistes membres de MSP, Docteur Bradier¹²⁵ a indiqué : « *avec la CPTS, nous tentons de faire des actions communes afin de fluidifier des relations entre les praticiens libéraux et*

¹²¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹²² Art. L. 1434-12 du Code de la santé publique.

¹²³ <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>

¹²⁴ CERTAIN, Marie-Hélène, LAUTMAN, Albert, GILARDI, Hugo. Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Juin 2023.

¹²⁵ Réponses écrites de Docteur BRADIER, médecin généraliste, Président de la CPTS Pévèle Carembault Seclin, membre de la MSP Maison médicale d'Églantine d'Ennevelin Santé (Nord).

hospitaliers. » La CPTS a donc un rôle à jouer dans la collaboration et la coordination des actions avec les acteurs hospitaliers.

Les CPTS présentent de nombreux avantages. C'est ainsi que *« les professionnels de santé de l'ambulatoire, jusqu'à présent peu visibles du fait de l'absence d'organisation, se sont emparés de ce modèle, créant de véritables collectifs, en lien avec les autres acteurs du territoire. Les professionnels manifestent leur satisfaction, et témoignent de l'apport en termes de collectif, de sortie de l'isolement, d'attractivité du territoire et de l'exercice. »*¹²⁶

A contrario, les CPTS présentent quelques limites, bien qu'il serait *« réducteur de mesurer l'impact des CPTS aux seuls indicateurs de résultats tant elles sont encore jeunes et en constitution. »*¹²⁷. Cela étant, comme l'indique le rapport « Tour de France des CPTS », ces dernières pâtissent d'un manque de souplesse et d'une difficulté à s'imprégner de la logique pour laquelle elles ont été créées. Également, il demeure indispensable de *« convaincre les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs du rôle clé et de l'importance des missions des CPTS, ainsi que leur articulation dans un écosystème, pour faire face aux défis dans le contexte de fortes contraintes sur l'offre de soins, et de montée des inégalités sociales et territoriales. »*¹²⁸

Eu égard à ces développements, la CPTS Grand Valenciennes fut l'un des acteurs de la construction du projet « Les Chartiers ». Créée depuis 2022 – avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en juillet 2022 –, la CPTS Grand Valenciennes exprime également sa volonté de travailler sur les liens ville-hôpital et, notamment, de s'impliquer sur des actions d'éducation thérapeutique du patient et de mise en place de parcours. Aussi, l'un des avantages du projet « Les Chartiers », selon la CPTS, est de faciliter les échanges entre la CPTS et le CHV¹²⁹.

Ainsi, *« les communautés professionnelles territoriales de santé sont une opportunité, pour construire un système plus cohérent, basé sur une organisation et une structuration de l'ambulatoire et notamment des soins de santé primaires, avec une gradation (des besoins, des soins, des ressources). »*¹³⁰ À l'instar des autres CPTS du territoire du Hainaut, la CPTS Grand Valenciennes est ainsi un acteur sur lequel le projet doit pouvoir compter et se développer pour atteindre – ensemble – les objectifs fixés dès l'origine et surmonter les difficultés propres au territoire. Toutefois, comme l'explique les auteurs du rapport « Tour de France des CPTS », *« [...], les CPTS doivent rester un outil*

¹²⁶ CERTAIN, Marie-Hélène, LAUTMAN, Albert, GILARDI, Hugo. Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Juin 2023.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Entretien réalisé avec Madame CUFAY, Coordinatrice CPTS Grand Valenciennes.

¹³⁰ CERTAIN, Marie-Hélène, LAUTMAN, Albert, GILARDI, Hugo. Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Juin 2023.

*agile, souple, réactif, pragmatique, à l'écoute du terrain, apportant des réponses concrètes, pratiques, opérationnelles, proches des besoins des professionnels et de la population. »*¹³¹

Pour autant, le concept de responsabilité populationnelle suppose que les CPTS s'impliquent également dans les parcours de soins des habitants du territoire du Hainaut.

Au-delà des CPTS, les CDS et MSP – dont la création est plus ancienne que les CPTS – constituent des acteurs des soins de premier recours, aux missions diverses et aux nombreux avantages.

C. Le rôle des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : des missions diverses et de nombreux avantages¹³²

Comme le précise l'Assurance maladie¹³³, les lieux d'exercice des professionnels de santé libéraux sont multiples : les cabinets médicaux, les MSP ou encore les cliniques. Au 31 décembre 2023, les professionnels de santé libéraux étaient 93% à exercer exclusivement en libéral¹³⁴.

Dans son rapport intitulé « L'organisation territoriale des soins de premier recours »¹³⁵, la Cour des comptes retrace les divers plans et mesures déployées au fil des années – depuis les années 1990 – afin de mieux organiser les soins de premier recours, d'en améliorer leur efficacité et, également, d'en équilibrer la répartition géographique. C'est ainsi que « *à partir des années 2010, l'objectif a plutôt été de développer des structures de soins dites « coordonnées » : maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé médicaux et polyvalents* »¹³⁶, qui présentent dès lors de nombreux atouts.

a. Les centres de santé : un mode d'exercice spécifique

Prise sur le fondement de l'habilitation prévue à l'article 204 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des CDS a eu pour objectif de clarifier leur création et leur fonctionnement.

¹³¹ CERTAIN, Marie-Hélène, LAUTMAN, Albert, GILARDI, Hugo. Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Juin 2023.

¹³² Un tableau comparatif récapitulant les atouts/avantages et limites/inconvénients des CDS et MSP est disponible en annexe 4.

¹³³ Assurance maladie, « Zoom sur les médecins généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier – MEP) en 2023 », mai 2025.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

¹³⁶ *Ibid.*

Le même rapport¹³⁷ indique que « *parmi les quelques 2500 structures qui ont le statut de « centres de santé », selon les données du ministère de la santé pour 2023, les missions sont hétérogènes.* »¹³⁸ Ainsi, parmi les différents CDS, quatre « familles » peuvent être distinguées : les centres de soins infirmiers, les centres spécialisés en dentaire ou en ophtalmologie, les centres médicaux et les centres polyvalents. La Cour des comptes précise que « *le statut juridique de ces centres est aussi très variable : associatif, mutualiste, rattaché à des collectivités territoriales ou encore à des centres hospitaliers.* »¹³⁹

Quelle que soit la famille à laquelle appartient un CDS, « *des obligations communes confèrent à cet ensemble une unité* »¹⁴⁰. Ainsi, les CDS ne doivent pas être à but lucratif, les dépassements tarifaires sont exclus, les professionnels y exerçant sont (sauf exceptions) salariés et leur accès doit être ouvert à tous les publics¹⁴¹. Il est à noter que certains CDS exercent une mission sociale tournée vers des publics précaires. Cela étant, malgré ces obligations communes, les CDS bénéficient d'aides de la CNAM selon leur « *capacité à satisfaire des conditions quant à l'accessibilité ou à la qualité des soins.* »¹⁴²

Dans la présente partie, une distinction sera opérée entre les CDS de ville et les CDS hospitaliers, afin de faire le lien avec le projet « Les Charriers ».

i. Les centres de santé en ville : un exercice facilité pour les professionnels salariés

Les CDS peuvent être définis comme « *des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux.* »¹⁴³

Ainsi, dans un article intitulé « Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. »¹⁴⁴, l'auteur dessine le schéma classique d'implantation d'un CDS. Ainsi, le constat est toujours le même – quelle que soit la structure sanitaire mise en place, celui de la désertification médicale. En conséquence, des mesures d'attractivité à destination des professionnels libéraux sont réalisées via des MSP. Si ces tentatives sont infructueuses, un CDS salarié sera créé en

¹³⁷ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Art. L. 6323-1 du Code de la santé publique.

¹⁴² Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22.

dernier recours, lorsque les mesures précédentes auront échoué. De fait, l'idée de créer un CDS apparaît comme une alternative à d'autres solutions inefficaces. L'auteur évoque ainsi un « *choix pragmatique face à l'urgence.* »¹⁴⁵

En outre, l'auteur examine la façon dont les CDS, en tant que structures salariales alternatives à la médecine libérale, voient le jour comme réponse locale à la désertification médicale, alors que – dans le même temps – l'État poursuit la promotion d'une régulation centralisée centrée sur la médecine de ville.

Ainsi, ces « *structures salariées de soins de proximité à l'interface entre le secteur libéral et le secteur public* »¹⁴⁶ ont connu un fort développement entre 2015 et 2023 : leur nombre est passé de 1 878 à 2 945 selon les chiffres les plus récents de l'Observatoire des centres de santé, dont 1 229 CDS médicaux et polyvalents, 1 266 CDS dentaires et 450 CDS infirmiers.

Eu égard à l'absence de personnalité juridique, les CDS ne peuvent employer directement des médecins. *A contrario*, l'organisme gestionnaire du CDS possède une personnalité juridique et, de fait, est considéré comme l'employeur des médecins – et, donc, le « *payeur des factures* »¹⁴⁷ – qui exercent au sein de ces CDS. En ce sens, « *les médecins salariés, percevant un salaire et employés par la structure gestionnaire du centre de santé, n'ont donc plus de lien monétaire direct avec l'État, l'assurance maladie ou les patients.* »¹⁴⁸ Dans ce contexte, les collectivités territoriales, les associations – souvent issues du monde infirmier – ou les mutuelles apparaissent comme les principaux gestionnaires des CDS. Les centres de soins infirmiers, par l'intermédiaire des associations d'infirmiers, participent à la création de CDS en procédant à la médicalisation des structures, c'est-à-dire en accueillant des médecins généralistes par exemple.

En somme, les CDS se distinguent de la médecine libérale sur trois points principaux : (i) le salariat des professionnels y exerçant, (ii) la généralisation du tiers-payant et (iii) l'absence de but lucratif. Aussi, la nature des gestionnaires des CDS – à l'instar des collectivités territoriales – illustre « *une recomposition de l'action publique locale, où le local prend le relais du national.* »¹⁴⁹ L'auteur indique même que « *les centres de santé deviennent une variable d'ajustement territoriale : ils pallient l'inefficacité des politiques nationales sans revendiquer une substitution au pouvoir central.* »¹⁵⁰ et que, par

¹⁴⁵ JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22.

¹⁴⁶ MARTINACHE, Igor. Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions. Sociologies Pratiques, n°45 (2), pp. 41-51.

¹⁴⁷ JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ *Ibid.*

conséquent, ce phénomène illustre le principe de subsidiarité : « *quand l'échelon supérieur échoue, le niveau inférieur prend le relais.* »¹⁵¹

De nombreuses motivations à exercer en CDS

D'après l'enquête réalisée par le Docteur Élise Ridard et *al.*¹⁵² sur la base d'entretiens avec des professionnels de santé, de nombreuses motivations encouragent les professionnels libéraux à exercer au sein des CDS de ville. Ainsi, si les praticiens souhaitent y travailler « *pour sa dimension humaine, sa polyvalence, et la possibilité d'exercer une médecine de qualité, sans les contraintes du libéral* »¹⁵³, il s'agit également d'un « *rejet de l'exercice libéral [qui] est largement partagé, en raison de la surcharge administrative, de l'insécurité financière, du manque de souplesse et de l'isolement professionnel* »¹⁵⁴. Aussi, les médecins qui exercent au sein des CDS « *apprécient également le travail en équipe, même s'il reste souvent informel, ainsi que les possibilités de formation.* »¹⁵⁵

Le statut des professionnels exerçant au sein des CDS est largement plébiscité car le « *salariat [...] est perçu comme un véritable atout : il apporte une meilleure qualité de vie, une stabilité salariale, des avantages sociaux, et une organisation du travail facilitée (secrétariat, absence de gestion comptable ou de facturation).* »¹⁵⁶ De plus, si le contexte professionnel est largement abordé et mis en avant, c'est également l'équilibre avec la vie personnelle qui est mis en avant et perçu comme facilité par l'exercice en CDS¹⁵⁷.

En somme, les entretiens réalisés révèlent deux types de motivations chez les médecins exerçant en CDS : des motivations externes, sur le plan des intérêts personnels, et des motivations internes, sur un plan éthique. D'une part, en matière de motivations externes, l'exercice en CDS présente un cadre de travail attractif avec de bonnes conditions de travail, une réduction des tâches administratives, le statut de salarié – avec les congés payés, le congé maternité, l'absence d'investissement financier ainsi qu'une meilleure conciliation vie professionnelle et vie personnelle. Aussi, le travail en équipe est un avantage mis en avant par les professionnels. Les jeunes médecins ont ainsi une tendance à préférer les formes d'exercice regroupé et salarié. D'autre part, en matière de motivations internes, l'éthique occupe une place importante, notamment en raison de la dimension sociale et accessible des CDS. En effet, ces structures sanitaires accueillent tous les patients sans distinction, appliquent le tiers-payant¹⁵⁸ et sont implantées en zones

¹⁵¹ JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22.

¹⁵² RIDARD, Élise. et *al.* Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Santé Publique, 2018/3 Vol. 30, 2018. p.361-370.

¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸ In JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22., l'auteur indique que « *le modèle d'exercice professionnel en centre de santé s'inscrit à l'opposé de l'identité libérale de la profession*

médicalement sous-dotées pour nombre d'entre elles. En *sus*, l'exercice en CDS permet de consacrer davantage de temps aux patients, sans tenir compte de la pression financière liée à la rémunération à l'acte. De plus, la possibilité de se former est également mise en avant.

En conclusion, les conditions d'exercice en CDS proposent des avantages qui tiennent lieu d'éléments d'attractivité selon les professionnels concernés : une meilleure qualité de vie professionnelle, un travail collectif avec une coordination des soins ainsi que moins de charges administratives.

ii. Les centres de santé hospitaliers : une alternative aux centres de santé de ville

Le CSP indique que les CDS peuvent « être créés et gérés [notamment] soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif. »¹⁵⁹

Ainsi, comme le précise la Cour des comptes dans son rapport « L'organisation territoriale des soins de premier recours »¹⁶⁰, « quelques hôpitaux, notamment des hôpitaux de proximité, ont saisi cette possibilité, de même que quelques cliniques privées. »¹⁶¹ C'est notamment le cas des Centres Hospitaliers de Lamballe-Armor et Guingamp en Bretagne, de Houdan dans les Yvelines, de l'Île d'Yeu en Vendée ou encore de Confolens en Charente. Aussi, le rapport précité précise également que « certains centres municipaux de santé ont été transférés vers des hôpitaux, à l'exemple du centre de santé de la commune de Vitré (département d'Ille-et-Vilaine). »¹⁶² À l'instar de ces établissements publics, l'hôpital Foch – établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) géré par une association – a également procédé à l'ouverture d'un CDS en 2022.

Certains de ces CDS hospitaliers sont financés en partie par les collectivités territoriales, comme le Centre Hospitalier du Penthievre et du Poudouvre, situé à Lamballe-Armor, et du Centre Hospitalier de Guingamp : ils perçoivent ainsi une subvention par l'EPCI¹⁶³.

Un CDS hospitalier présente ainsi l'avantage d'un accès facilité des patients au plateau technique et au service d'imagerie de l'hôpital de rattachement et, conduit ainsi à un diagnostic rapide.

médicale. Les propositions politiques de généralisation du tiers-payant à l'ensemble des médecins, une des caractéristiques des centres de santé, ont déclenché de nombreuses réactions et mobilisations des syndicats traditionnels de la médecine libérale, notamment en 2015. »

¹⁵⁹ Art. L. 6323-1-3 du Code de la santé publique.

¹⁶⁰ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² *Ibid.*

¹⁶³ *Ibid.*

À l'instar des CDS, les MSP présentent – elles aussi – de nombreux avantages, tant pour les patients que pour les professionnels y exerçant.

b. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : des structures centrales pour l'organisation des soins de premier recours

Reconnue par la LFSS pour 2007¹⁶⁴ et ayant de nombreux équivalents au niveau international (notamment les *Family Health Groups* en Ontario au Canada, ou encore les *Patient-Centered Medical Home* aux États-Unis), une MSP est « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.* »¹⁶⁵ Quant à l'ARS Hauts-de-France, elle définit les MSP comme « *des structures de soins de proximité qui regroupent des professionnels de santé médicaux, notamment des médecins généralistes et paramédicaux comme des infirmiers, des kinésithérapeutes ou des orthophonistes. Les professionnels qui y exercent sont libéraux et bénéficient ainsi d'un cadre de travail collectif.* »¹⁶⁶

Aussi, la loi Fourcade¹⁶⁷ a introduit dans le CSP¹⁶⁸ la faculté de créer des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) « *entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien.* »¹⁶⁹ Ce statut permet aux MSP de recevoir des financements et de les redistribuer entre les professionnels y exerçant sous la forme d'honoraires ou de salaires.

Selon le plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles »¹⁷⁰, le Ministère de la Santé et de la Prévention indique que le territoire national comptait, au 31 décembre 2022, 2 251 MSP en fonctionnement et 300 MSP en projet. Un an après, au 31 décembre 2023, le ministère de la Santé et de la Prévention estimait le nombre de MSP en fonctionnement à 2 501¹⁷¹. Au total, ce sont 8,9 millions de patients qui déclaraient un médecin traitant exerçant au sein d'une MSP et 32 000 professionnels de santé qui

¹⁶⁴ Loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

¹⁶⁵ Art. L. 6323-3, al. 1 et 2 du Code de la santé publique.

¹⁶⁶ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>

¹⁶⁷ Loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009.

¹⁶⁸ Art. L. 4041-1 et suivants du Code de la santé publique.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles ». Juin 2023.

¹⁷¹ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

travaillaient au sein d'une MSP conventionnée. Selon le plan d'action ministériel, ce sont en moyenne 600 patients de plus vus chaque année par un médecin traitant exerçant en MSP par rapport à un médecin traitant exerçant en dehors d'une MSP en libéral.

L'objectif – inscrit dans le plan d'action – est fixé à 4 000 MSP en fonctionnement d'ici à 2027.

Le portrait des médecins en MSP

Selon la DREES¹⁷², les « *médecins généralistes exerçant en MSP sont plutôt jeunes et souvent installés dans des territoires à l'accessibilité aux soins moins favorable.* »¹⁷³ Aussi, les « *revenus des médecins généralistes exerçant en MSP augmentent plus vite entre 2008 et 2014 du fait d'une hausse plus rapide de la taille de leur patientèle.* »¹⁷⁴ Ainsi, ces médecins perçoivent en moyenne 600 euros de plus – en 2014 au titre de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Entre collaboration, coordination et liberté de mobilisation des acteurs externes

Selon un chapitre intitulé « La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. »¹⁷⁵, les MSP jouent un rôle central en ce qu'elles « *exercent une articulation spécifique et centrale dans le territoire et peuvent être vues comme le noyau du réseau inter-organisationnel.* »¹⁷⁶ Ainsi, « *l'accent est explicitement mis sur le mode de fonctionnement collégial de l'exercice professionnel* »¹⁷⁷, ce qui permet une prise de décision collective sur un très large panel de matières : de la construction des protocoles aux guides de bonnes pratiques, en passant par la durée moyenne des consultations ou encore la nature des liens à développer avec les organisations de santé du territoire.

Les MSP sont aussi des vecteurs de partage d'informations. Ainsi, elles participent audit partage entre les organisations, acteurs, structures sanitaires et sociales du territoire. Benoît Cret évoque le « *rôle d'un hub de connexion pour l'ensemble du réseau, notamment en ce qui concerne le partage du dossier patient : être ou ne pas être une MSP structure les échanges formels entre les organisations de santé [...].* »¹⁷⁸

Cela étant, la collaboration n'a pas exclusivement lieu qu'entre les professionnels exerçant au sein de la MSP. Ainsi, « *la collaboration va au-delà des frontières* »¹⁷⁹ car les

¹⁷² DREES, Études et Résultats, « Impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soins : l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles. », Mai 2021

¹⁷³ *Ibid.*

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

professionnels exerçant en leur sein « *agissent selon un mode de fonctionnement libéral, dans le sens où ils mobilisent un réseau qui n'est pas préétabli par l'organisation et où la personnalisation des liens joue un rôle essentiel dans l'accès à la connaissance.* »¹⁸⁰ Les professionnels mobilisent davantage leur réseau personnel que les « *réseaux formels créés par les organisations de santé.* »¹⁸¹

Lors d'un entretien, le Docteur Pauchet-Lartisien¹⁸² a mis notamment en avant les liens construits entre la MSP de Crécy-en-Ponthieu – dans laquelle elle exerce – avec le Centre Hospitalier d'Abbeville et le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens. À cet égard, une certaine forme de liberté dans les échanges externes entre professionnels existe, donnant lieu à la mobilisation du réseau personnel dans le cadre d'échanges externes « *pour résoudre des situations de patients uniques* »¹⁸³ par exemple.

En somme, l'auteur conclue ainsi : « *La position importante des MSP dans les réseaux de relations sur les territoires observés dans cette étude tient sans doute à leur capacité à maintenir l'autonomie professionnelle individuelle dans le cadre d'une organisation structurant les rapports inter organisationnels de manière plus bureaucratique.* »¹⁸⁴

À noter que « *la taille de l'organisation explique en partie la position des organisations dans le réseau. Le nombre de professionnels qui exercent dans une organisation est en effet un facteur explicatif de la création de partenariats de partage du dossier patient avec les autres organisations de santé du territoire. Plus l'organisation est grande, plus elle tend à tisser ce type de liens formels avec d'autres organisations du territoire.* »¹⁸⁵ Ainsi, il conviendra également de tenir compte de cette observation dans les propositions qui seront formulées ultérieurement.

Selon Jihane Sebai et al., « *l'enjeu est également externe dans la mesure où il s'agit de favoriser des relations de coopération interprofessionnelle avec les autres structures sanitaires, médico-sociales et sociales, et de participer aux actions de santé publique en matière de prévention et d'éducation.* »¹⁸⁶ En somme, au-delà des professionnels de santé exerçant au sein de la MSP, il apparaît indispensable de construire, développer et maintenir des relations régulières avec les autres acteurs du territoire.

¹⁸⁰ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

¹⁸¹ *Ibid.*

¹⁸² Docteur PAUCHET-LARTISIEN est médecin généraliste et cofondatrice de la MSP de Crécy-en-Ponthieu (Somme).

¹⁸³ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

Les avantages des MSP

La mise en place et l'exercice en MSP présentent de nombreux avantages. Ainsi, les MSP constitueraient une aide au maintien de l'offre de soins sur les territoires sous-dotés en professionnels de santé, permettraient de lutter contre les déserts médicaux, accompagneraient le virage ambulatoire et renforceraient la fluidité des parcours de soins grâce aux liens construits avec les acteurs environnants. Aussi, à l'instar des CDS, les MSP bonifieraient les conditions d'exercice des professionnels.

Dans un écrit intitulé « Expérience des professionnels de santé face à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. »¹⁸⁷, Sophie-Marine Blanc observe que plusieurs raisons et avantages encouragent les professionnels libéraux à exercer dans une MSP : une « *profonde volonté des professionnels d'optimiser la prise en charge du patient par le renforcement de la coordination des soins : accessibilité au soin, à la prévention et à l'éducation à la santé, continuité des soins, et accompagnement pluridisciplinaire* »¹⁸⁸ ; un « *désir d'améliorer les conditions d'exercice professionnel via l'épanouissement au travail, la facilitation des échanges et le sentiment de sécurité induit par le groupe* »¹⁸⁹ ; ou encore le « *souhait d'améliorer la qualité de vie personnelle [...] grâce à la richesse de l'aspect social, l'organisation interne qui autorisait des libertés et la rémunération du temps de travail optimisée.* »¹⁹⁰

Dans ce cadre, l'auteur souligne l'« *importance du regroupement géographique qui favorise les échanges et renforce la dynamique du groupe* »¹⁹¹ et la « *mise en évidence d'un lien fort entre collaboration, confiance du patient et adhésion au soin.* »¹⁹²

Les témoignages de médecins en activité

Par l'intermédiaire de l'ARS Hauts-de-France, plusieurs MSP ont été sollicitées dans le cadre du présent mémoire afin de répondre à un questionnaire relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des MSP, aux liens ville-hôpital et aux actions de prévention des MSP. Ainsi, plusieurs médecins généralistes ont répondu favorablement à cette sollicitation. Leurs réponses s'inscrivent dans la continuité des précédents

¹⁸⁷ BLANC, Sophie-Marine. Expérience des professionnels de santé face à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. Médecine humaine et pathologie. Université de Nantes. 2025.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² *Ibid.*

développements. Sur le plan des avantages à travailler en MSP, plusieurs raisons ont ainsi été avancées¹⁹³ :

- Favorise l'accès aux soins au sein d'une structure unique où les compétences des différents métiers de santé peuvent se compléter sans rapport hiérarchique (médecins généralistes, pharmaciens, sage-femmes, IDE, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, diététiciens, psychologues, etc.) ;
- Permet un accès aux soins secundo-tertiaires fluide chez les patients qui négligent leurs orientations ;
- Favorise, grâce au personnel médicosocial et administratif (ingénieur de santé de coordination, médiateur, secrétariat, etc.), les accompagnements cohérents dans les situations complexes ;
- Permet le déploiement d'aide à la personne de proximité (aides à domicile, activité physique adaptée) ;
- Permet aux professionnels de santé d'être soulagés d'un certain nombre de tâches administratives et de se recentrer sur leur métier ;
- Permet de s'appuyer sur les compétences des autres professionnels présents dans le partage des compétences ;
- Permet, via un courrier, un adressage des patients avec la bonne littérature, l'exacte situation pathologique du patient adressé.

Aussi, d'autres avantages ont été mis en avant, tant pour les professionnels que pour les patients¹⁹⁴ :

- Pour les praticiens : liens entre les professionnels, convivialité, réunion de concertation pluriprofessionnelle et échanges sur les patients, élaboration de protocoles pour uniformiser et améliorer les pratiques ;
- Pour les patients : se sentir au centre d'un réseau de soignants qui échangent entre eux pour améliorer leur prise en charge.

Le rôle central des médecins généralistes, un rôle de coordonnateur le plus souvent

Parmi les professionnels exerçant au sein des MSP, certains d'entre eux occupent une place centrale en ce qu'ils détiennent des responsabilités à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la structure. Le plus souvent, ces responsabilités sont assumées par un médecin généraliste : il s'agit d'individus « *capables de cumuler différentes formes de statut, celles qui découlent de leur position dans le réseau et celles qui découlent de leur*

¹⁹³ Docteur BERKHOUT, professeur honoraire de médecine générale, médecin généraliste, administrateur de la MSP du Kruysbellaert de Dunkerque.

¹⁹⁴ Docteur BRADIER, médecin généraliste, Président de la CPTS Pévèle Carembault Seclin, membre de la MSP MME Ennevelin santé.

autorité formelle. »¹⁹⁵ C'est ce que Benoît Cret qualifie de « *leadership de la profession médicale sur les autres professions de santé*. »¹⁹⁶ Dans un article intitulé « L'exercice pluriprofessionnel en maison de santé pluriprofessionnelle : une division du travail sous contrôle médical »¹⁹⁷, Anne Moyal parle de « *médecins généralistes gestionnaires de la coordination* ». Elle précise ainsi que « *les coordonnateurs de maisons de santé pluriprofessionnelles s'affirment dans un nouveau rôle de gestionnaires, à la fois aux yeux des autorités sanitaires qui en font leurs premiers interlocuteurs, mais aussi de leurs collègues qui reconnaissent leur investissement particulier et les considèrent comme les « moteurs » des maisons de santé pluriprofessionnelles*. »¹⁹⁸ L'étude démontre ainsi une division du travail de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux : « [...] dans tous les cas, les médecins sont responsables des activités que nous avons qualifiées de stratégiques et politiques alors que les professionnels non-médecins prennent en charge les tâches logistiques et administratives. »¹⁹⁹

Une large participation aux actions de prévention

Parmi l'ensemble de leurs missions, les MSP participent à un large éventail d'actions de prévention qui peuvent être classées en quatre catégories²⁰⁰.

Tout d'abord, la prévention primaire, qui englobe les vaccinations, la prévention de l'obésité et de la sédentarité (psychologue, diététicien, éducateur sportif), la surveillance dentaire, de l'audition et de la vue, l'éducation pour la santé avec acquisition d'une représentation de la santé allant au-delà de la capacité fonctionnelle, le développement harmonieux du nourrisson et de l'enfant.

Ensuite, la prévention secondaire, avec l'incitation au dépistage et au diagnostic précoce, l'éducation thérapeutique de première ligne, la lutte contre les troubles d'usage de substances diverses (alcool, tabac, cannabis, benzodiazépines et hypnotiques, protoxyde d'azote, etc.).

Puis, la prévention tertiaire, composée de la diététique et l'activité physique adaptée, des groupes de patients, de l'insertion sociale des personnes dépendantes physiquement ou mentalement, ainsi que la coordination avec les soins médicaux et de réadaptation (SMR).

¹⁹⁵ CRET, Benoît., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.103-123.

¹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ FLAJOLET, André. Rapport sur la prévention et la promotion de la santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. 2008. Cette distinction en plusieurs types de prévention est le fruit du travail de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Enfin, la prévention quaternaire englobe notamment la révision thérapeutique des ordonnances des personnes âgées polymédiquées (médecin, pharmacien, infirmier, psychologue), la réduction des risques dans les troubles d'usage de substances et les abus médicamenteux.

Ainsi, à titre d'illustration, la MSP Maison médicale d'Églantine d'Ennevelin Santé (59) participe à de nombreuses actions de prévention, notamment : vaccination, mission « Retrouve ton CAP » pour l'obésité des enfants, sport, nutrition, dépistages²⁰¹.

En somme, les « *maisons de santé pluriprofessionnelles semblaient répondre aux attentes des professionnels en matière de qualité des soins, de conditions de travail et d'attractivité, malgré d'importants défis administratifs, logistiques et sociaux qui pouvaient représenter des obstacles imprévus.* »²⁰² Cela étant, de nombreuses limites et de nombreux freins sont observés au quotidien, tant pour les MSP que pour les CDS.

2.1.2 Au-delà des avantages : appréhender les limites des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles

Bien que les CDS et les MSP présentent de nombreux avantages pour les professionnels et les patients, ces structures sanitaires présentent également des limites. Ainsi, la présente partie a vocation à présenter les différentes limites et différents freins des CDS et des MSP, au regard des nombreux avantages existants et eu égard aux propositions qui seront exprimées ultérieurement.

A. Les limites des centres de santé

Les professionnels de santé salariés peuvent exercer en CDS de ville ou en CDS hospitalier.

a. Les centres de santé de ville

À l'instar des MSP – et au regard des limites qui seront présentées ultérieurement pour les CDS hospitaliers – les CDS de ville présentent eux aussi quelques limites et freins. Ceux-ci pourraient ainsi être dépassés par le projet « Les Chartriers ».

Ainsi, tout d'abord, des limites apparaissent quant au statut et au fonctionnement d'un CDS. Le Docteur Élise Richard et *al.*, dans « Les motivations des médecins

²⁰¹ Réponse écrite de Docteur BRADIER, médecin généraliste, Président de la CPTS Pévèle Carembault Seclin, membre de la MSP Maison médicale d'Églantine d'Ennevelin Santé (Nord).

²⁰² BLANC, Sophie-Marine. Expérience des professionnels de santé face à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. Médecine humaine et pathologie. Université de Nantes. 2025.

généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. »²⁰³ met en lumière plusieurs difficultés rencontrées par les professionnels de santé exerçant au sein des CDS : « *certaines contraintes liées au statut de salarié, des relations parfois tendues avec l'employeur, des lenteurs administratives, ainsi qu'une perte de liberté d'organisation.* »²⁰⁴

Aussi, l'une des limites majeures de l'exercice en CDS concerne les revenus tirés de l'exercice en leur sein. Ainsi, bien qu'acceptés comme une contrepartie des nombreux avantages obtenus, les revenus sont « *jugés globalement inférieurs au libéral* »²⁰⁵.

Une autre difficulté tient aux relations avec les professionnels de santé ne travaillant pas en CDS, à l'instar des professionnels libéraux. Aussi, comme l'explique l'auteur, « *le regard critique des confrères libéraux est parfois mal vécu* »²⁰⁶. C'est pourquoi, comme le précise plusieurs articles étudiés, l'exercice en CDS apparaît comme une activité temporaire qui ne semble pas perdurer dans le temps. C'est une solution envisagée par certains professionnels de santé un temps de leur carrière professionnelle : « *la projection à long terme dans ce type d'exercice reste incertaine pour beaucoup.* »²⁰⁷

Enfin, malgré la diversité des employeurs et les nombreux avantages inhérents à ce type d'exercice, les CDS rencontrent des difficultés dans le recrutement de nouveaux professionnels de santé qui acceptent d'y exercer. En somme, bien que présentant de nombreux avantages, l'exercice en CDS de ville présente aussi – et de manière non négligeable – de nombreux inconvénients pour les professionnels y exerçant.

À l'instar des CDS de ville, les CDS hospitaliers présentent eux aussi quelques limites et risques.

b. Les centres de santé hospitaliers

Ainsi, comme le note la Cour des comptes²⁰⁸, certains établissements publics de santé – tels que les hôpitaux de proximité – ont accueilli l'ouverture de CDS en leur sein ou soutenu ladite ouverture ou le maintien de ceux-ci. Partant, l'une des difficultés pour les hôpitaux de proximité est la faiblesse relative de leurs moyens : « *les ressources qui leur sont attribuées au titre de leur mission de soutien aux soins de premier recours étant limitées (de l'ordre de 80 000 € par an, en moyenne).* »²⁰⁹

Par conséquent, comme l'explique le rapport de la Cour des comptes : « *Certaines ARS, comme celle de Nouvelle-Aquitaine, qui avaient entrepris de solliciter les hôpitaux de*

²⁰³ RIDARD, Élise. *et al.* Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Santé Publique, 2018/3 Vol. 30, 2018. p.361-370.

²⁰⁴ RIDARD, Élise. *et al.* Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Santé Publique, 2018/3 Vol. 30, 2018. p.361-370.

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁸ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

²⁰⁹ *Ibid.*

*proximité pour déployer des centres des santé, se sont heurtées ainsi aux réticences des établissements qui ne disposaient que de trop peu de moyens et d'encadrement pour faire face à ces missions. »*²¹⁰

Aussi, le rapport précise qu'« *un risque existe que les centres rattachés à un centre hospitalier ne soient pas suffisamment incités à une gestion efficiente.* »²¹¹ La Cour des comptes précise ainsi : « *Dans l'exemple déjà cité des centres de santé créés par le centre hospitalier d'Issoudun, le total des consultations fait apparaître un ratio de 12,7 consultations par jour et un ratio de 1,6 consultations par heure d'ouverture alors que la moyenne des cabinets libéraux est supérieure à 3.* »²¹² Ce point apparaît comme une vigilance à prendre en compte dans le projet « Les Charriers ».

En somme, bien que les hôpitaux de proximité semblent présenter certains avantages dans l'ouverture ou le maintien d'un CDS, il apparaît que la taille des structures et, par conséquent, les moyens afférents, jouent un rôle non négligeable dans leur fonctionnement.

En sus des difficultés et limites rencontrées par les CDS, les MSP connaissent elles aussi des difficultés et limites.

B. Les limites des maisons de santé pluriprofessionnelles : comprendre et dépasser les difficultés

Dans « *Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire.* », les auteurs concluent en indiquant que de nombreux freins existent : « *freins socio-professionnels (logiques professionnelles) ; freins techniques (système d'information) ; freins structurels (modes de financement) ; et freins politiques (modes de régulation des politiques de santé dans le secteur des soins de premier recours et interactions entre les politiques nationales, régionales).* »²¹³ Ainsi, alors même qu'une réelle dynamique est en marche au sein des MSP, la grande hétérogénéité des dites structures – compte tenu notamment de leur taille et de la composition des équipes pluriprofessionnelles – fait apparaître des limites inhérentes à de nombreux champs.

Logique hiérarchique et exercice isolé

Malgré le développement et la multiplication des MSP depuis leur création, « *l'attachement au modèle traditionnel d'exercice libéral reste fort et explique en partie la*

²¹⁰ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

²¹¹ *Ibid.*

²¹² *Ibid.*

²¹³ SEBAI, Jihane, et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

faible structuration des professionnels de santé libéraux (Schweyer, 2016) »²¹⁴. Ainsi, l'exercice au sein d'une MSP est, par nature, contraire à la logique hiérarchique et à l'exercice isolé des médecins généralistes ; comme l'explique Anne Moyal : « L'acculturation lente à ces nouvelles modalités d'exercice peut notamment s'expliquer par la formation des professionnels de santé, peu ouverte aux pratiques pluriprofessionnelles et préventives, et encore dominée par des logiques hiérarchiques et une approche biomédicale. »²¹⁵

Une coordination interne inaboutie et une hétérogénéité des pratiques

Les éventuelles survivances de l'approche hiérarchique implique nécessairement une coordination interne inaboutie. Ainsi, à titre d'exemple, dans « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. »²¹⁶, l'auteur explique que « *plusieurs professionnels précisent qu'une partie des dossiers médicaux ne leur est pas accessible (et dans l'une des MSP, certains médecins ont même bloqué l'accès à leurs dossiers). Les professionnels non-médecins affirment finalement se procurer les informations dont ils ont besoin le plus souvent par d'autres moyens (par téléphone, en toquant à la porte des cabinets des médecins ou en passant par leur secrétariat).* »²¹⁷ Dans ladite étude réalisée en 2017, « *parmi les maisons de santé pluriprofessionnelles recensées, seulement 14 % (soit 136 MSP) déclarent la mise en place d'actions de coordination.* » Cette statistique doit, cependant, être relativisée compte tenu de deux éléments : le premier est lié à une appropriation de l'objet « MSP » qui n'était pas si ancien en 2017 et le second est lié à l'année de réalisation de l'étude qui – théoriquement, si elle était réalisée aujourd'hui, conclurait potentiellement à un taux d'actions de coordination mises en place supérieur à 14%.

Aussi, un autre facteur d'une coordination inaboutie demeure le mode de financement des professionnels et, notamment, la rémunération à l'acte. Ainsi, Anne Moyal indique que « *les rémunérations à l'acte, largement majoritaires, ne favorisent par ailleurs pas le développement des activités de coordination et de santé publique.* »²¹⁸ Cette observation semble s'appliquer aussi bien pour les actions de collaboration et de coordination en interne des MSP qu'externes à celles-ci.

Dans la même veine, Jihane Sebai évoque les difficultés inhérentes à l'absence d'harmonisation des pratiques : « *Nous avons souligné plus particulièrement les lacunes*

²¹⁴ HASSENTEUFEL, Patrick. et al. Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.33-56.

²¹⁵ MOYAL, Anne. et al. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. Les Tribunes de la santé, 2022/1 N° 71, 2022. p.33-45.

²¹⁶ MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.103-123.

²¹⁷ *Ibid.*

²¹⁸ *Ibid.*

*en termes de pratiques formalisées pour améliorer la coordination de la prise en charge des patients et la coopération interprofessionnelle à l'intérieur des structures. »*²¹⁹

*In fine, comme le soulignent Huard et Schaller en 2014²²⁰, « le risque [...] est de ne pas dépasser le stade de regroupement pour constituer des entités organiques cohérentes. »*²²¹

Une coordination limitée avec les acteurs externes

À l'instar de la coordination inaboutie entre les professionnels de santé au sein d'une MSP, la coordination avec les acteurs externes à cette structure souffre de difficultés. En 2017, dans la même étude de Jihane Sebai, les conclusions quant à la coopération externe étaient les suivantes : *« sur le plan de la coopération externe, 40 % des structures ont déclaré avoir des partenariats avec d'autres structures. »*²²² En d'autres termes, cela signifiait que 60% des structures étudiées ne déclaraient pas de partenariats avec d'autres structures. Cette statistique démontrait ainsi les difficultés liées à la mise en place de coopération(s) externe(s).

Aujourd'hui, en 2025, les mêmes conclusions pourraient être similaires. Ainsi, dans le cadre des entretiens réalisés avec des médecins généralistes, beaucoup indiquent avoir des relations peu approfondies avec les acteurs externes à leur MSP et, notamment, avec les établissements publics de santé. À titre d'exemple, le Docteur Pauchet-Lartisien²²³ précise que les liens construits avec le Centre Hospitalier d'Abbeville sont relativement récents et les liens avec le CHU d'Amiens sont relativement approfondis. Encore aujourd'hui, les échanges entre la MSP de Crécy-en-Ponthieu et le Centre Hospitalier d'Abbeville ne se font pas via une messagerie cryptée, à la différence du CHU d'Amiens. Cela étant, certaines actions sont menées en collaboration : en matière de formation des professionnels de santé, les deux établissements dispensent des formations à destination des libéraux. À titre d'exemple, un enseignement post-universitaire est dispensé aux médecins des environs au Centre Hospitalier d'Abbeville, une à deux fois par mois.

²¹⁹ SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

²²⁰ HUARD, Pierre. et al. Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé. *Santé Publique*, 2014/4 Vol. 26, 2014. p.509-517.

²²¹ *Ibid.*

²²² SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

²²³ Docteur PAUCHET-LARTISIEN est médecin généraliste et cofondatrice de la MSP de Crécy-en-Ponthieu (Somme).

L'absence de cadre et d'accompagnement

Les professionnels exerçant au sein des MSP rencontrent également quelques difficultés inhérentes à l'accompagnement post-crédation de ladite structure. Ainsi, Sophie-Marine Blanc, dans « Expérience des professionnels de santéd face à la création d'une maison de santéd pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. »²²⁴, écrit que la lourde charge de travail et, surtout, administrative rencontrée après la constitution de la structure constitue une difficulté majeure selon les professionnels de santéd membres de la MSP.

L'auteur précise également la formulation d'un besoin d'accompagnement après la création de la MSP. Ainsi, bien que les aides soient satisfaisantes pendant la phase de montage du projet, le manque de formation en management et en gestion administrative devient un frein une fois la MSP opérationnelle.

L'absence de coordonnateur institutionnalisé

En l'absence de coordonnateur institutionnalisé, des profils divers occupent la fonction de coordonnateur de la MSP, si tant est qu'il y ait un coordonnateur et que celui-ci soit positionné en tant que tel dans la structure. Comme le précise les auteurs de « Les maisons de santéd pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. »²²⁵ : *« Pour la grande majorité de ces structures, la coordination est assurée par un ou plusieurs professionnels de la structure. Elle est ainsi assurée par un secrétaire médical dans 37 % des cas et par un coordinateur dédié dans 8 % des cas. Ces résultats montrent que malgré les incitations existantes pour le développement des actions de coordination et de la fonction de coordinateur (un médecin ou une tierce personne, exerçant dans la structure), les MSP qui identifient la coordination comme une fonction à part entière sont peu nombreuses. »*²²⁶

Cela étant, bien que les médecins généralistes occupent un rôle central dans la gestion de la structure, d'autres sont cogérées par un médecin et un autre professionnel ou gérées par d'autres professionnels que des médecins généralistes. Dans les structures étudiées par Anne Moyal, « *plusieurs professionnels occupent la fonction de coordination : il s'agit de médecins seulement dans trois structures et de médecins en binôme avec une infirmière et une diététicienne dans les deux autres structures.* »²²⁷

²²⁴ BLANC, Sophie-Marine. Expérience des professionnels de santéd face à la création d'une maison de santéd pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. Médecine humaine et pathologie. Université de Nantes. 2025.

²²⁵ SEBAL, Jihane. et al. Les maisons de santéd pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.103-123.

À titre d'exemple, au sein de la MSP de Crécy-en-Ponthieu, la fonction de coordonnateur était assurée initialement – à la création de la structure – par un médecin généraliste, pendant plus de dix ans. Par la suite, le rôle de coordonnateur a été confié à un IDE coordonnateur qui a, pour assurer la mission de coordination, suivi une formation. Dans ce cadre, l'IDE coordonnateur perçoit une rémunération en plus pour ce temps dédié. Aussi, l'ensemble des autres professionnels de la structure participe à des actions de coordination, via un tableau de bord comportant des tâches spécifiques²²⁸.

Ainsi, comme le précise Anne Moyal : « *Les équipes de soins primaires sans organisation formalisée au départ sont animées par un « leader » (souvent médecin) qui organise l'équipe et porte le projet au prix d'un surtravail. Pour ne pas s'exposer à l'usure, le leader a besoin d'appui, notamment de quelqu'un qui dans l'équipe assure une fonction de coordination. Toutefois, ce travail de coordination n'est pas institué, il se construit et se définit au sein des MSP selon les configurations locales de travail.* »²²⁹ Dans ce cadre, le rôle central des médecins généralistes « *tend à faire peser le temps d'animation et de coordination de ces organisations sur la profession la plus couteuse et la plus rare.* »²³⁰ Cela s'explique notamment par le fait que « *dans un système de financement à l'acte, les niveaux de rémunération des professions de santé non médicales ne sont pas jugés suffisants pour permettre ou tout du moins encourager une bascule des temps de soins vers des temps de coordination.* »²³¹ Pour autant, il conviendrait de basculer ce temps vers des professions davantage dotées en professionnels et financer un temps de coordination.

L'autofinancement des structures

Supporter les coûts d'une structure de santé est une charge importante pour les professionnels qui la composent. Ainsi, le coût de la construction, de la réhabilitation ou du réaménagement d'une MSP peut représenter des sommes importantes qui peuvent être un frein à l'installation en MSP. Le Docteur Pauchet-Lartisien partage ce constat²³².

Une fracture numérique

La fracture numérique entre les MSP et les établissements publics de santé – en particulier, notamment sur l'utilisation de logiciel(s) identique(s) est un frein à une continuité dans les parcours de soins des patients. Ce constat a été fait chaque fois qu'un entretien a été réalisé avec des professionnels hospitaliers et des professionnels libéraux, notamment

²²⁸ Entretien réalisé avec Docteur PAUCHET-LARTISIEN, médecin généraliste et cofondatrice de la MSP de Crécy-en-Ponthieu (Somme).

²²⁹ SCHWEYER, François-Xavier. La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier, École des hautes études en santé publique (EHESP), Centre Maurice-Halbwachs (CMH), Unité mixte de recherche (UMR).

²³⁰ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

²³¹ *Ibid.*

²³² Docteur PAUCHET-LARTISIEN, médecin généraliste et cofondatrice de la MSP de Crécy-en-Ponthieu.

en termes de généralisation de l'utilisation du dossier médical partagé (DMP) et d'outils numériques favorables au partage d'informations.

Aussi, comme le précise l'auteur de « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical »²³³, des ruptures existent au sein même des MSP. Ainsi, alors que l'Agence du numérique en santé (ANS) est chargée de juger conforme à l'exercice pluriprofessionnel les logiciels utilisés notamment en MSP, « *quel que soit le logiciel choisi dans les MSP de notre panel, les professionnels non-médecins précisent qu'ils ne sont pas adaptés aux spécificités de leur exercice, ce que les médecins reconnaissent également* »²³⁴. En conséquence, les professionnels de santé et, en particulier, les médecins généralistes « *continuent ainsi à utiliser leurs anciens logiciels et seule une minorité s'astreint à remplir en parallèle le logiciel commun.* »²³⁵

En 2017, dans une étude²³⁶, « *seulement 11 % des MSP [étudiées] sont dotées d'un système d'information partagé informatisé ; dans 13 % des cas, son développement est en cours, tandis que 68 % des MSP projettent d'en disposer, et 8 % n'ont aucun projet en cours.* »²³⁷

Une faible pratique de l'éducation thérapeutique

Parmi l'ensemble des actions réalisées par les MSP, celle de l'éducation thérapeutique en est une. En 2017, dans une étude, « *sur les 956 MSP recensées, seulement 40 ont développé des actions de promotion de la santé (ex : éducation à la santé) ou de prévention (ex : dépistage des infections et maladies transmissibles).* »²³⁸ Ainsi, les auteurs en concluaient une « *faible pratique de l'éducation thérapeutique* »²³⁹.

Aussi, dans le cadre des entretiens réalisés avec des médecins généralistes, l'un d'eux a abondé en ce sens pour des raisons spécifiques à la démographie médicale au sein de la MSP. En effet, la diminution du nombre de médecins généralistes au sein de la MSP a un effet défavorable sur la pratique de l'éducation thérapeutique.

Des aides à l'installation aux effets difficilement évaluable

Alors que les différentes réformes en matière de soins de premier recours ont largement contribué à la mise en place de nombreuses aides à l'installation, l'évaluation de l'impact de celles-ci est « *complexe à établir, étant donné qu'il n'est pas possible d'apprécier un lien de causalité entre leur comportement en présence et l'absence*

²³³ MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.103-123.

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ SEBAL, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. Revue française d'administration publique, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.

²³⁷ *Ibid.*

²³⁸ *Ibid.*

²³⁹ *Ibid.*

d'incitations financières. »²⁴⁰ Cela étant, les auteurs de « Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux »²⁴¹ tirent la conclusion suivante : « *Les contrats incitatifs et les aides financières ne suffisent pas à eux seuls à rendre attractives les zones sous-denses.* »²⁴²

En conclusion, malgré les nombreuses aides financières à destination des professionnels libéraux et, en particulier, les médecins généralistes, l'aspect financier n'est pas le seul élément central dans le choix de s'installer dans des zones sous-dotées en professionnels libéraux.

Les témoignages de médecins en activité

Par l'intermédiaire de l'ARS Hauts-de-France, plusieurs MSP ont été sollicitées dans le cadre du présent mémoire afin de répondre à un questionnaire relatif à la création, à l'organisation et au fonctionnement des MSP, aux liens ville-hôpital et aux actions de prévention des MSP. Ainsi, plusieurs médecins généralistes ont répondu favorablement à cette sollicitation. Leurs réponses s'inscrivent dans la continuité des précédents développements. Sur le plan des limites des MSP et de l'exercice en leur sein, plusieurs points ont ainsi été avancés²⁴³ :

- La présence de ruptures dans les parcours de soins, mais moins qu'en cabinet médical individuel ou de groupe ;
- Le hiatus entre les soins de 2^{ème} et de 3^{ème} ligne tient davantage à la littérature en santé des patients et, une prise en compte relative des soins hospitaliers du niveau de littérature en santé des populations les plus précaires ;
- En matière d'adressage des patients aux établissements de santé, la difficulté à obtenir les premiers rendez-vous ;
- En matière de sortie des patients de l'hôpital, l'absence relative de prise en compte par les hospitaliers des conditions de retour des patients chez eux ;
- Une répartition indéterminée des démarches administratives entre les MSP et les établissements publics de santé, pouvant entraîner des conflits résultant de refus d'effectuer certaines démarches administratives qui embolisent les médecins généralistes (arrêts de travail, prescriptions de transport, dossiers médicaux de MDPH ou demandes d'ALD) ;
- La nécessité pour les hospitaliers de réaliser des stages dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou dans les MSP afin de connaître les compétences des

²⁴⁰ COURIE LEMEUR, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.

²⁴¹ *Ibid.*

²⁴² *Ibid.*

²⁴³ Docteur BERKHOUT, professeur honoraire de médecine générale, médecin généraliste, administrateur de la MSP du Kruysbellaert de Dunkerque.

soins primaires, en particulier lorsqu'ils sont coordonnés (MSP, CPTS, DAC, qui organisent cette coordination à différents niveaux).

Dépasser les difficultés par divers moyens

Aussi, d'autres points ont également été avancés par les médecins généralistes sollicités²⁴⁴. Parmi les actions favorables mises en place et les recommandations :

- La mise en place de conventions d'échange ;
- La mise en place d'évènements ville-hôpital afin de mieux se connaître ;
- La rédaction de protocole de transmission d'information à l'adressage des patients et de préparation des sorties d'hospitalisation ;
- La mise en place d'actions communes – en lien avec la CPTS – afin de fluidifier des relations entre les professionnels libéraux et hospitaliers ;
- L'amélioration des outils numériques de partage d'information ;
- La généralisation de l'utilisation du DMP.

Eu égard à ces développements, la MSP Les Chartriers fut l'un des acteurs de la construction du projet « Les Chartriers », en lien direct avec le CHV et la CPTS Grand Valenciennes. Dans ce cadre, la MSP Les Chartriers est aujourd'hui composée de plusieurs médecins généralistes, de plusieurs IDE, d'une diététicienne, d'une sage-femme et d'un masseur-kinésithérapeute. L'ensemble des professionnels cités déménagera dans les locaux des Chartriers.

2.2 S'inspirer des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles pour aller plus loin

Le projet « Les Chartriers » peut, d'une part, capitaliser sur les atouts des CDS et des MSP, d'autre part, surmonter les freins inhérents à ces structures ou rencontrés par ces structures au quotidien et, enfin, dépasser l'existant en proposant d'aller plus loin que ce qui est aujourd'hui proposé dans la structuration de l'offre de soins.

2.2.1 Capitaliser sur les atouts des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles

Eu égard aux précédents développements portant sur les atouts des CDS et des MSP (*C. Le rôle des centres et maisons de santé pluriprofessionnelles : des missions diverses et de nombreux avantages*), le projet « Les Chartriers » capitalise sur les atouts desdites structures.

²⁴⁴ Docteur BRADIER, médecin généraliste, Président de la CPTS Pévèle Carembault Seclin, membre de la MSP Maison médicale d'Églantine d'Ennevelin Santé (Nord).

Ainsi, le projet « Les Chartriers » s'inspire de nombreux avantages liés à l'existence, à l'organisation et au fonctionnement des CDS, tant de ville qu'hospitaliers.

Compte tenu des nombreux atouts que présente l'exercice salarié – en termes de de stabilité, de sécurité financière, de congés payés, de congé maternité et d'autres avantages sociaux, « Les Chartriers » ont fait le choix de proposer deux modes d'exercice pour les médecins généralistes qui s'y installeront et, en ce sens, particulièrement celui de l'exercice salarié, rattaché au CHV. Partant, l'exercice salarié est plébiscité pour « *sa dimension humaine, sa polyvalence et la possibilité d'exercer une médecine de qualité, sans les contraintes du libéral.* »²⁴⁵ Aussi, l'exercice salarié est favorisé en raison d'une diminution des contraintes liées à la gestion comptable, à la facturation et aux diverses tâches administratives.

Aussi, le travail en équipe est largement reconnu comme un atout de l'exercice en CDS. Ainsi, l'exercice salarié au sein des Chartriers aura vocation à permettre le travail en équipe, au-delà des professionnels libéraux, en lien avec les professionnels hospitaliers.

L'un des points majeurs du projet « Les Chartriers » est de se rapprocher des populations en rupture de soins, des populations en grande précarité et particulièrement vulnérables. Ainsi, la dimension éthique et sociale des CDS est, là aussi, consacrée par le projet « Les Chartriers ». En ce sens, la qualité de la pratique médicale sera – elle aussi – consacrée en raison de l'exercice salarié qui permet une indépendance vis-à-vis de la rémunération à l'acte.

Enfin, la QVCT – qui est l'une des raisons qui conduit les professionnels de santé à exercer en CDS – favorise l'attrait des jeunes générations préférant le salariat et l'exercice collectif. De fait, le projet « Les Chartriers » érige la QVCT comme l'un des axes majeurs du projet. Partant, les jeunes générations de médecins généralistes sont largement encouragées à rejoindre ce projet novateur.

En somme, l'atout majeur des CDS de ville que représentent la sécurité et la QVCT – par le biais du salariat et du collectif – sont des atouts sur lesquels le projet « Les Chartriers » capitalise.

Également, dans la même veine, l'accès direct au plateau technique et à l'imagerie de l'hôpital de rattachement – l'un des atouts des CDS hospitaliers – est, là encore, l'un des atouts sur lequel le projet « Les Chartriers » entend compter. Dès lors, la proximité des professionnels libéraux et des professionnels hospitaliers a pour objectif de permettre un diagnostic davantage rapide et une fluidité des parcours de soins, au regard d'un exercice éloigné des professionnels libéraux et hospitaliers, dans des lieux distants. En somme,

²⁴⁵ RIDARD, Élise. *et al.* Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Santé Publique, 2018/3 Vol. 30, 2018. p.361-370.

l'atout majeur des CDS hospitaliers que représente l'accès facilité aux ressources hospitalières est un atout sur lequel le projet « Les Chartriers » compte puissamment.

Aussi, le projet « Les Chartriers » s'inspire des nombreux atouts liés à l'existence, à l'organisation et au fonctionnement des MSP.

L'un des objectifs majeurs du projet « Les Chartriers » est la lutte contre la désertification médicale. Ainsi, l'organisation collégiale, la coopération interprofessionnelle et l'amélioration des conditions d'exercice sont des atouts des MSP sur lesquels le projet « Les Chartriers » compte vivement.

De plus, la présence d'une MSP au sein des locaux permettra de mobiliser l'ensemble des différents réseaux personnels des professionnels libéraux, conduisant ainsi à une plus grande interconnexion entre les professionnels – libéraux et hospitaliers – du territoire. Le rôle de « *hub de connexion* »²⁴⁶ des MSP conduira ainsi à une plus grande fluidité des parcours et, de fait, à une meilleure coordination entre la ville, l'hôpital et les structures environnantes.

La création de la MSP « Les Chartriers » permet aussi aux professionnels qui la rejoignent – à l'instar des autres MSP du territoire – de réduire les tâches administratives, de partager les compétences, de réaliser des réunions pluriprofessionnelles ou encore d'élaborer des protocoles – nombre d'atouts des MSP.

Également, compte tenu de l'attachement au modèle libéral d'une part de médecins généralistes, le projet « Les Chartriers » a fait aussi le choix de proposer – en *sus* de l'exercice salarié – un exercice libéral. Celui-ci permettra de privilégier la souplesse dudit exercice pour les professionnels le choisissant, tout en conduisant au renforcement de la coopération avec les autres professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers.

Enfin, les nombreuses actions de prévention menées par les MSP, couplées aux actions menées par les établissements de santé conduiront à une coordination renforcée en matière de prévention au bénéfice de la population environnante.

En somme, l'atout majeur des MSP que représente la coordination interprofessionnelle et leur rôle structurant sur le territoire – améliorant la QVCT ainsi que les parcours de soins – constituent des atouts sur lesquels le projet « Les Chartriers » compte puissamment.

Bien que les CDS et MSP présentent de nombreux atouts sur lesquels le projet « Les Chartriers » capitalise, il entend surmonter leurs multiples freins.

²⁴⁶ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

2.2.2 Surmonter les freins des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles

Eu égard aux précédents développements portant sur les freins et limites des CDS et des MSP (2.1.1. *Au-delà des avantages : appréhender les limites des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles*), le projet « Les Chartriers » tente de les surmonter.

Ainsi, le projet « Les Chartriers » s'inspire de nombreuses limites liées à l'existence, à l'organisation et au fonctionnement des CDS, tant de ville qu'hospitaliers.

Le statut de salarié des professionnels de santé en CDS est l'une des limites majeures pour ceux-ci. Les contraintes liées au salariat – notamment relatives à la perte d'autonomie ou aux relations parfois tendues avec l'employeur – et la diminution de la liberté d'organisation au regard de l'exercice libéral ont conduit à proposer une double option pour les médecins généralistes qui rejoignent le projet « Les Chartriers ». Si les conditions d'exercice salarié ne répondent pas aux attentes des professionnels libéraux s'installant aux Chartriers, alors le choix de l'exercice libéral peut être privilégié. L'augmentation de la densité médicale étant l'un des objectifs du projet, le libre choix du mode d'exercice constitue un atout majeur du projet « Les Chartriers ».

Aussi, dans la même veine, les revenus jugés globalement inférieur au libéral et les difficultés rencontrées par les CDS de ville dans le recrutement de nouveaux professionnels de santé soutient l'atout majeur du projet « Les Chartriers » : la possibilité de choisir entre l'exercice libéral ou l'exercice salarié.

En somme, les limites des CDS de ville que représentent la perte de liberté, des revenus moindres et des difficultés de recrutement sont surmontées par le libre choix du mode d'exercice, atout majeur du projet pour l'activité de consultations médicales.

Également, les ressources financières limitées pour les CDS hospitaliers est un élément qui est surmonté par le CHV. En effet, constituant le premier financeur du projet et ayant un budget 2025 de plus de 560 millions d'euros, le CHV est un établissement en capacité de soutenir financièrement et durablement le projet « Les Chartriers ».

Aussi, compte tenu du risque d'un manque d'incitation à une gestion efficiente – que présentent les CDS hospitaliers, le CHV entend également surmonter cette difficulté compte tenu de la dynamique de performance à l'œuvre. L'un des indicateurs qui soutient cette idée est l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) du CHV (0,87), cité comme exemple à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Le projet « Les Chartriers » pourra compter sur le soutien du CHV en ce sens²⁴⁷.

²⁴⁷ Cela étant, il sera nécessaire d'être vigilant aux charges engendrées par la structure « Les Chartriers » compte tenu des activités peu ou pas rémunératrices. En effet, le périmètre des activités pourrait ne pas

En somme, les limites des CDS hospitaliers que représentent les moyens financiers limités et le risque d'une gestion inefficace apparaissent comme surmontables par le projet « Les Chartriers », particulièrement par son premier financeur : le CHV.

Aussi, le projet « Les Chartriers » s'inspire des nombreuses limites liées à l'existence, à l'organisation et au fonctionnement des MSP.

Le projet « Les Chartriers » vise également à surmonter les difficultés inhérentes au manque de cadre et à l'absence de structuration au sein des MSP en palliant l'absence d'accompagnement institutionnel – assuré par le CHV – et, également, en palliant l'absence de coordonnateur reconnu par l'intermédiaire d'un binôme cadre de santé-intendant mis en place aux Chartriers.

À l'instar des CDS, le projet « Les Chartriers » souhaite faire fi des difficultés de coordination avec les acteurs externes aux MSP en favorisant la proximité des acteurs : professionnels libéraux et professionnels hospitaliers.

Également, le projet « Les Chartriers » entend dépasser les aides financières et contrats incitatifs, qui « *ne suffisent pas à eux seuls à rendre attractives les zones sous-denses* »²⁴⁸, en offrant une QVCT favorable à une installation et un exercice quotidien pour les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers.

En somme, le projet « Les Chartriers » souhaite dépasser les freins inhérents aux MSP, principalement, en approfondissant la coordination ville-hôpital, en développant les actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient ou encore en facilitant l'exercice des professionnels libéraux au sein d'une telle structure, notamment en matière d'accompagnement institutionnel.

Compte tenu des atouts et des freins, le projet « Les Chartriers » souhaite aussi dépasser l'existant, par le biais de plusieurs actions.

2.2.3 Dépasser l'existant

Compte tenu des atouts et des freins inhérents aux CDS et aux MSP, le projet « Les Chartriers » vise un dépassement du modèle actuel pour :

- Limiter, voire faire disparaître, les ruptures dans les parcours de soins des patients pris en charge aux Chartriers ;

permettre de compenser la totalité des charges induites et indirectes. En ce sens, il est essentiel de garder des activités principales – comme les consultations, le CSNPR, le centre de prélèvement – et d'envisager des activités supplémentaires, telles que la formation ou la prévention.

²⁴⁸ COURIE LEMEUR, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.

- Approfondir les relations entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, au-delà des quelques champs sur lesquels les liens existent aujourd'hui (exemple de la formation) ;
- Fédérer davantage les professionnels libéraux au sein du projet « Les Chartriers » car « *plus l'organisation est grande, plus elle tend à tisser ce type de liens formels avec d'autres organisations du territoire* »²⁴⁹ ;
- Développer une profonde coordination ville-hôpital en multipliant les sujets de coordination.

« Dans le contexte qui est le nôtre aujourd'hui (pénurie de l'offre de soins, inégalités, problématiques de santé), il n'y aura ni résultat, ni qualité des soins, ni épanouissement des professionnels sans une organisation optimisée, graduée s'appuyant sur l'ensemble des acteurs, chacun à leur place, avec une vision partagée. »²⁵⁰ Ainsi, eu égard aux atouts et aux limites des MSP et des CDS, le projet « Les Chartriers » tire le bénéfice de l'ensemble de ces éléments pour proposer une solution répondant aux difficultés persistantes sur le territoire du Hainaut. C'est dans ce cadre que plusieurs propositions sont présentées afin d'ériger le projet « Les Chartriers » comme une des solutions à envisager pour coordonner les acteurs et construire une offre de soins adaptée.

²⁴⁹ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

²⁵⁰ *Ibid.*

3 « Les Chartriers » : un outil pour coordonner les acteurs et construire une offre de soins adaptée

Le portrait du territoire du Hainaut et l'étude comparative ont mis en exergue de nombreux dysfonctionnements, justifiant la réalisation du projet « Les Chartriers » : rupture dans les parcours de soins entre la ville et l'hôpital ; relative coordination entre les professionnels de santé libéraux dans les CPTS, les MSP et les CDS ; liens fragiles, voire absence de liens, entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers ; nécessité de financement d'activités ; absence de coordination dans les relations et les actions des professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers.

Aussi, d'autres problématiques demeurent : l'insuffisance de l'offre de soins eu égard aux besoins de la population, un manque d'attractivité médicale et paramédicale couplé à une démographie médicale défavorable, une dégradation continue des indicateurs de santé et de précarité. En sus, la Cour des comptes²⁵¹ fait les constats suivants : l'allongement des délais, le risque de dégradation des relations entre les professionnels libéraux et les patients, l'aggravation des inégalités territoriales, la diminution des efforts pour atteindre les patients les plus éloignés du soin, le déport sur les urgences ou encore l'augmentation de la part des patients sans médecin traitant.

Ainsi, la présente partie vise à faire une liste de propositions en vue d'encourager le développement de structure comme « Les Chartriers » sur l'ensemble du territoire français, irriguée par les liens ville-hôpital.

3.1 Réinventer la coopération ville-hôpital pour des parcours de soins fluides et coordonnés

Les treize propositions suivantes visent à réinventer la coopération ville-hôpital en prenant l'exemple du projet « Les Chartriers », en vue de pallier les ruptures dans les parcours de soins et, ainsi, de les rendre, à la fois, fluides et coordonnés.

3.1.1 La création d'un réseau ville-hôpital avec au cœur un projet comme « Les Chartriers »

Dans l'objectif d'une coopération ville-hôpital basée sur des parcours de soins fluides et coordonnés, les propositions suivantes visent la création d'un réseau ville-hôpital – composés de satellites (proposition 2), en plaçant au centre de celui-ci un projet « hors les murs » comme « Les Chartriers » (proposition 1) et en associant dès les prémices du projet l'ensemble des acteurs de la ville qui souhaiterait y participer (proposition 3).

²⁵¹ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

A. Favoriser le développement de dispositifs hospitaliers « hors les murs » comparables au projet « Les Chartiers »

De nombreux arguments appuient la présente proposition de favoriser le développement de dispositifs similaires au projet « Les Chartiers ».

Tout d'abord, le regroupement géographique de professionnels libéraux et de professionnels hospitaliers sur un même site présente de nombreux avantages. Ainsi, selon Anne Moyal, le regroupement de professionnels dans une même structure permet « *une meilleure connaissance des compétences et des tâches réalisées par les autres professionnels.* »²⁵² En effet, la proximité géographique, selon André Torre²⁵³, facilite les échanges entre les acteurs en présence, notamment dans un contexte de coopération professionnelle. La proximité géographique favorise en effet, à la fois, la communication et la collaboration entre les acteurs. Ainsi, ce rapprochement géographique pourrait faciliter l'interconnaissance entre les acteurs à travers la mise en place de conventions d'échange, d'événements ville-hôpital ou encore d'actions communes – en lien avec les CPTS du territoire – afin de fluidifier les relations entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers²⁵⁴.

En outre, le projet « Les Chartiers » constitue une nouvelle offre de soins pour le territoire. Cela contribue au renforcement de l'offre de consultations en médecine générale et en médecine spécialisée pour la population environnante. En ce sens, le projet s'inscrit en faveur – sans être exclusif – des populations précaires et en rupture de soins.

Les nombreuses activités du projet « Les Chartiers », à l'instar du centre de formation et de simulation à destination des professionnels du territoire, le centre de prévention, l'éducation thérapeutique, le CSNPR – qui constitue une nouvelle manière de prendre en charge les patients – font la particularité des lieux : entre prévention, soins et formation, constituant les missions principales des établissements de santé. Le choix d'y installer de nombreuses activités complémentaires se fonde sur la nécessité de proposer une offre de formation pour les professionnels au bénéfice de l'excellence des soins.

Aussi, le projet « Les Chartiers » présente l'avantage de s'inscrire dans la lutte contre les ruptures dans les parcours de soins. Les différents parcours de prévention (diabète simple, insuffisance cardiaque, bienvieillir) ont été pensés en fonction des pathologies les plus pregnantes sur le territoire. De fait, l'idée – à terme – est d'observer une amélioration des indicateurs sanitaires sur ces pathologies et, également, sur d'autres pathologies compte tenu notamment du rapprochement géographique des professionnels hospitaliers.

²⁵² MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 2020/1, 2020. p.103-123.

²⁵³ TORRE, André, *Réflexions sur la Proximité*, in Vodoz L. (ed.), *NTIC et Territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2002.

²⁵⁴ Ces trois exemples sont tirés des propositions formulées par l'un des médecins généralistes ayant répondu aux questions posées.

En ce sens, à l'instar des MSP, il est à noter que l'exercice au sein de ce type de structure permettrait, pour un médecin généraliste, de voir 600 patients de plus par an, selon le plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles »²⁵⁵. Ainsi, la création de dix cabinets de consultations médicales permettra – théoriquement – de voir 6 000 patients supplémentaires par an, selon les projections.

Enfin, le développement de dispositifs similaires au projet « Les Chartriers » gagnerait à être porté par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). La Cour des comptes préconise, dans son rapport portant sur les soins de premier recours²⁵⁶, l'idée suivante : « *il serait possible de confier aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) la mission de déployer des centres de santé et de les gérer avec rigueur.* »²⁵⁷

Proposition 1

Favoriser le développement de dispositifs hospitaliers « hors les murs » comparables au projet « Les Chartriers ».

B. Soutenir la structuration d'un réseau territorial de centres médicaux

À l'instar du projet « Les Chartriers » et compte tenu de l'objectif de construire un réseau à l'échelle de l'agglomération pour y développer les mêmes actions dans des sites dédiés, le CHV a l'ambition de déployer la solution « Les Chartriers » dans l'ensemble de l'agglomération. Ainsi, là où les besoins sont existants, un satellite du projet « Les Chartriers » pourra voir le jour. Les besoins existants peuvent être le fait de l'absence d'une MSP, d'un CDS ou, comme c'est le cas pour le premier satellite qui ouvrira prochainement, le départ des médecins généralistes du territoire.

Dès lors, un réseau territorial de centres médicaux porte plusieurs objectifs : d'une part, maintenir les professionnels libéraux, notamment les médecins généralistes, sur le territoire d'implantation du satellite ; d'autre part, assurer le « hors les murs » prôné par l'hôpital en permettant la venue de professionnels hospitaliers dans les locaux dédiés ; et, enfin, au-delà du développement des liens ville-hôpital en vue de mailler le territoire, il s'agit d'assurer la continuité des parcours de soins en limitant les ruptures existantes en leur sein.

Ce réseau territorial doit impérativement compter sur d'autres acteurs que ceux du milieu sanitaire : les collectivités territoriales, à l'instar des communes, jouent un rôle central dans l'implantation de satellites du projet « Les Chartriers » sur le territoire communal. En ce sens, l'application du concept de responsabilité populationnelle prend tout son sens ici.

²⁵⁵ Ministère de la Santé et de la Prévention, Plan d'action "4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles", 2023.

²⁵⁶ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

²⁵⁷ *Ibid.*

Proposition 2

Soutenir la structuration d'un réseau territorial de centres médicaux.

C. Associer, dès l'amont, les professionnels libéraux et acteurs du territoire au processus de développement d'une telle structure

L'essence et la réussite du projet « Les Chartriers » tiennent à la mobilisation des acteurs de la ville – les professionnels libéraux – et de l'hôpital – les professionnels hospitaliers du CHV. Ainsi, eu égard à l'existence de ruptures de soins entre la ville et l'hôpital, la présence simultanée des professionnels libéraux et des professionnels hospitaliers était requise afin de tendre à une résorption des ruptures de soins entre le premier, le deuxième et le troisième recours.

Dès lors, la présence de professionnels libéraux de la CPTS Grand Valenciennes et la création de la MSP Les Chartriers ont contribué à la réussite du projet. De fait, l'intégration des professionnels libéraux – rassemblés en CPTS, MSP ou autres structures – dès les réflexions d'un tel projet, se pose comme une nécessité compte tenu des objectifs à atteindre. Dans son rapport portant sur les soins de premier recours²⁵⁸, la Cour des comptes abonde en ce sens pour la création de CDS : *« En tout état de cause, l'implantation d'un centre de santé rattaché à un GHT doit se faire en étroite collaboration avec les professionnels libéraux présents dans le territoire ; il ne s'agit pas de créer une offre concurrente de celle des professionnels existants (même en nombre insuffisant), ni de décourager d'éventuels autres organismes susceptibles de « porter » la création et le fonctionnement d'un centre de santé, mais de garantir une offre complémentaire, indispensable et ciblée vers une zone diagnostiquée comme carencée. »*²⁵⁹

Aussi, la création d'un réseau territorial de centres médicaux, avec « Les Chartriers » en son centre, pourrait s'appuyer – selon les possibilités – sur le dispositif d'appui à la coordination (DAC) du territoire²⁶⁰ sur lequel se développe le réseau. Il pourrait ainsi permettre de fluidifier davantage les parcours, au-delà du secteur sanitaire. En sus, l'implication des nombreux acteurs du territoire s'inscrit pleinement dans la responsabilité de chacun et, de fait, dans le concept de responsabilité populationnelle.

Proposition 3

Associer, dès l'amont, les professionnels libéraux et acteurs du territoire au processus de développement d'une telle structure.

²⁵⁸ Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.

²⁵⁹ *Ibid.*

²⁶⁰ Art. L. 6327-1 à L. 6327-7 du Code de la santé publique.

3.1.2 Le nécessaire financement du projet et des activités non financées

La réalisation d'un projet comme « Les Chartriers » nécessite un soutien financier de plusieurs acteurs (proposition 4) et un porteur de projet avec une situation financière favorable et doté d'une dynamique de projet affirmée (proposition 5). Aussi, un tel projet suppose de créer des financements spécifiques pour des activités non financées (proposition 6) et de dédier des moyens à un temps de coordination (proposition 7).

A. Garantir un soutien financier pluriel pour la réalisation d'un tel projet

Comme précisé précédemment, le projet « Les Chartriers » a été soutenu financièrement par plusieurs acteurs, au premier rang desquels le CHV. Néanmoins, la réalisation du projet aurait été incertaine sans le soutien financier d'autres acteurs : le ministère de la Santé et l'ARS Hauts-de-France à hauteur de 4 millions d'euros, au titre du Ségur de l'investissement ; l'Union européenne, dans le cadre du FEDER, à hauteur de 982 000 euros, au titre de la rénovation énergétique des bâtiments ; et la Région Hauts-de-France à hauteur de 500 000 euros, au titre de la politique santé de la région. Ces enveloppes ont ainsi permis de financer, selon leur destination, la réhabilitation et/ou la construction des bâtiments.

Dès lors, le soutien financier de différents acteurs institutionnels – ARS, Union européenne, Région, département, ville, CPAM et autres – est un inconditionnel à la réalisation d'un tel projet (en *sus* de la proposition 5, qui s'appuie sur la santé financière favorable de l'établissement porteur du projet). À ce titre, le concept de responsabilité populationnelle entend impliquer l'ensemble des acteurs ayant une responsabilité dans le maintien en santé des populations.

Proposition 4

Garantir un soutien financier pluriel pour la réalisation d'un tel projet.

B. Inciter les établissements de santé présentant une situation financière saine et une dynamique de projet affirmée à porter un tel projet

Deux facteurs ont conduit à la naissance, la réflexion, la création et la mise en œuvre du projet : la bonne santé financière et la dynamique projet établie, à l'œuvre au CHV.

Ainsi, le CHV est le premier financeur du projet, à hauteur de 8 à 9 millions d'euros environ. Sa situation financière saine a permis de financer le projet dans de telles proportions. Or, pour des établissements présentant une situation financière plus dégradée,

un tel projet pourrait ne pas être envisageable. Seules des subventions à hauteur des investissements réalisés pourraient permettre aux établissements de réaliser un tel projet. La situation financière du CHV a, quant à elle, grandement facilité la mise en œuvre des Chartriers.

De plus, la grande dynamique projet existante constitue, elle aussi, l'une des clefs de la réalisation du projet – en sus de la mobilisation de différents acteurs et, notamment, des professionnels libéraux du territoire. L'importance du projet, compte tenu du nombre d'acteurs mobilisés, de la diversité des activités présentes et des investissements inhérents au projet ont nécessité une grande capacité de conduite de projet. L'implication de tous les acteurs a permis cela.

Aussi, à titre complémentaire, comme le précise Benoît Cret, « *Les grandes structures sont donc centrales et développent des liens formels avec des organisations de toutes tailles.* »²⁶¹ Ainsi, le poids du CHV²⁶² sur le territoire – notamment en raison de son statut d'établissement support du GHT « Hôpitaux Hainaut Cambrésis » (HHC), a assurément permis la mobilisation de nombreux acteurs.

Proposition 5

Inciter les établissements de santé présentant une situation financière saine et une dynamique de projet affirmée à porter un tel projet.

C. Expérimenter la création de forfaits spécifiques pour les programmes de prévention

Dans plusieurs pays étrangers – tels que la Norvège²⁶³, les États-Unis, Taïwan, le Danemark, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Portugal, l'Angleterre ou encore la Suède²⁶⁴, le paiement à l'épisode de soins (EDS) a été de nombreuses fois expérimenté.

En juillet 2019, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, le ministère en charge de la Santé et l'Assurance Maladie a lancé l'expérimentation d'un « paiement à l'épisode de soins » chirurgical pour la colectomie pour cancer, la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genou. Cet EDS crée ainsi « *un forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués dans la prise en charge* »²⁶⁵, qui poursuit

²⁶¹ CRET, Benoît., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. *Politiques & management public*, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

²⁶² Le CHV est le troisième établissement hospitalier de la région Hauts-De-France, après le CHU de Lille et le CHU d'Amiens. Il répond aux besoins d'une population de 800 000 habitants et emploie 5 500 professionnels. Il est le premier employeur du territoire. Son budget est de 550 M€.

²⁶³ The Journal of the Norwegian Medical Association. An introduction to bundled payments. 2020.

²⁶⁴ Commonwealth Fund. Bundled-Payment Models Around the World : How they work and what their impact has been. 2020.

²⁶⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, 15 juillet). *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge*. Santé.gouv.fr.

ainsi « *un objectif d'amélioration de l'efficience et de la qualité des prises en charge* »²⁶⁶, fondée notamment sur « *une meilleure coordination ville-hôpital* »²⁶⁷.

Ainsi, à l'instar de cette expérimentation et au-delà des possibilités pour les MSP de percevoir une enveloppe dans le cadre de l'ACI pour des actions de prévention, le financement des activités du centre de prévention – soit les différents programmes de prévention travaillés et les éventuels à venir, pourraient être financés, selon un « nouveau mode de rémunération », via un paiement à l'épisode de soins grâce à l'article 51 de la LFSS pour 2018. Ces programmes de prévention, particulièrement le diabète et l'insuffisance cardiaque, s'inscrivent usuellement dans ce type de paiement.

Cela étant, plusieurs points sont à envisager : (i) une première phase d'apprentissage pourrait avoir lieu, suivie d'une phase de financement de deux années minimum (ii), avec l'idée de définir, via des protocoles de coopération par exemple, les épisodes qui pourraient être concernés par ce paiement à l'EDS (iii). Aussi, ce paiement implique d'autres éléments : la nécessité d'être vigilant quant au risque de « sous-soins » qui peut être contrebalancé par la mise en place d'indicateurs de qualité (cf. proposition 16) et la nécessité de mettre en œuvre la proposition 11, celle d'accompagner la mise en place de solutions logicielles pluriprofessionnelles intégrées comme principe d'organisation de la coordination des soins, afin de tracer les parcours de soins pluriprofessionnels.

Aussi, à l'instar de la CPAM de Saône-et-Loire qui finance des actions de prévention via des appels à projet (AAP), les actions de prévention d'un projet comme celui des Chartriers pourraient être, elles aussi, financées via un AAP de l'Assurance maladie ou d'autres acteurs institutionnels par exemple.

Enfin, la création de forfaits spécifiques pour les programmes de prévention peut s'inspirer de certaines des expérimentations basées sur l'article 51 de la LFSS pour 2018 : LIVHOU – développement du lien ville-hôpital en urologie ; RAMPARDOS – améliorer le parcours de santé des personnes facturées par le renforcement des liens ville-hôpital ; ou encore PEPS 2 EN MSP – paiement en équipe de professionnels de santé en ville.

Proposition 6

Expérimenter la création de forfaits spécifiques pour les programmes de prévention.

²⁶⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, 15 juillet). *Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge*. Santé.gouv.fr.

²⁶⁷ *Ibid.*

D. Allouer des ressources financières spécifiques au temps de coordination

Au quotidien, un temps de coordination apparaît essentiel en vue d'atteindre les objectifs fixés initialement, notamment celui d'offrir des parcours coordonnés entre la ville et l'hôpital. Dans ce cadre, « Les Chartriers » disposent d'un binôme coordonnateur composé d'un cadre de santé et d'un intendant, chargé notamment de la gestion des lieux, de la partie administrative, budgétaire et financière, de répondre aux besoins des utilisateurs ou encore de la gestion des factures.

Au-delà de la proposition du CHV, compte tenu de la nécessité de créer la profession de coordonnateur ville-hôpital dans une telle structure (cf. proposition 8) et des difficultés présentées par les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers en matière de communication, l'allocation de ressources financières à un temps de coordination apparaît fondamentale.

Proposition 7

Allouer des ressources financières spécifiques au temps de coordination.

3.1.3 Les liens ville-hôpital : coordonner, partager, uniformiser et accompagner

Réinventer les liens ville-hôpital, c'est créer une nouvelle profession de coordonnateur ville-hôpital (proposition 8), instaurer une gouvernance partagée (proposition 9), harmoniser les pratiques (proposition 10) et travailler à l'interopérabilité des solutions logicielles utilisées (proposition 11).

A. Instituer la profession de coordonnateur ville-hôpital

Eu égard aux nombreuses difficultés présentées par différents professionnels libéraux et hospitaliers lors des entretiens réalisés en matière de communication et de coordination des actions ville-hôpital, et à l'instar des propositions 7 et 15, la création de la profession de coordonnateur ville-hôpital au sein d'une structure comme « Les Chartriers » apparaît comme une absolue nécessité.

À l'étranger, diverses solutions ont été expérimentées. Ainsi, à titre d'exemple, dans les pays anglo-saxons, la profession « *case managers* » dès les années 1980 a permis la coordination des soins des patients, souvent en situation de vulnérabilité ou atteints de maladie(s) chronique(s). Ce professionnel veille ainsi à ce que lesdits patients reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Par la suite, d'autres pays comme le Canada,

l'Italie et les États-Unis ont mis en place des dispositifs d' « *integrated care* » centrés sur les patients à risque de ré hospitalisation, âgés ou atteints de maladie(s) chronique(s).

À cet égard, le coordonnateur ville-hôpital au sein de ce type de structure aurait pour mission principale de fluidifier les parcours de soins en facilitant les échanges d'informations entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, présents au sein des Chartriers et, également, en ville et à l'hôpital. Deux objectifs seraient recherchés : d'une part, l'amélioration de la continuité des soins destiné à limiter les ruptures dans les parcours de soins et, d'autre part, en améliorant l'expérience patient, cible de la proposition 21. Aussi, le coordonnateur ville-hôpital pourrait participer à des actions inhérentes aux diverses activités du site, notamment le centre de formation et de simulation, l'éducation thérapeutique du patient ou encore le centre de prévention.

Les coûts associés à la création d'une telle profession pourraient être partagés entre l'ensemble des professionnels exerçant au sein de la structure « Les Chartriers ». Cela permettrait de diminuer le coût supporté par l'établissement hospitalier en le faisant peser sur l'ensemble des acteurs en présence.

Aussi, la profession de coordonnateur ville-hôpital pourrait, en partie, bénéficier de la formation dispensée par l'EHESP « Pacte soins primaires », en imaginant une extension de cette formation aux soins de deuxième et troisième recours afin de faciliter les liens ville-hôpital.

Proposition 8

Instituer la profession de coordonnateur ville-hôpital.

B. Instaurer une gouvernance partagée ville-hôpital

Pérenniser une culture de collaboration ville-hôpital, c'est considérer le pilotage d'une structure telle que « Les Chartriers » comme étant conjoint. En effet, rassembler en un lieu unique les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers suppose l'instauration d'une gouvernance partagée entre la ville et l'hôpital afin de permettre un développement efficace des liens ville-hôpital et, de fait, tendre à une limitation – voire une disparition – des ruptures dans les parcours de soins pour les patients pris en charge aux Chartriers. En ce sens, cela éviterait notamment qu'une entité comme le CHV ne donne l'impression de « prendre le pas » sur les professionnels libéraux²⁶⁸.

Aussi, compte tenu de la gouvernance spécifique du CHV – appelée « modèle valenciennois » ou « gouvernance valenciennoise » pour évoquer le concept d'« hôpital

²⁶⁸ L'une des inquiétudes formulées par des professionnels libéraux interrogés est l'appréhension d'être « mangé par le plus gros », c'est-à-dire la peur que le CHV ne laisse aucune place aux professionnels libéraux alors même que l'essence du projet est le développement des liens ville-hôpital.

aimant » ou d'« hôpital magnétique » – la projection d'une gouvernance partagée prend tout son sens dans un lieu de partage ville-hôpital qu'est le site « Les Charriers ».

La mise en place d'une gouvernance partagée entre professionnels libéraux et professionnels hospitaliers n'entend pas inscrire exclusivement les médecins généralistes comme seuls professionnels en capacité de piloter conjointement une telle structure. Ainsi, comme le précise Anne Moyal dans un article intitulé « La coopération au cœur du travail entrepreneurial : le cas des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé en France. »²⁶⁹, il faut savoir compter sur les médecins généralistes dans la gouvernance d'une telle structure. L'enjeu est de rester vigilant quant à la surcharge de travail desdits professionnels alors même qu'il s'agit d'une profession en tension démographique et que le temps dédié aux soins ne doit pas être démesurément entamé par d'autres actions. Lors d'entretiens réalisés avec des médecins généralistes, l'un d'eux²⁷⁰ a indiqué que les médecins généralistes sont, avant toute chose, « *médecins, pas chargés de projet* ». Dans ce cadre, à l'instar de ce qui existe en MSP, une gouvernance partagée côté ville avec un autre professionnel de santé qu'un médecin généraliste peut être envisagée, sans pour autant faire fi des médecins généralistes qui doivent, par nature, être pleinement associés aux décisions. Il convient de capitaliser sur le rôle central des médecins généralistes tout en leur permettant de s'inscrire ou de ne pas s'inscrire dans la gouvernance partagée.

Proposition 9

Instaurer une gouvernance partagée ville-hôpital.

C. Développer des protocoles de coopération afin d'harmoniser les pratiques entre la ville et l'hôpital

Au cours des différents entretiens réalisés, au-delà des difficultés de communication et de coordination entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers, une autre difficulté a été soulignée : l'absence de pratiques harmonisées entre la ville et l'hôpital. Ce manque a contribué à affecter les parcours de soins des patients, principalement sur le plan administratif.

Ainsi, comme le souligne l'un des médecins généralistes interrogés, la rédaction de protocoles de transmission d'informations à l'adressage des patients et de préparation des sorties d'hospitalisation est une idée qui abonde dans le sens de la présente proposition.

Aussi, lors de deux entretiens – l'un avec des IDE libéraux et l'autre avec des professionnels hospitaliers, une différence de pratique entre professionnels libéraux conduit

²⁶⁹ MOYAL, Anne. La coopération au cœur du travail entrepreneurial : le cas des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé en France. *Revue française de sociologie*, 2022/3 Vol. 63, 2022. p.471-499.

²⁷⁰ Le médecin généraliste en question a souhaité participer au travail d'amélioration des liens ville-hôpital en répondant aux questions posées, sans ressentir le besoin de faire apparaître son identité dans ce mémoire.

à ce que les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux ne sachent plus quel(s) professionnel(s) doit remplir le certificat d'arrêt maladie, les prescriptions de transport, les dossiers médicaux MDPH ou encore les demandes d'ALD. Les pratiques sont différentes selon les professionnels libéraux et selon les professionnels hospitaliers, une situation à la défaveur de la lisibilité et de la compréhension des parcours pour les patients, principaux concernés.

À cet égard, l'ensemble des acteurs du projet « Les Chartriers » rédige des conventions et protocoles d'accès afin de faciliter les liens entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Aussi, à l'instar de Docteur ROBIQUET, médecin généraliste et membre de la MSP du Moulin d'Avion (62)²⁷¹, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pourraient davantage avoir lieu entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux. En effet, il s'agit d'une volonté des médecins généralistes qui, par le suivi quotidien du patient, détectent des pathologies – telles que les cancers – et ne sont pas autant conviés au parcours de soins à l'hôpital à la hauteur de leur espérance.

Au-delà du site « Les Chartriers », des protocoles de coopération pourraient être rédigés entre le GHT et les CPTS du territoire du GHT afin d'harmoniser les pratiques, notamment sur le plan administratif et sur le plan de la transmission d'informations liées aux patients pris en charge tant en ville qu'à l'hôpital.

Proposition 10

Développer des protocoles de coopération afin d'harmoniser les pratiques entre la ville et l'hôpital.

Développer des protocoles de coopération entre les groupements hospitaliers de territoire et les CPTS, *a minima*.

D. Accompagner la mise en place de solutions logicielles pluriprofessionnelles intégrées comme principe d'organisation de la coordination des soins

L'absence d'interopérabilité existante entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers est courante. Plusieurs professionnels de santé en ont attesté lors des différents entretiens. Ainsi, alors même qu'un médecin généraliste indique que « *tout se fait par messagerie* »²⁷² aujourd'hui et qu'un autre médecin généraliste loue les bienfaits de la télé-expertise²⁷³, les difficultés demeurent quant à l'existence de logiciels

²⁷¹ Réponse écrite de Docteur ROBIQUET, médecin généraliste et membre de la MSP du Moulin d'Avion (62).

²⁷² Le médecin généraliste en question a souhaité participer au travail d'amélioration des liens ville-hôpital en répondant aux questions posées, sans ressentir le besoin de faire apparaître son identité dans ce mémoire.

²⁷³ Docteur Benjamin ALEXANDRE, médecin généraliste (59).

différents, sans interfaçage possible, pour des professionnels de santé – libéraux et hospitaliers – qui travaillent ensemble.

À titre d'exemple, l'un des médecins généralistes ayant répondu aux questions posées a émis deux recommandations inhérentes aux outils numériques : l'amélioration des outils numériques de partage d'information et la généralisation de l'utilisation du DMP.

L'objectif de cette proposition est de faciliter la mise en place de logiciels pluriprofessionnels et d'en faciliter leur utilisation dans des structures comme « Les Chartriers », voire de faciliter l'interfaçage entre des logiciels différents. Dans ce cadre, l'ANS – chargée de juger conforme à l'exercice pluriprofessionnel les logiciels utilisés notamment en MSP – pourrait jouer un rôle central en la matière. Cela étant, l'hypothèse de coûts financiers importants est à envisager.

Proposition 11

Accompagner la mise en place de solutions logicielles pluriprofessionnelles intégrées comme principe d'organisation de la coordination des soins.

3.1.4 Libre choix et qualité de vie, des leviers contre les déserts médicaux

Afin de rendre attractif l'exercice dans une structure comme « Les Chartriers », il est opportun de laisser le libre choix du mode d'exercice aux médecins généralistes (proposition 12) et de placer la QVCT au cœur du projet (proposition 13).

A. Garantir aux médecins généralistes le libre choix du mode d'exercice, qu'il soit libéral ou salarié, au sein de ce type de structure

L'un des enjeux du projet « Les Chartriers » est de « *permettre « un processus d'acculturation et d'adaptation pour rendre compatibles travail en équipe, responsabilité populationnelle et coopération avec [notamment] le cadre de l'exercice libéral.* »²⁷⁴ Ainsi, eu égard à l'attachement à l'exercice libéral pour nombre de médecins généralistes, il apparaît indispensable de permettre aux médecins qui intègrent une telle structure de choisir le mode d'exercice libéral.

Aussi, compte tenu de l'attrait que peut représenter l'exercice salarié, notamment pour les jeunes générations, et de l'objectif de lutte contre les déserts médicaux du projet « Les Chartriers », il apparaît également essentiel de permettre aux médecins généralistes intégrant une telle structure de choisir le mode d'exercice salarié.

²⁷⁴ MOYAL, Anne. et al. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. Les Tribunes de la santé, 2022/1 N° 71, 2022. p.33-45.

Proposition 12

Garantir aux médecins généralistes le libre choix du mode d'exercice, qu'il soit libéral ou salarié.

B. Ériger la qualité de vie et des conditions de travail en principe directeur de l'attractivité territoriale dans les zones sous-denses

Eu égard au constat selon lequel les contrats incitatifs et les aides financières « *ne suffisent [plus] à eux seuls à rendre attractives les zones sous-denses* »²⁷⁵ et compte tenu de l'objectif de placer la QVCT comme principe favorisant l'attractivité des médecins généralistes, il est central d'ériger la QVCT en principe directeur de l'attractivité pour les zones sous dotées en professionnels libéraux et, particulièrement, en médecins généralistes. Il s'agit aussi de privilégier la QVCT pour les professionnels hospitaliers qui travaillent « hors les murs » de l'hôpital. Le projet « Les Chartriers », bien qu'étant en centre-ville de Valenciennes, présente l'avantage d'être proche des commerces et de la gare notamment.

En outre, comme l'indiquait déjà l'écrit « Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. » : « *Les jeunes générations aspirent à une bonne qualité de vie plus qu'à des revenus potentiels.* »²⁷⁶ Permettre aux jeunes générations d'exercer dans un lieu pluridisciplinaire et pluriprofessionnel avec comme principe directeur la QVCT peut donc grandement les inciter à s'installer dans une telle structure comme « Les Chartriers ».

Proposition 13

Ériger la qualité de vie et des conditions de travail en principe directeur de l'attractivité territoriale dans les zones sous-denses.

La réalisation du projet « Les Chartriers », couplée à la rédaction du présent mémoire, a conduit à la rédaction de plusieurs propositions qui, au-delà d'une structure comme « Les Chartriers », ont pour objectif de mener le système de santé, principalement les soins de premier recours, vers un système davantage intégré, collaboratif et centré sur le patient.

²⁷⁵ COURIE LEMEUR, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.

²⁷⁶ GICQUEL, Pascal. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes : Université de Nantes. 2010.

3.2 Un système de santé intégré, collaboratif et centré sur le patient

Les huit propositions suivantes visent à rendre le système de santé davantage intégré, collaboratif et centré sur le patient et vecteur d'innovation à la faveur du développement des liens ville-hôpital.

3.2.1 Vers une coordination et un financement renouvelés pour les soins de proximité

Renouveler la coordination passe par une installation facilitée dans une structure comme « Les Chartriers » (proposition 14), un financement de la coordination externe au sein des MSP (proposition 15) et une expérimentation de l'adaptation des modes de rémunération des médecins généralistes libéraux travaillant au sein de ce type de structure (proposition 16).

A. Faciliter l'installation des médecins généralistes dans ce type de structure

À l'instar de la proposition 13 qui évoque des déterminants divers à l'installation des professionnels libéraux, notamment s'agissant des médecins généralistes, les démarches administratives et les aspects financiers liés à l'installation en MSP figurent parmi les difficultés relevées par plusieurs médecins généralistes interrogés. Ainsi, le projet « Les Chartriers » a vocation à faire fi de ces difficultés en facilitant l'installation en ses murs.

À titre d'exemple, les loyers pratiqués par le CHV²⁷⁷ pour l'occupation des cabinets de consultations médicales et paramédicales ont pour objectif d'être attractifs pour les professionnels qui s'y installent.

Proposition 14

Faciliter l'installation des médecins généralistes dans ce type de structure.

B. Financer un temps de coordination externe au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles

Au-delà des deux millions d'euros par an consacrés au « *financement d'un coordonateur dès le début du projet* » selon le plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles », pour les territoires qui ne pourraient pas disposer d'une structure comme celle du projet « Les Chartriers », en considérant notamment les capacités

²⁷⁷ Le CHV met en place des tarifs préférentiels au démarrage pour inciter à l'installation dans les locaux des Chartriers : 750€ pour un professionnel médical (pour un local et demi, le demi-cabinet étant partagé avec un autre praticien) et 600€ pour un professionnel paramédical.

financières de l'établissement porteur et la présence ou l'absence d'une dynamique projet, il pourrait être opportun de financer un temps de coordination externe au sein des MSP concernées. Ainsi, eu égard à l'étude comparative des MSP, des CDS et du projet « Les Chartriers » (2. *Le projet « Les Chartriers » au regard des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles : capitaliser sur les atouts et dépasser les freins*), les médecins généralistes sont les mieux placés d'un point de vue financier pour assurer la fonction de coordination : « *dans un système de financement à l'acte, les niveaux de rémunération des professions de santé non médicales ne sont pas jugés suffisants pour permettre ou tout du moins encourager une bascule des temps de soins vers des temps de coordination.* »²⁷⁸ Dans ce cadre, ce constat « *tend à faire peser le temps d'animation et de coordination de ces organisations sur la profession la plus coûteuse et la plus rare.* »²⁷⁹ Ainsi, en 2022, l'auteur proposait de créer des mécanismes de compensation financière des temps administratifs via la mutualisation ou l'obtention de financements.

Dans la même veine, François-Xavier Schweyer précise dans un article : « *Toute fonction salariée a un coût et embaucher quelqu'un revient à engager une dépense fixe alors que les recettes des libéraux, individuellement ou en équipe, sont variables. Quand ils exercent isolément, les libéraux cherchent en général à limiter leurs charges. Ce n'est pas différent en maison de santé. Il existe donc une prudence, voire une réticence à recruter pour un poste de coordination. Il n'est pas rare qu'une coordinatrice assume bénévolement sa fonction en attendant que l'équipe puisse être financée.* »²⁸⁰

Cette fonction est occupée par différents professionnels selon la MSP : médecin généraliste, IDE ou secrétaire. Certaines MSP optent pour un temps de coordination partagé entre plusieurs professionnels, tandis que d'autres MSP ne disposent pas de temps de coordination officiel.

Cette proposition s'inscrit au-delà de la coordination au sein d'une MSP. Elle vise à développer et approfondir les liens ville-hôpital dans des territoires où un projet comme celui des Chartriers ne pourrait être réalisé. Comme le précise les auteurs de « *Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville* »²⁸¹, il est nécessaire de « *repenser la tarification et la valorisation du temps de coordination comme levier de développement durable de ces coopérations.* »

²⁷⁸ CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. *Politiques & management public*, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ SCHWEYER, François-Xavier. La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier, École des hautes études en santé publique (EHESP), Centre Maurice-Halbwachs (CMH), Unité mixte de recherche (UMR).

²⁸¹ LE COSSEC, Chloé, Giacomelli, Maud, et De Chambine, Sophie. *Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville*. Santé Publique, 2018, p.213-224.

Financer un temps de coordination externe au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles.

C. Adapter les modes de rémunération des médecins libéraux aux besoins actuels (expérimentation)

Dans le prolongement de ce qui a été proposé précédemment, notamment la proposition 6, et conformément aux objectifs du projet « Les Chartriers », notamment le développement de la prévention, de l'éducation thérapeutique et le renforcement des liens ville-hôpital et des relations entre les professionnels de santé, il pourrait être opportun d'adapter les modes de financement des médecins libéraux aux besoins actuels. Cette adaptation pourrait être expérimentée au sein d'un projet comme « Les Chartriers »²⁸².

Comme le précise François-Xavier Schweyer, dans « La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier. », « *le paiement à l'acte conduit à adopter une démarche individuelle centrée sur les soins curatifs.* »²⁸³ Ainsi, alors même que l'un des objectifs du projet « Les Chartriers » est de développer les actions de prévention, notamment en mettant en place des programmes de prévention relatifs au diabète simple, à l'insuffisance cardiaque et au bien vieillir, la rémunération à l'acte ne semble pas être la rémunération la plus appropriée pour les médecins généralistes qui s'installeraient dans les locaux du projet et qui choisiraient le mode d'exercice libéral.

En 2023, la Cour des comptes appelait déjà à « *renforcer la prévention, la qualité et la coordination des soins par la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération* »²⁸⁴. Ainsi, eu égard à la présente proposition, l'article 51 de la LFSS pour 2018 soutient des expérimentations de financements alternatifs à la tarification à l'acte : cet article pourrait être un moyen d'adapter la rémunération des médecins généralistes libéraux exerçant dans une structure comme « Les Chartriers » - dans le cadre d'une expérimentation.

Aussi, à l'instar d'une proposition d'un cadre supérieur de santé du CHV, davantage d'indicateurs de qualité pourraient être instaurés afin de contrebalancer les effets défavorables de la rémunération à l'acte et au regard de la place importante de la qualité dans les établissements de santé, notamment en lien avec la certification de la Haute Autorité de Santé. À ces indicateurs de qualité pourraient être ajoutés de nouveaux indicateurs de prévention, bien qu'ils occupent déjà une part importante des indicateurs pris en compte dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). De

²⁸² Le « paiement à la capitation » pourrait aussi être mis en œuvre pour les médecins généralistes qui choisiraient l'exercice libéral au sein du projet « Les Chartriers ».

²⁸³ SCHWEYER, François-Xavier. La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier, École des hautes études en santé publique (EHESP), Centre Maurice-Halbwachs (CMH), Unité mixte de recherche (UMR).

²⁸⁴ Cour des comptes. Note thématique. Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense. Juillet 2023.

plus, l'évolution du ROSP vers une meilleure prise en compte de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient et de la continuité des parcours de soins pourrait être opportune.

In fine, l'adaptation des modes de rémunération des médecins généralistes présents aux Chartriers dans le cadre de l'exercice libéral remplirait une part des objectifs liés aux actions de dépistage des cancers, notamment le dépistage du cancer du colon ou encore les différents dépistages des cancers de la femme²⁸⁵.

Enfin, le paiement à l'épisode de soins (cf. proposition 6) pourrait être l'une des hypothèses d'expérimentation du paiement des parcours impliquant une consultation par un médecin généraliste et une consultation par un médecin spécialiste, avec l'implication éventuelle d'autres acteurs, tels que les IDE, et l'ensemble des actes réalisés dans ce cadre. En ce sens, cela pourrait présenter plusieurs objectifs : une meilleure coordination des soins, la qualité et la pertinence des soins ou encore la maîtrise des coûts.

Proposition 16

Adapter les modes de rémunération des médecins libéraux aux besoins actuels (expérimentation).

3.2.2 Vers une organisation hospitalière plus intégrée et collaborative

Le développement d'une organisation hospitalière davantage tournée vers les liens ville-hôpital suppose l'instauration d'un coordonnateur au sein de chaque pôle hospitalier, *a minima* (proposition 17).

A. Généraliser la création d'une fonction de coordonnateur au sein de chaque pôle hospitalier, et, le cas échéant, de chaque service

Au-delà des difficultés rencontrées dans la coordination au sein des MSP par exemple, des difficultés de communication et de coordination sont également observables au sein des établissements de santé, particulièrement dans les échanges avec les professionnels libéraux. Dès lors, l'absence de coordonnateur impacte défavorablement la continuité du parcours de soin des patients pris en charge à l'hôpital et de retour à leur domicile ou dans une autre structure de prise en charge.

²⁸⁵ Au-delà du site « Les Chartriers », le Centre Hospitalier de Valenciennes agit en faveur de la santé des femmes (orientation 2 du CLS) via les Villages Santé des Femmes, très plébiscités pour le dépistage de différents cancers de la femme, parmi lesquels le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

Une telle proposition est largement soutenue par les professionnels libéraux²⁸⁶. Plusieurs d'entre eux – des médecins généralistes et des IDE – se sont exprimés en ce sens : il faut « désigner un professionnel de santé référent pour chaque patient » ; il est nécessaire de « créer un nouveau métier : coordonnateur de service, une personne dans chaque pôle qui ferait le lien avec les médecins de ville » ; ou, encore, l'instauration d'une « infirmière coordinatrice à l'hôpital, avec une ligne directe et pour faciliter la sortie des patients. » Aussi, une telle proposition est également soutenue par les professionnels hospitaliers, à l'instar d'un cadre supérieur de santé qui émet le « souhait d'avoir une IDE coordinatrice dans le pôle »²⁸⁷.

L'exemple de l'infirmière diplômée d'État de coordination (IDEC) – également appelée « IDE coordinateur ou coordinatrice » et chargée d'assurer la continuité des soins des patients après leur sortie de l'hôpital – pourrait alimenter la présente proposition. En ce sens, à l'instar de l'IDE libéral qui occupe un rôle central dans la vie des patients recevant des soins à leur domicile²⁸⁸, le coordonnateur pourrait jouer un rôle central dans la sortie du patient. Les notions d' « infirmier référent »²⁸⁹ ou d' « infirmier coordonnateur »²⁹⁰ pourraient être réutilisées.

Proposition 17

Généraliser la création d'une fonction de coordonnateur au sein de chaque pôle hospitalier, et, le cas échéant, de chaque service.

3.2.3 Vers une organisation coordonnée, innovante et centrée sur le patient pour améliorer les parcours de soins

Optimiser les parcours de soins nécessite une organisation coordonnée, innovante et centrée sur le patient. Ainsi, il s'agit de répartir efficacement le temps de coordination entre professionnels de santé (proposition 18), de promouvoir l'interopérabilité des outils numériques (proposition 19), de soutenir le développement de nouvelles stratégies d'installation des professionnels libéraux (proposition 20), en construisant des parcours de soins intégrés, personnalisés et coconstruits avec le patient (proposition 21).

²⁸⁶ Lors de deux entretiens, avec Mesdames BELLOUNI et CARLIER – IDE libérales – et Madame CUFAY – coordinatrice de la CPTS Grand Valenciennes, l'idée d'avoir un numéro de téléphone unique par service a été évoquée. Également, la mention du professionnel référent dans le dossier du patient est une proposition qui a été évoquée, afin de faciliter les échanges avec les IDE libéraux et les pharmaciens notamment.

²⁸⁷ Entretien réalisé avec Madame PLICHON, Cadre supérieur de santé du Pôle 11.

²⁸⁸ Madame BELLOUNI et Madame CARLIER, lors d'un entretien, ont ainsi indiqué que l'IDE libérale « doit devenir une coordinatrice des soins de ville », eu égard à leur rôle central dans la vie des patients.

²⁸⁹ Décret n°2024-620 du 27 juin 2024 relatif à la désignation d'un infirmier référent. Le présent décret a été annulé partiellement par une décision du Conseil d'État le 22 juillet 2025. Le terme « infirmier référent » fait référence aux patients en ALD.

²⁹⁰ Art. 2 de la loi n°2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

A. Établir le principe d'une répartition efficiente du temps de coordination entre les professionnels de santé

Eu égard aux propositions 7 et 8 pour les centres médicaux comme « Les Chartiers » et aux propositions 15 et 19 pour les MSP et les établissements de santé, il apparaît opportun d'établir le principe d'une répartition efficiente du temps de coordination entre les professionnels de santé.

L'instauration d'un binôme de coordonnateurs, l'existence d'un temps dédié, officiel ou non dans les MSP ou l'existence d'IDE coordinatrice dans les établissements de santé reflètent le besoin d'une telle fonction au sein des structures précitées. Nécessairement établis à tous les niveaux et entre tous les acteurs pour pallier les ruptures dans les parcours de soins, la coordination doit, *in fine*, permettre la continuité de ceux-ci pour des patients pris en charge en libéral, puis à l'hôpital et, enfin de retour à leur domicile. Cela étant, la proposition d'une répartition efficiente du temps de coordination est opportune dans les seuls cas où les actions de coordination sont partagées. Si une seule personne est en responsabilité sur la coordination ville-hôpital, à l'instar de l'IDE coordinatrice en établissement de santé, d'un IDE coordonnateur en MSP ou d'un coordonnateur ville-hôpital dans une structure comme « Les Chartiers », alors ladite proposition ne sera pas applicable à ces cas d'espèce. *A contrario*, dans les cas de partage de la coordination ville-hôpital et eu égard à la nécessité de ne pas responsabiliser démesurément les médecins généralistes – compte tenu de leur démographie et de leur activité première qu'est le soin – ladite proposition doit être pleinement appliquée.

Cette proposition complète les propositions 7 et 8 pour le coordonnateur ville-hôpital, la proposition 15 pour les MSP et la proposition 17 pour les établissements de santé.

Proposition 18

Établir le principe d'une répartition efficiente du temps de coordination entre les professionnels de santé.

B. Promouvoir l'interopérabilité des outils numériques de santé à l'échelle territoriale

Eu égard aux difficultés dans la communication et la collaboration entre les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers et compte tenu de la fonction de l'établissement support de GHT, il pourrait être opportun – afin de pallier les ruptures dans les parcours de soins et, *de facto*, permettre la continuité de ceux-ci – de favoriser l'interopérabilité des outils numériques au sein d'un même territoire.

À l'instar de la proposition 10 qui vise à développer des protocoles de coopération entre les GHT et les CPTS, *a minima*, il pourrait être judicieux – dans le cadre des liens ville-hôpital et de l'amélioration des parcours de soins – de confier ce rôle aux GHT. Aussi, il pourrait être judicieux de confier à l'ANS la mission de contrôler – voire limiter – le nombre de logiciels existants sur le marché, tout en s'assurant de l'interopérabilité de ceux-ci dans le cadre d'un usage pluriprofessionnel. En ce sens, un guide pratique des combinaisons de logiciels interopérables pourrait être produit. Cela n'est envisageable que si les logiciels existants sont en capacité de répondre à cette nécessité et moyennant les coûts inhérents à l'acquisition des logiciels.

Proposition 19

Promouvoir l'interopérabilité des outils numériques de santé à l'échelle territoriale.

C. Dépasser l'approche centrée sur les aides financières et ouvrir la voie à de nouvelles stratégies d'installation des professionnels libéraux

Lors de l'installation des médecins généralistes dans un territoire, les préoccupations sont nombreuses : temporalité de l'installation, caractéristiques du territoire d'installation ou encore critères opérationnels pour l'exercice de l'activité²⁹¹. Ainsi, comme le précisait déjà une thèse parue en 2011²⁹² : « [...], *les aides financières directes seraient peu plébiscitées et sont jugées inadaptées ou insuffisantes pour pallier les déserts médicaux.* » ; et une autre thèse parue en 2014²⁹³ : « *Si la baisse des charges fiscales est un facteur d'installation, les aides financières seules n'auraient pas un rôle moteur dans la décision d'installation.* », les aides financières ne constituent pas les seuls déterminants de l'installation des médecins généralistes dans un territoire.

Ainsi, Aline Courie Lemeur précise : « *Les déterminants à l'installation des médecins incluent des facteurs multiples, tels que les attaches antérieures sur un territoire, la qualité de vie offerte, les projets professionnels collectifs, les opportunités d'emploi pour le conjoint, la présence de confrères, les services médicaux disponibles, et l'accompagnement dans les démarches d'installation.* »²⁹⁴

²⁹¹ COURIE LEMEURE, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.

²⁹² DECORDE, A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier. 2011.

²⁹³ LEMOINE, P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lille : Université de Lille. 2014.

²⁹⁴ COURIE LEMEURE, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de consilience pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet « Les Chartriers » : choisir un autre déterminant à l'installation des professionnels libéraux, celui de la QVCT. Le choix du terme « déterminant » est volontaire car il ne s'agit aucunement d'aller à l'encontre de la liberté d'installation des médecins généralistes, compte tenu notamment de la proposition 12.

Proposition 20

Dépasser l'approche centrée sur les aides financières et ouvrir la voie à de nouvelles stratégies d'installation des professionnels libéraux.

D. Rendre le patient acteur de sa santé en privilégiant les « parcours santé », afin de construire ensemble des parcours globaux, intégrés et personnalisés

Rendre le patient acteur de sa santé est une idée qui a été évoquée à de nombreuses reprises lors des entretiens. Il ne s'agit pas uniquement d'« aller vers » mais de « construire ensemble ». La recherche d'une meilleure « expérience patient » se présente comme un enjeu contemporain ; il est essentiel de placer le patient au centre de son parcours de soins. Rendre le patient acteur de sa santé poursuit un double objectif : d'une part, passer d'une logique de « je subis » à « je choisis avec » et, d'autre part, l'amélioration de l'expérience patient, notamment liée à une meilleure connaissance de sa pathologie (l'éducation thérapeutique du patient joue un rôle important en la matière).

Aussi, l'idée de transitionner de parcours monothématique à des « parcours santé » est appuyée par deux éléments : d'une part, le Docteur Xavier KYNDT, chef du pôle « Santé publique » au CHV préconise la création de ce type de parcours, au-delà d'un parcours de soins monothématique et avance l'idée selon laquelle, à la différence d'une approche par spécialité, il serait judicieux d'avoir des prises en charge généralistes et agiles ; et, d'autre part, le concept novateur du *Value Based Health Care* – développé par Michael Porter et Elizabeth Teisberg, dans le livre *Redefining Health Care : Creating Value-Based Competition on Results* (2006) développe l'idée de construire les parcours de soins autour du patient, *a contrario* du parcours de soins fragmenté en plusieurs lieux. Ainsi, une approche holistique du « parcours santé » doit être développée en opposition au parcours monothématique. Le concept des « soins de santé axés sur la valeur » gagnerait à être davantage développé en France. L'approche « parcours santé » suppose de penser les soins autour du patient et non plus autour d'une pathologie.

Enfin, l'un des objectifs est ici d'inciter les porteurs de ce type de projet à adapter les parcours selon le portrait socio-démographique et sanitaire du territoire, comme l'a fait le projet « Les Chartriers » en mettant en avant le diabète simple, l'insuffisance cardiaque ou encore le bienvieillir, eu égard au concept de responsabilité populationnelle. Il apparaît

essentiel d'adapter les actions, notamment de prévention, selon les pathologies les plus fréquentes sur le territoire.

Proposition 21

Rendre le patient acteur de sa santé en privilégiant les « parcours santé », afin de construire ensemble des parcours globaux, intégrés et personnalisés.

En conclusion, les vingt-et-une propositions ont vocation à ériger le projet « Les Chartiers » comme l'une des solutions aux difficultés persistantes, tant pour les liens ville-hôpital, la place marginale de la prévention ou encore la démographie médicale. Ainsi, le projet « Les Chartiers » pourrait constituer la base d'évolution(s) juridique(s) et une source d'inspiration pour les politiques publiques futures.

Conclusion

Au regard du portrait socio-démographique, économique et sanitaire du territoire, de l'étude comparative avec les MSP et les CDS ainsi que des vingt-et-une propositions énoncées, le projet « Les Chartriers » apparaît comme une solution innovante et adaptée aux difficultés persistantes sur le territoire du Hainaut. Il capitalise sur l'expérience des structures des soins de premier recours. Ainsi, les activités prévues reflètent une volonté claire : construire des parcours de soins globaux, intégrés et personnalisés, afin de réduire les ruptures de soins. L'implication conjointe des professionnels libéraux et hospitaliers renforce cette dynamique et favorise la construction de parcours de soins fluides et coordonnés.

Dans ce cadre, les ambitions du projet sont nombreuses : améliorer les liens ville-hôpital grâce à une meilleure coordination entre professionnels libéraux et hospitaliers, redonner de l'attractivité au territoire, faire de la prévention une activité centrale ou encore développer la formation interprofessionnelle.

Cependant, quelques points de vigilance méritent une attention particulière : le risque d'une surconsommation de soins par la population, la stagnation, voire la détérioration, des indicateurs sanitaires, ou encore, la viabilité économique des activités annexes aux soins, comme le centre de prévention. Ainsi, une évaluation à terme est indispensable afin de mesurer les effets réels du projet, en particulier sur les populations vulnérables et les relations entre professionnels libéraux et hospitaliers. Se placer un cran au-dessus des logiques contemporaines – à savoir la dichotomie entre soins de premiers recours et soins de deuxième et troisième recours – est un objectif du projet. La mise en place de protocoles, de parcours, d'espaces d'échanges doit permettre de dépasser cette structuration, au bénéfice de la population du territoire du Hainaut.

Au-delà des enjeux pour le territoire, le projet « Les Chartriers » pourrait inspirer d'autres territoires : l'hypothèse du développement d'un tel projet à l'échelle nationale est ainsi envisageable. Néanmoins, une adaptation aux territoires d'implantation serait à envisager, compte tenu des réalités locales : implication des acteurs, choix du lieu, activités proposées, parcours développés et objectifs visés.

Enfin, le projet « Les Chartriers » offre une opportunité unique de placer pleinement le patient au centre de la démarche : être un acteur de sa santé. Le concept de responsabilité populationnelle impliquant l'engagement de tous – professionnels libéraux et hospitaliers, élus locaux, institutions, patients, chacun contribue à la construction de parcours de soins coordonnés et à l'amélioration de la santé publique. Ainsi, le directeur d'hôpital a un rôle clé en la matière : fédérer l'ensemble de ces acteurs en impulsant une dynamique collective et, ainsi, ériger le projet « Les Chartriers » en modèle durable et inspirant pour l'avenir.

Bibliographie

Références juridiques

- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n° 2006-1666 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Loi n°2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier
- Ordonnance n°96-246 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Décret n°2024-620 du 27 juin 2024 relatif à la désignation d'un infirmier référent (annulé partiellement)
- Code de la santé publique
 - Art. L. 1161-1 et suivants
 - Art. L. 1411-11
 - Art. L. 1434-12
 - Art. L. 4041-1 et suivants
 - Art. L. 6323-1
 - Art. L. 6323 et suivants
 - Art. L. 6327-1 à L. 6327-7

Rapports, guides et publications institutionnelles

- ARS Hauts-de-France. Portrait socio-sanitaire du territoire d'animation santé du Hainaut. 2022.
- Assemblée Nationale. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Rapport d'information n° 589. Mars 2022.
- Centre Hospitalier de Valenciennes. Une initiative ambitieuse : le Centre Hospitalier de Valenciennes annonce lors de son premier Séminaire Ville-Hôpital la création d'un Pôle dédié à la coordination entre la médecine de ville et l'hôpital. 21 juin 2024.
- CERTAIN, Marie-Hélène, LAUTMAN, Albert, GILARDI, Hugo. Tour de France des CPTS. Bilan et propositions pour le déploiement et le développement des communautés professionnelles territoriales de santé. Juin 2023.
- Chambre régionale des comptes des Hauts-de-France. Rapport d'observations définitives sans réponse : Centre hospitalier de Valenciennes – dont enquête nationale sur l'impact de la crise sanitaire au sein des établissements de santé. Octobre 2021.
- Contrat local de santé Valenciennes métropole. Juin 2025.

- Cour des comptes. Note thématique. Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense. Juillet 2023.
- Cour des comptes. L'organisation territoriale des soins de premier recours. Mai 2024.
- FLAJOLET, André. Rapport sur la prévention et la promotion de la santé. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. 2008.
- JANUS, Katharina. Les leviers humains de la responsabilité populationnelle : enseignements pratiques d'une enquête dans les territoires pionniers. FHF. Avril 2022.
- Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. L'Atlas du 51 – Les expérimentations par région. Actualisation juin 2025.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles ». Juin 2023.
- Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Guide relatif aux centres de santé. Janvier 2025.

Revues

- BERCHI, Célia. et al. Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.287-295.
- CHEVILLARD, Guillaume, MOUSQUES, Julien. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions d'économie de la santé. 2020 ; 247 :1-8.
- Commonwealth Fund. Bundled-Payment Models Around the World : How they work and what their impact has been. 2020.
- COURIE LEMEUR, Aline. et al. Réussir la mise en place d'une démarche de conciliation pour combattre les déserts médicaux. Journal de gestion et d'économie de la santé, 2024/3 N° 3, 2024. p.89-110.
- CRET, Benoit., et al. 07. La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale. Politiques & management public, 2022/3 N° 39, 2022. p.439-459.
- DELOBELLE, Alexandre, FRANZONI, Jacques, DECOOL, Stéphane. Réflexion sur la médecine de ville de demain. La symbiose ville-hôpital : l'Hôpital sort de ses murs. Le pôle ville-hôpital. 2023.
- FOURNIER, Cécile, FRATTINI, Marie-Odile, NAIDITCH, Michel. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. IRDES - Questions d'économie de la santé. 2014.
- HASSENTEUFEL, Patrick. et al. Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. Revue française des affaires sociales, 2020/1, 2020. p.33-56.
- HUARD, Pierre. et al. Éléments pour une gestion stratégique d'une maison de santé. Santé Publique, 2014/4 Vol. 26, 2014. p.509-517.
- JEDAT, Vincent. et al. État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. Santé Publique, 2022/2 Vol. 34, 2022. p.231-241.
- JOUBERT, Lucas. Quand les localités créent des centres de santé. Ajustements locaux d'une politique étatique de répartition médicale. Sociologies pratiques, 2024/1 N° 48, 2024. p.9-22.

- LE COSSEC, Chloé, Giacomelli, Maud, et De Chambine, Sophie. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé Publique*, 2018, p.213-224.
- MARTINACHE, Igor. Les centres municipaux de santé : un dispositif au cœur des politiques locales de santé et de leurs tensions. *Sociologies Pratiques*, n°45 (2), pp. 41-51.
- MOUSQUES Julien, BOURGEUIL, YANN, et al. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. IRDES. 2014.
- MOYAL, Anne. L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 2020/1, 2020. p.103-123.
- MOYAL, Anne. et al. Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France. *Les Tribunes de la santé*, 2022/1 N° 71, 2022. p.33-45.
- MOYAL, Anne. La coopération au cœur du travail entrepreneurial : le cas des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé en France. *Revue française de sociologie*, 2022/3 Vol. 63, 2022. p.471-499.
- MUNCK, Stéphane., et al. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*, 2015/1 Vol. 27, 2015. p.49-58.
- RIDARD, Élise. *et al.* Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. *Santé Publique*, 2018/3 Vol. 30, 2018. p.361-370.
- SALVI, Nicolas. L'hôpital ne peut plus tout faire seul. CRAPS – Le think tank de la protection sociale. 2025.
- SCHWEYER, François-Xavier. La professionnalisation des coordinatrices des maisons de santé. L'émergence incertaine d'un métier, École des hautes études en santé publique (EHESP), Centre Maurice-Halbwachs (CMH), Unité mixte de recherche (UMR).
- SEBAI, Jihane. et al. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une dynamique réelle mais un modèle organisationnel à construire. *Revue française d'administration publique*, 2017/4 N°164, 2017. p.887-902.
- The Journal of the Norwegian Medical Association. An introduction to bundled payments. 2020.
- TORRE, André, *Réflexions sur la Proximité*, in Vodoz L. (ed.), *NTIC et Territoires*, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2002.
- VEZINAT, Nadège. *Vers Une Médecine Collaborative. Politique Des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles En France*. Puf. ; 2019.

Thèses

- BLANC, Sophie-Marine. *Expérience des professionnels de santé face à la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle et à leur exercice actuel ou à venir en son sein. Médecine humaine et pathologie*. Université de Nantes. 2025.
- DECORDE, A. *Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse d'exercice]*. Grenoble : Université Joseph Fourier. 2011.
- GAUTIER, Sylvain. *La structuration territoriale des soins primaires à l'épreuve de l'épidémie de COVID-19 : quelle réponse de la médecine de ville aux situations sanitaires exceptionnelles ? Santé publique et épidémiologie*. Université Paris-Saclay. 2024.

- GICQUEL, Pascal. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice de médecine générale]. Nantes : Université de Nantes. 2010.
- LEMOINE, P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice de médecine générale]. Lille : Université de Lille. 2014.

Articles de presse et sites Internet

- Agence régionale de santé Hauts-de-France. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). ARS Hauts-de-France. 25 mai 2023.
- Agence régionale de santé Occitanie. ICOPE – Un programme pour prévenir la dépendance. ARS Occitanie. 13 juin 2023.
- Centre Hospitalier de Valenciennes. Philosophie du lieu. 2025.
- Fonds de dotation du CHU de Lille. Tempoforme – Parcours bien vieillir en Hauts-de-France. 12 septembre 2022.
- Hospimedia. Le CH de Valenciennes a établi des coopérations de long terme entre acteurs avec la crise. 05 avril 2022.
- Hospimedia. Un pôle de coordination entre la médecine de ville et l'hôpital se crée à Valenciennes. 26 juin 2024.
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ma santé 2022 : un engagement collectif.
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Les maisons de santé. 11 déc. 2015.
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales – EDS.

Autres sources

- Assurance maladie, « Zoom sur les médecins généralistes libéraux (hors médecins à exercice particulier – MEP) en 2023 », mai 2025.
- CNAM, Études et données, 2023, en exercice en 2022.
- DREES. Études et Résultats. Impact des nouveaux modes de pratique sur les parcours de soins : l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles. Mai 2021.
- France Assos Santé. L'accès aux soins dans les Hauts-de-France. janvier 2020.
- INSEE
 - Modèle Omphale 2018-2070.
 - Recensements de la population, année 2022
- Observatoire des Fragilités Grand Nord. Décembre 2024.
- SIAM ERASME – requêtes locales CPAM du Hainaut. Janvier 2025. Avertissement : ces données ne peuvent être réutilisées.

Liste des annexes

Annexe 1 : Entretiens réalisés

Annexe 2 : Questionnaire à destination des médecins généralistes de maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France

Annexe 3 : Photographies du projet « Les Chartriers »

Annexe 4 : Tableau comparatif des centres de santé des maisons de santé pluriprofessionnelles

Annexe 1 : Entretiens réalisés

Tout au long de ce mémoire, le contenu des multiples entretiens a nourri les réflexions et les développements.

Professionnels du CHV

Docteur **CANTEGRIT**, vice-chef de pôle Gériatrie et médecin gériatre
Monsieur **DHAOUADI**, cadre administratif du pôle Urgences, Réanimation, Anesthésie
Madame **DUHEM**, cadre supérieur de santé du pôle Santé publique
Docteur **EL BEKI**, chef du pôle Urgences, Réanimation, Anesthésie et anesthésiste-réanimateur
Docteur **KYNDT**, chef du pôle Santé publique et médecin interniste
Monsieur **LECHERF**, Directeur Général Adjoint
Madame **PETIT**, directrice des finances
Docteur **PLANÇON**, cheffe du pôle de coordination Ville-Hôpital et médecin en soins palliatifs
Madame **PLICHON**, cadre supérieur de santé du pôle 11
Madame **POTHIER**, cheffe de projet Les Chartiers-Schéma directeur immobilier
Madame **SPIDO**, Directrice Générale Adjointe
Madame **VAN OOST**, cadre supérieur de santé du pôle Urgences, Réanimation, Anesthésie

Professionnels de médecine de ville

Docteur **ALEXANDRE**, médecin généraliste (réponse écrite)
Madame **BELLOUNI**, infirmière libérale, vice-président de la CPTS Grand Valenciennes, coordinatrice ville-hôpital, membre de l'ADILH
Docteur **BERKHOUT**, professeur honoraire de médecine générale, médecin généraliste, administrateur de la MSP du Kruysbellaert de Dunkerque (réponse écrite)
Docteur **BRADIER**, médecin généraliste, président de la CPTS Pévèle Carembault Seclin, membre de la MSP MME Ennevelin santé (réponse écrite)
Madame **CARLIER**, infirmière libérale, présidente de la maison de santé pluriprofessionnelle Les Chartiers, coordinatrice de la CPTS Grand Valenciennes
Docteur **CASIEZ**, médecin généraliste et au sein de la Maison Sport Santé du CHV
Madame **CUFAY**, coordinatrice CPTS Grand Valenciennes
Monsieur **KASPRZYK**, infirmier libéral, formateur spécialisé en soins infirmiers et président de l'Association des infirmiers libéraux du Hainaut (ADILH)
Docteur **PAUCHET-LARTISIEN**, médecin généraliste, cofondatrice de la MSP de Crécy-en-Ponthieu (appel téléphonique)
Docteur **ROBIQUET**, médecin généraliste, MSP du Moulin d'Avion (réponse avion)

Autres professionnels

Monsieur **DE VERDELHAN**, Directeur adjoint de la CPAM du Hainaut

Annexe 2 : Questionnaire à destination des médecins généralistes de maisons de santé pluriprofessionnelles des Hauts-de-France

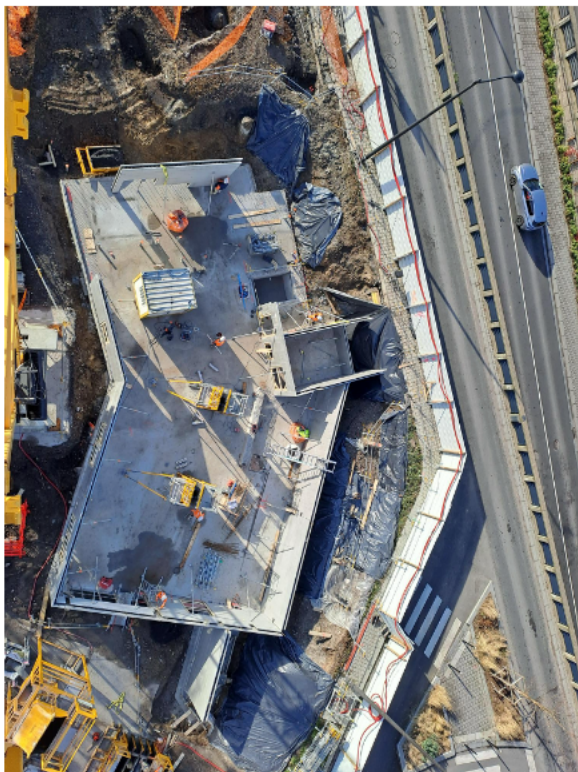
Dans le cadre de l'étude comparative entre le projet « Les Chartriers », les MSP et les CDS, j'ai sollicité l'ARS Hauts-de-France afin d'envoyer le présent questionnaire. La sollicitation a été accueillie favorablement.

1. Quels sont les avantages et les inconvénients de se constituer / de rejoindre une MSP ?
2. Quel(s) lien(s) avez-vous avec les établissements de santé ?
3. Y-a-t-il, selon vous, une rupture dans les parcours de soins entre les MSP et les établissements de santé ?
4. Qu'en est-il de l'adressage des patients aux établissements de santé ?
5. Qu'en est-il de la sortie des patients des établissements de santé vers leur domicile ?
6. Qu'en est-il des liens ville-hôpital au quotidien ?
7. À quelle(s) action(s) de prévention votre MSP participe-t-elle ?
8. Une action coordonnée avec l'hôpital pourrait-elle, selon vous, pallier les ruptures dans les parcours de soins ?
9. Quelles recommandations proposeriez-vous pour améliorer les liens ville-hôpital et permettre une continuité tout au long du parcours de soins ?

Annexe 3 : Photographies du projet « Les Chartiers »

Les photographies ci-dessous ont été réalisées par les professionnels de la Direction de la communication du CHV.

Phase de travaux



Livraison des locaux



Annexe 4 : Tableau comparatif des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles

STRUCTURES	ATOUTS / AVANTAGES	LIMITES / INCONVÉNIENTS
CENTRES DE SANTÉ DE VILLE	Cadre : bonnes conditions de travail ; travail en équipe ; organisation du travail facilitée, réduction des tâches administratives Statut salarié : sécurité financière ; congés payés, congé maternité ; meilleure conciliation vie professionnelle-vie personnelle Dimension sociale : tiers-payant ; accueil de tous les patients ; davantage de temps consacré aux patients Financement : absence de pression financière liée à la rémunération à l'acte ; absence d'investissement financier Développement professionnel continu : possibilités de formation	Statut et fonctionnement : contraintes liées au statut de salarié ; relations parfois tendues avec l'employeur ; lenteurs administratives ; perte de liberté d'organisation Revenus : globalement inférieurs au libéral Relations : parfois difficiles avec les professionnels de santé ne travaillant pas en CDS, à l'instar des professionnels libéraux Projection : activité considérée comme temporaire Attractivité : difficultés de recrutement de nouveaux professionnels
CENTRES DE SANTÉ HOSPITALIERS	Subventions : en partie, par les collectivités territoriales Accès : au plateau technique et au service d'imagerie de l'hôpital de rattachement Rapidité : obtention d'un diagnostic rapide	Financements : ressources limitées des hôpitaux de proximité qui les accueillent (80.000€ par an en moyenne) Sous-efficience : risque d'une gestion sous-efficiente (ratios, IPDMS, etc.)
MAISONS DE SANTÉ PLURIPRO-FESSIONNELLES	Attractivité : aide au maintien de l'offre de soins sur les territoires sous-dotés en professionnels de santé ; permet de lutter contre les déserts médicaux Coordination : renforcement de la coordination des soins ; facilitation des échanges ; importance du regroupement géographique ; élaboration de protocoles pour uniformiser/améliorer les pratiques	Coordination interne (freins socio-professionnels) : logique hiérarchique et exercice isolé ; faible structuration des professionnels de santé libéraux ; coordination interne inaboutie Coordination externe : limitée avec les acteurs externes, notamment les établissements publics de santé ; absence de coordonnateur institutionnalisé

	Offre : accompagnement du virage ambulatoire ; déploiement d'aide à la personne (aides à domicile, activité physique adaptée) Cadre : sentiment de sécurité induit par le groupe ; permettent aux professionnels de santé d'être soulagés d'un certain nombre de tâches administratives ; réunion de concertation pluriprofessionnelle et échanges sur les patients Accès : favorisent accès aux soins avec une complémentarité des professions ; accès aux soins secundo-tertiaires fluide chez les patients négligeant leurs orientations ; favorisent les accompagnements cohérents dans les situations complexes Parcours : renforcement de la fluidité des parcours de soins grâce aux liens construits avec les acteurs environnants Adressage : permettent, via un courrier, un adressage des patients avec la bonne littérature, l'exacte situation pathologique Patients : sentiment d'être au centre d'un réseau de soignants qui échangent entre eux pour améliorer leur prise en charge	Offre : faible pratique de l'éducation thérapeutique Relations avec les établissements publics de santé : en matière d'adressage, difficulté à obtenir les premiers rendez-vous ; en matière de sortie, absence relative de prise en compte par les hospitaliers des conditions de retour des patients à leur domicile ; répartition indéterminée des démarches administratives, conduisant à des conflits et une embolisation des médecins généralistes Soutien : absence d'accompagnement post-crédation, conduisant à une lourde charge de travail, surtout administrative, liée à la constitution de la structure Parcours : présence de ruptures dans les parcours de soins, moins qu'en cabinet médical individuel ou de groupe toutefois Rémunération : la rémunération à l'acte ne favorise pas le développement des activités de coordination et de santé publique Financement (frein structurel) : autofinancement des structures, une charge importante pour les professionnels Numérique (frein technique) : fracture numérique avec les établissements publics de santé et entre professionnels de MSP Pratiques : hétérogénéité des pratiques
--	---	---

TROUILLARD	Mathieu	Octobre 2025
Filière Directeur d'hôpital Promotion 2024-2025		
Le centre médical « Les Chartriers » : un levier pour pérenniser une culture de collaboration ville-hôpital en faveur de la prévention, du soin et de la formation.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé : Au regard des difficultés sanitaires, sociales et démographiques persistantes du territoire du Hainaut et du cloisonnement entre ville et hôpital, le projet « Les Chartriers » vise la création de parcours de soins coordonnés et adaptés, notamment pour les populations précaires, vulnérables et en rupture de soins. Le projet s'appuie sur la collaboration entre les professionnels libéraux du territoire, les professionnels hospitaliers du Centre Hospitalier de Valenciennes, les institutions comme l'ARS et la CPAM du Hainaut et les élus locaux. Aussi, le projet s'appuie sur le concept de responsabilité populationnelle, appelant l'implication de l'ensemble de ces acteurs, afin de renforcer l'offre de soins sur le territoire, développer la prévention, améliorer l'attractivité du territoire et former les professionnels entre eux. « Les Chartriers » proposent une réponse innovante et adaptée au territoire du Hainaut. Toutefois, le projet devra faire l'objet d'une évaluation pour en connaître les effets réels, notamment sur les indicateurs sanitaires du Hainaut et les relations ville-hôpital. Plaçant le patient comme acteur de sa santé, le projet pourrait être adapté à d'autres territoires pour devenir un modèle national, durable et inspirant pour l'avenir.		
Mots clés : Liens ville-hôpital ; soins de premier recours ; parcours de soins ; déserts médicaux ; coordination ; professionnels libéraux ; professionnels hospitaliers ; établissements de santé ; maison de santé pluriprofessionnelles, centre de santé ; « Les Chartriers » ; prévention ; soin ; formation ; Centre Hospitalier de Valenciennes ; Hainaut.		
<i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		