



Médecins partagés ville-hôpital : une expérimentation dans le 10^{ème} arrondissement de Paris

Dre Margaux Monnet

Journée des Centres de Santé d'Ile-de-France

27.05.2025



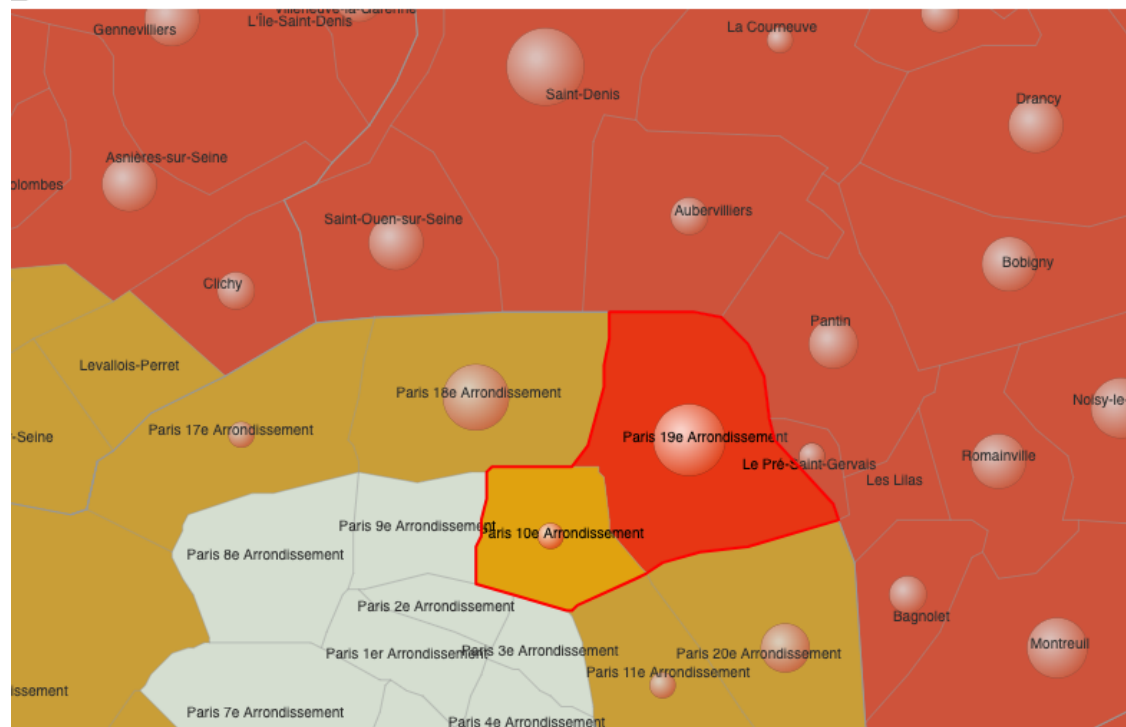
Contexte

- Le territoire français est marqué par de fortes inégalités de santé
- La sous-densification médicale, bien que plus forte en France, est présente en Ile-de-France et à Paris
- En 2018 : l'ARS propose la création de 200 postes de médecins généralistes à exercice partagé entre la ville et l'hôpital dans les zones sous dotées
- Depuis 2019 : appel d'offre annuel par l'ARS pour des postes partagés ville-hôpital, projets portés par des candidats ou des structures, temps de travail 60% ville/40% hôpital

Contexte

1 **Zonage MG QPV** - Source : ARS

2 **Zonage conventionnel MG** - Source : ARS



Zones fragiles dans le nord-est Parisien en 2024 :

- **Zone d'intervention prioritaire (ZIP)** = constituées des territoires les plus en tension
- **Zones d'action complémentaire (ZAC)** = constituées des territoires en tension mais à un niveau moins important que les zones d'intervention prioritaire

Contexte

- Un premier poste créé en 2018 entre le centre de santé Richerand et l'hôpital Lariboisière dans le 10^{ème} arrondissement de Paris
- Suivi d'un second poste en 2019
- **OBJECTIF PRINCIPAL: Repérage des patients sans médecin traitant suite à un recours hospitalier et suivi ambulatoire**

Dispositif des médecins partagés sur le 10^{ème}



À l'hôpital

- Prise en charge des patients nécessitant un suivi suite au recours hospitalier et n'ayant pas de médecin traitant
- Un rendez-vous de suivi est proposé avant la sortie ou le patient est rappelé après son passage à l'hôpital



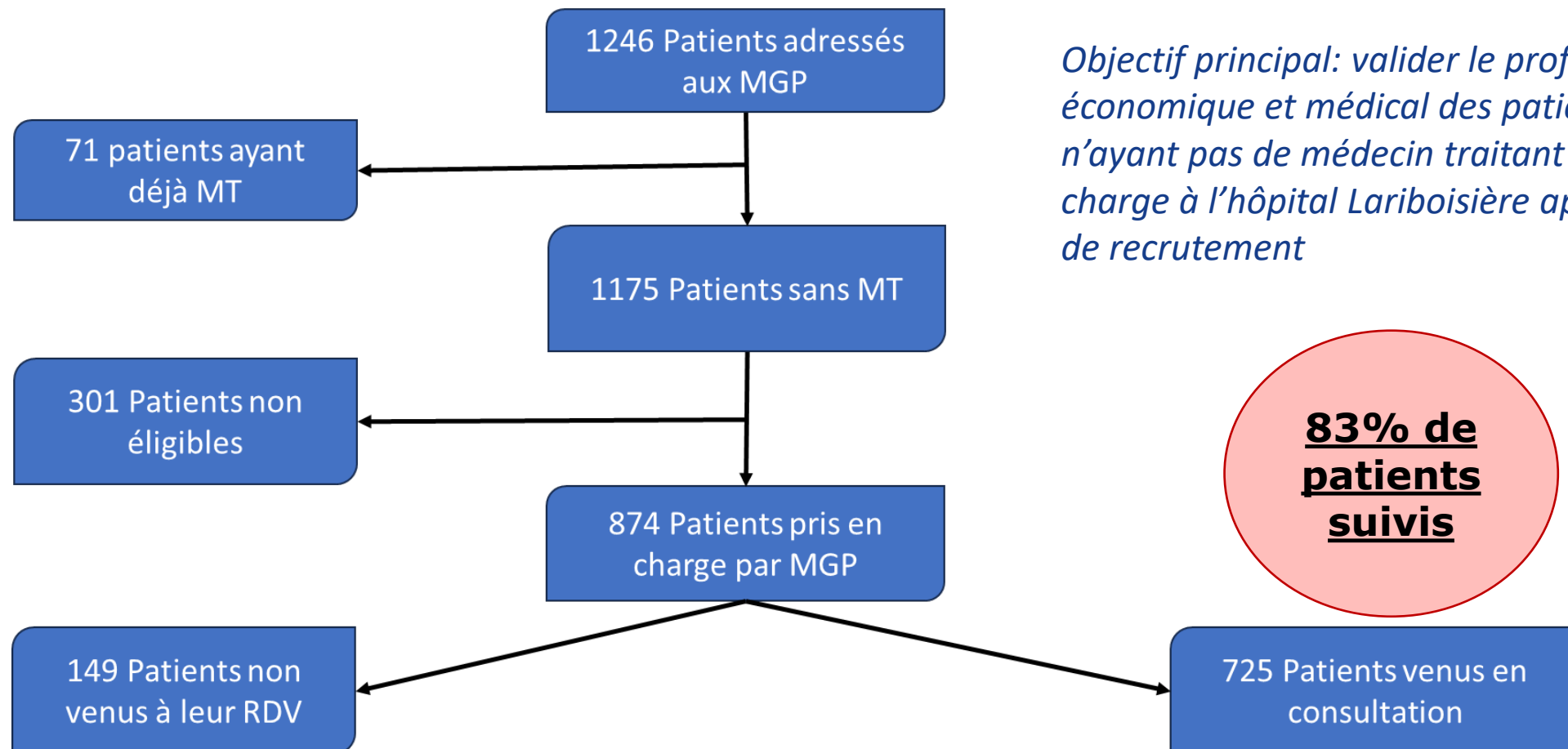
Au centre de santé

- Suivi des patients et déclaration médecin traitant
- Organisation de staffs
- Organisation des recours hospitaliers programmés pour les patients du centre de santé : avis spécialisé, HDJ, HDS
- Réadressage des patients vers l'hôpital si nécessaire

Première thèse : période 2018-2019

- En 2019, une première thèse a évalué le profil socio-économique et médical des patients recrutés après 6 mois d'exercice de la première MG partagée
- Résultats : 305 patients adressés
 - Au total, **178 patients du dispositif (65,9%) ont été suivis** au centre de santé
 - Profil de patients, masculins, nés à l'étranger et en situation de forte précarité.
 - Une tendance à la diminution du nombre de réhospitalisations en urgence

Second travail de thèse: période 2018-2022



Objectif principal: valider le profil socio-économique et médical des patients n'ayant pas de médecin traitant et pris en charge à l'hôpital Lariboisière après 4 ans de recrutement

Second travail de thèse: période 2018-2022

- Profil des patients :
 - 73% d'hommes, 63% <50 ans, 74% nés à l'étranger
 - 51% sans emploi, 36% de logements instables dont 14,6% vivant dans la rue
 - 20% titulaires de la CSS (ex-CMU) et 15,6% de l'AME
- Les patients du dispositif suivis au centre Richerand semblent :
 - + jeunes et + de patients ont l'AME ou la CMU
 - Moins de patients SDF et moins de patients sans sécurité sociale
- Patients non suivis au centre de santé(9,1%) étaient deux fois plus nombreux à avoir consulté aux urgences à 3 mois que dans le groupe de patients suivis (6,2%)

Points positifs du dispositif

Pour les praticiens	Pour les patients	Pour le centre de santé
<ul style="list-style-type: none">- Travail en équipe en centre de santé- Structure de ville adaptée à la prise en charge de patients complexes- Accès direct et rapide aux avis spécialisés- Formation continue- Expérimentations innovantes en soins primaires	<ul style="list-style-type: none">- Réassurance- Lien entre leur MG et leurs spécialistes- Prise en charge complète au CDS : soins IDE, laboratoire, ETP, spécialistes, psychologue, assistants médicaux- Accès au dossier médical hospitalier- Diminution au maximum des soins non programmés à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none">- Lien facilité avec l'hôpital- Demandes d'avis spécialisés- Organisation de staffs et de topos- Hospitalisations programmées HDJ, HDS, perfusions- Projets de recherche

Pistes d'amélioration

- Temps administratif lourd : intensifier la délégation de tâches avec assistants médicaux, IPA, travail à faire sur les interfaces informatiques
- Population en situation de précarité : nécessité d'inclure des travailleurs sociaux et des médiateurs en santé dans le dispositif
- Barrière de langue : accès à un service d'interprétariat

Quelle pérennisation pour les postes partagés ?

- Résultats encourageants et retours positifs des praticiens et des patients
- Cependant :
 - dispositif prévu pour 2 ans, renouvelable pour 2 ans et après ?
 - pas de participation financière hospitalière (jusqu'à cette année)
 - précarité du statut pour la partie hospitalière

Quelle pérennisation pour les postes partagés ?

- Sur le 10^{ème} arrondissement : **maintien du dispositif grâce à la CPTS 10** qui finance 1/5^{ème} du temps de travail dans le cadre des missions 1 et 2 des ACI CPTS
- Missions :
 - Repérage, évaluation et prise en charge des patients sans médecin traitant à l'hôpital
 - L'organisation de staff ville-hôpital sur le 10^e arrondissement permettant à tous les MG du territoire de profiter de ces liens facilités avec l'hôpital
 - Adressages hospitaliers faits par les médecins de liaison pour les médecins du territoire qui peuvent les contacter par mail ou par téléphone
 - Coordination de parcours

Perspectives

- Parcours de soins fluidifié pour les patients et notamment pour les populations en situation de précarité
- Nécessité d'innover dans l'accès aux soins primaires : tendre vers des soins intégrés
- Créer des filières de postes partagés en s'appuyant sur les besoins territoriaux, les centres de santé et les autres acteurs de santé publique
- Réflexion à avoir sur le financement et le portage de ces postes

MERCI DE VOTRE ATTENTION !