



**EHESP**

---

**ÉLÈVE DIRECTEUR D'HÔPITAL**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Octobre 2023**

---

**Mise en œuvre et impacts d'un Centre  
de Soins Non Programmés privé dans  
l'enceinte de l'hôpital sur la structure  
hospitalière et son service d'urgences**

L'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis

---

**Thomas LINALE**



---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Nicolas ESTIENNE, Directeur Général du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP), pour m'avoir soumis l'idée de sujet du présent mémoire, ainsi que pour l'accueil au sein de son institution.

Mes remerciements vont ensuite à ma maître de stage, Madame Margaux JAULENT, qui m'a accompagné et soutenu tout au long de cette expérience au CHIAP et lors de la rédaction de ce mémoire. J'ai également une pensée, pour Madame Loriane AYOUB, qui était ma maitre de stage lors du stage de découverte avant son départ vers d'autres horizons professionnels, qui m'a permis de réaliser sereinement mes premiers pas au sein de l'établissement.

Je souhaite témoigner toute ma gratitude à l'équipe de direction, pour m'avoir accueilli avec bienveillance et pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie également, l'ensemble des acteurs, médecins, cadres, infirmiers, acteurs extérieurs du CHIAP qui m'ont permis de réaliser ce mémoire. Plus largement, je tiens à remercier les agents du CHIAP avec qui j'ai pu travailler sur différentes missions de stage et qui ont toujours souhaité aller de l'avant pour cette institution.

Enfin, je remercie Monsieur Michel LOUAZEL, Directeur des études de l'EHESP, pour les précieux conseils qu'il m'a donnés dans la rédaction de ce travail.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1Le CSNP d'Aix-en-Provence un modèle innovant en France dont il a fallu trouver les solutions de réalisation .....	5
1.1 Benchmark des solutions existantes et les différences avec le CSNP d'Aix .....	5
1.1.1 Les CSNP un outil différent des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des maisons de santé, et des Maisons Médicales de Garde (MMG) .....	5
1.1.2 CSNP Public .....	6
1.1.3 CSNP avec des libéraux : l'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Tropez	7
1.1.4 CSNP privé hors contexte hospitalier .....	9
1.1.5 CSNP privé au sein de l'hôpital : l'exemple d'Aix-en-Provence .....	9
1.2 Les étapes de la mise en œuvre du CSNP et les difficultés rencontrées .....	11
1.2.1 Établir un appel à projets concerté en fonction des besoins et amorcer le projet	11
1.2.2 La sélection du candidat.....	13
1.2.3 Différentes possibilités de contractualisation juridique pour créer un CSNP	14
2Le CSNP a permis de diminuer le nombre de passages aux urgences mais le ressenti des professionnels de santé de ce service est mitigé, au contraire de celui positif des patients du CSNP .....	19
2.1 Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation du CSNP .....	19
2.1.1 Collecte de la donnée afin de permettre le suivi .....	19
2.1.2 Définition du comité de suivi .....	22
2.1.3 Les ajustements en lien avec la direction des projets .....	23
2.2 Les premiers mois de fonctionnement permettent de dresser un bilan globalement positif du CSNP avec une diminution des passages aux urgences ce qui recentre le service sur son cœur de métier .....	24
2.3 Des premières difficultés sont néanmoins apparues .....	31
2.4 Un accueil mitigé du CSNP par les professionnels de santé des urgences quant à l'amélioration de leurs conditions de travail .....	34
2.4.1 Malgré le CSNP, une partie de la filière courte résiduelle demeure .....	35
2.4.2 Une amélioration au niveau de l'accueil des urgences même si les réorientations sont parfois complexes .....	36
2.4.3 Ressenti des professionnels des urgences à travailler en lien avec une structure privée .....	37

2.5 Un accueil favorable des patients et une réponse à un besoin de santé du territoire.....	40
3 Les recommandations d'améliorations du dispositif de CSNP .....	45
3.1 Recommandations d'améliorations du dispositif de suivi .....	45
3.2 Les recommandations d'améliorations que doivent développer en lien le CHIAP et le CSNP .....	47
3.3 Les recommandations d'améliorations que doit mettre en œuvre le CSNP .....	49
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CHD : Centre Hospitalier Départemental
- CHIAP : Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis
- CME : Commission médicale de l'établissement
- CSNP : Centre de soins non programmés
- DAF : Direction des affaires financières
- GCS : Groupement de coopération sanitaire
- IDEL : Infirmier diplômé d'Etat Libéral
- IOA : infirmières d'orientation et d'accueil
- INS : Identifiant national de santé
- IPA : Infirmière de pratique avancée
- MMG : Maison médicale de garde
- MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
- RUV : réanimation des urgences vitales
- SAU : Service d'accueil des urgences
- SSR : Soins de suite et de réadaptation



## Introduction

Le service des urgences d'Aix-en-Provence a été inauguré en 1981 et était initialement conçu pour 80 patients par jour. En 2019 la moyenne journalière de passages était de 130 patients et de 115 patients en 2022. Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis (CHIAP) couvre un bassin de population de 395 000 habitants. Pour cela l'établissement dispose de 944 lits et d'un budget de 270 M€.

L'augmentation du nombre de passages entraîne des difficultés croissantes pour la prise en charge des patients. Le mémoire de Louise Guerner (Guerner 2021) regroupe en trois catégories les problématiques du service d'urgences d'Aix issues du diagnostic établi en janvier 2021 par le Directeur général, le Président de la CME et la Cheffe du Pôle des urgences. Ces catégories sont : la structuration de l'équipe médicale et son attractivité, les problématiques organisationnelles, les problématiques institutionnelles.

Ainsi, un plan de refonte des urgences a été développé à partir de 2020. Il prévoit des projets structurants, des améliorations organisationnelles au sein du service des urgences et en lien avec les étages.

Concernant les améliorations organisationnelles, un plan d'aménagement des urgences est en cours et des travaux de modernisation sont prévus afin de permettre une meilleure adéquation des locaux aux besoins des professionnels de santé et des attentes des patients. La zone d'accueil du service ainsi que la zone dédiée à l'IPA sont opérationnelles depuis février 2023. Les travaux architecturaux vont se poursuivre jusqu'en 2024.

En outre, des mesures ont été prises pour fluidifier l'accès à des lits d'aval, mais la problématique du manque de lits disponibles reste très prégnante. Néanmoins, un thésaurus de placement des patients a été finalisé au printemps 2022. Une cellule d'ordonnancement a été créée en 2020 ainsi qu'une commission des séjours complexes. Enfin, un programme « 0 passage de + 75 ans aux Urgences » est développé. Ce programme vise à éviter le passage aux Urgences des seniors en favorisant l'orientation grâce notamment à une hotline gériatrique, ainsi qu'une astreinte infirmière gériatrique pour les EHPAD afin d'orienter en amont les patients vers une hospitalisation directe ou alors les laisser à domicile.

Pour favoriser l'attractivité paramédicale et permettre une concordance avec les temps médicaux, le service des urgences a adopté une organisation de travail en 12h.

Il y a ensuite eu la définition de deux projets structurants, l'ouverture d'un service de réanimation des urgences vitales (RUV) et l'ouverture d'un Centre de Soins Non Programmés (CSNP).

Le projet de RUV doit permettre de répondre à la problématique des urgences vitales intra-hospitalières. En effet, compte tenu de la tension sur les effectifs médicaux, le service des urgences rencontrait des difficultés pour libérer un urgentiste en dehors du service en même temps que la prise en charge des déchocages au sein des urgences. Depuis août 2021, cette équipe mobile 24/24 h se compose d'un médecin réanimateur et d'une infirmière.

L'ouverture du CSNP afin de prendre en charge la filière courte est récente et date de janvier 2023. Les CSNP sont des structures composées de médecins et de paramédicaux qui prennent en charge sans rendez-vous des demandes de soins dont la définition répond à celle des soins non programmés évoqués dans le rapport Mesnier de 2018 (Mesnier 2018). Ils sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Les CSNP sont ouverts en journée sur la même plage horaire que les cabinets médicaux. Ces structures s'inscrivent dans le cadre du pacte de refondation des Urgences présenté par le Ministre de la Santé et des Solidarités en septembre 2019. Ce pacte fixe l'objectif de réduire de 10% les passages au sein des services d'accueil des Urgences. La mesure 3 du pacte, « Donner à la médecine de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences, » se concentre plus particulièrement sur l'articulation entre la médecine libérale et les urgences. L'objectif de cette structure est donc de réguler l'amont des urgences afin de limiter les flux entrants et recentrer les urgences sur leurs cœurs de métier. En effet, dès 1993, le rapport Steg (Steg 1993) établissait le constat d'un « grand déséquilibre » entre le faible taux d'urgences majeures et le grand nombre d'urgences mineures. Cette tendance s'est confirmée et s'est même accentuée comme le révèlent par la suite les rapports Graal (Graal 2015) et Mesnier (Mesnier 2018). Au-delà de l'intérêt pour le patient et le service des urgences, le nouveau modèle de financement des urgences incite à cette recentralisation du rôle des urgences. Le modèle choisi est innovant puisqu'il s'agit d'une entreprise privée, Urgences-Med, en lien avec la CPTS Aix-Sainte Victoire qui assure les soins au sein du CSNP. La CPTS a

participé au choix du prestataire, et a rédigé une charte de fonctionnement. Elle compte plus de 100 adhérents et a conventionné avec certains établissements. Le centre est situé dans l'enceinte de l'hôpital et à proximité directe des urgences. Ce modèle de coopération est peu répandu et nécessite de lever certains points de blocage lors de l'élaboration du dispositif. Des éléments de suivi doivent être développés afin de contrôler l'efficacité du dispositif et faire remonter les difficultés éventuelles. À la lumière des premiers mois de fonctionnement, des perspectives d'améliorations peuvent être mises en exergue.

Dès lors, au regard de l'expérience du Centre Hospitalier Intercommunal d'Aix-Pertuis, comment mettre en œuvre un CSNP privé dans l'enceinte de l'hôpital et quel est son impact sur la structure hospitalière en général et le service des urgences en particulier ?

Le présent mémoire s'attache à montrer la spécificité du modèle de CSNP développé par le CHIAP et retrace sa mise en œuvre (1) avant de dresser un premier bilan de l'impact de ce centre sur la structure hospitalière et la prise en charge des patients (2) et enfin de proposer des pistes d'amélioration que cela soit au niveau du dispositif de suivi ou du fonctionnement du CSNP en lien avec l'hôpital (3).



# **1 Le CSNP d'Aix-en-Provence un modèle innovant en France dont il a fallu trouver les solutions de réalisation**

## **1.1 Benchmark des solutions existantes et les différences avec le CSNP d'Aix**

### **1.1.1 Les CSNP un outil différent des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des maisons de santé, et des Maisons Médicales de Garde (MMG)**

Plusieurs dispositifs co-existent, mais ils n'ont pas la même utilité et sont complémentaires. Il convient avant toute chose d'en préciser les contours afin de ne pas porter à confusion.

Les CSNP sont des structures composées de médecins et de paramédicaux qui prennent en charge sans rendez-vous des demandes de soins dont la définition répond à celle des soins non programmés évoqués dans le rapport Mesnier de 2018 (Mesnier 2018). Ils sont entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Globalement, les CSNP prennent en charge des patients qui devraient relever de la médecine de ville dont la gravité est évaluée en CCMU 1 ou 2.

Les CSNP sont ouverts en journée sur la même plage horaire que les cabinets médicaux. Ils n'ont pas vocation à être ouverts sur les horaires de la permanence des soins, mais leur structure souple ne leur interdit pas de le faire.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des structures libérales de soins de proximité qui regroupent des professionnels de santé médicaux, notamment des médecins généralistes, et des paramédicaux comme des infirmiers, des kinésithérapeutes, des psychologues ou des orthophonistes. À la différence des CSNP elles disposent d'une patientèle même si, généralement, elles doivent prévoir un créneau pour prendre en charge les soins non programmés.

Les centres de santé sont issus d'un autre dispositif qui est largement développé pour pallier le manque de ressources médicales sur un territoire. Ce sont des structures de

premier et second recours. Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, 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<sup>1</sup>. Leur particularité est que les professionnels qui y exercent sont des salariés<sup>2</sup>.

Les maisons médicales de garde sont quant à elles des outils de permanence des soins. Elles sont définies dans le rapport Graal de 2006 comme « le lieu fixe identifié de prestation de médecine générale, fonctionnant aux heures de la permanence des soins comme un cabinet libéral » (Graal 2006). Ainsi, les MMG fonctionnent la nuit et le week-end afin d'assurer une continuité des soins de ville lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Le CHIAP a ainsi fait le choix de développer un CSNP, car l'analyse de ses besoins conduisait à la nécessité de faire baisser le nombre de passages journaliers aux urgences afin de soulager une équipe médicale en sous effectif. L'activité est principalement réalisée en dehors des horaires de permanence des soins. C'est pour cela qu'il a été décidé de la création d'un CSNP ouvert toute l'année 7j/7 de 9h à 22h.

Néanmoins, il n'existe pas un montage juridique type pour les CSNP. Plusieurs montages sont possibles, la typologie suivante permet d'en dresser le panorama.

### **1.1.2 CSNP Public**

Les CSNP peuvent être de nature publique. C'est-à-dire qu'aucune activité libérale n'y est réalisée.

Le CSNP de la Roche-sur-Yon en est un exemple. Cette structure a été créée afin de diminuer le nombre de passages aux urgences du site de la Roche-sur-Yon du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Vendée. Le centre a ouvert en janvier 2022 sur le site de l'hôpital puisqu'il prend place dans les locaux de la MMG qui se situe dans l'hôpital. Les horaires d'ouverture sont restreints, de 14h à 18h30 du lundi au vendredi. Pour accéder au CSNP, il faut au préalable passer par la régulation du 116 117.

Le CHD Vendée met à disposition des locaux (cabinet médical, salle d'attente et secrétariat) ainsi que le matériel médical nécessaire à l'activité. Il fournit également le

---

<sup>1</sup> Article L6323-1-3 CSP.

<sup>2</sup> Article L6323-1-5 CSP.

personnel paramédical et administratif (agent d'accueil et facturation, assistante médico-administrative). La CPTS de Vendée assure le recensement et l'engagement des médecins généralistes qui souhaitent participer à l'activité du CSNP. C'est la CPTS qui gère les plannings et les absences. En revanche, les médecins sont salariés de l'hôpital. C'est pour cela qu'il s'agit d'un CSNP public. Les tarifs pratiqués sont ceux du secteur 1.

Afin de financer ce dispositif, le CHD Vendée bénéficie de subvention de l'ARS et du département<sup>3</sup>.

Si le CSNP public de la Roche-sur-Yon a été créé pour faire face à l'engorgement des urgences, un autre mouvement est également responsable de la création de nombreux CSNP. En effet, compte tenu de la difficulté d'attirer des ressources médicales et des contraintes budgétaires, certains services d'urgences sont transformés en CSNP (Moura 2019). C'est notamment le cas du Centre Hospitalier d'Aunay-sur-Odon dont le service des urgences a fermé et a été remplacé par un CSNP. Il fonctionne de 8h à 20h 7j/7 (Mesnier 2018). C'est l'ancien personnel des urgences qui exerce aujourd'hui dans le CSNP. La transformation du service des urgences en CSNP a entraîné une baisse de l'effectif non médical et médical nécessaire au fonctionnement.

### **1.1.3 CSNP avec des libéraux : l'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Tropez**

Certains établissements publics de santé ont fait le choix d'un modèle hybride en ne réalisant pas des CSNP avec uniquement du personnel hospitalier, mais en faisant appel à la médecine libérale. Le CSNP du CH de Saint-Tropez est à ce titre un modèle atypique puisqu'il associe des professionnels de santé libéraux au sein de l'hôpital et fournit les locaux et le secrétariat.

Il a été inauguré à l'été 2022 pour faire face à un accroissement de la demande de soins. Ce dispositif est opérationnel du 15 juin au 15 septembre, 7 jours sur 7 de 10h à 22h. Ce CSNP a été développé dans un contexte de fortes tensions sur les ressources humaines, médicales et non-médicales du CH de Saint-Tropez.

La forme juridique du partenariat est une occupation temporaire du domaine public du CH de Saint-Tropez et une collaboration avec la CPTS du Golfe de St Tropez. L'hôpital met à

---

<sup>3</sup> ARS pays de la Loire

disposition gratuitement les locaux nécessaires pour que le CSNP puisse fonctionner. L'entrée des patients se fait par la même porte que les urgences et ils patientent dans la même salle d'attente. Un déménagement au niveau des consultations externes est prévu pour l'été 2023.

L'effectif se compose d'une secrétaire, d'un médecin et d'une infirmière. La secrétaire est mise à disposition et rémunérée par l'hôpital. Le personnel infirmier est fourni par la CPTS et le planning est géré par le coordonnateur de la CPTS. L'hôpital de Saint-Tropez rémunère la CPTS à qui il incombe la charge de rétribuer la rémunération aux IDEL. Les IDEL sont rémunérés à l'heure sur un tarif avantageux afin d'attirer des infirmiers libéraux. Le planning des médecins libéraux est également géré par la CPTS, mais ils sont rémunérés à l'acte. L'ARS avait accordé une aide pour faire face aux dépenses de personnels de secrétariat et paramédicales au CH de Saint-Tropez.

Une convention a été établie avec la CPTS afin de définir les conditions et les modalités de mise à disposition temporaire de locaux permettant à la CPTS d'organiser l'intervention d'infirmiers diplômés d'État libéraux de participer, sous la responsabilité d'un médecin, à une consultation médicale libérale dans le CSNP indépendante du CH de Saint-Tropez. Une convention bi-partite a également été signée entre le CH de Saint-Tropez et chaque médecin intervenant dans le cadre du CSNP.

Il est logique d'intégrer les CPTS au sein des structures de soins non programmés. Ce choix a également été réalisé pour le CSNP d'Aix-en-Provence. En effet, elles sont définies par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et par le Plan national « Ma santé 2022 ». Elles sont composées de tous les acteurs de santé de ville et des établissements sanitaires et médico-sociaux souhaitant se réunir autour d'un projet de santé afin de mieux organiser la réponse aux besoins de santé d'un territoire et concourir au décloisonnement de ses acteurs. L'une de leurs missions principales est d'organiser les soins non programmés sur le territoire.

Le CSNP a permis de prendre en charge 4028 patients durant l'été 2022. La fréquentation des urgences a baissé de 36% soit de 2865 passages par rapport à 2021. Ce dispositif semble donc avoir atteint ses objectifs, mais il est relativement coûteux pour la structure hospitalière si aucune aide de l'ARS n'avait été accordée.

#### **1.1.4 CSNP privé hors contexte hospitalier**

Des sociétés privées ont investi le champ des CSNP. Si parfois ces structures peuvent s'associer à des Centres Hospitaliers comme cela est le cas à Aix, cette configuration reste rare. Ces centres collaborent néanmoins avec les services d'urgences, mais peuvent aussi se rapprocher de cliniques privées ou de professionnels de santé libéraux.

La société UrgenceMed, qui a été retenue à Aix pour le CSNP possède douze centres en France. Certains sont implantés en centre-ville, non adossés à d'autres structures de soins comme cela est le cas pour les CSNP à Marseille. Cependant les CSNP travaillent en réseau afin d'avoir accès à l'imagerie, aux analyses biologiques, à des avis de spécialistes et pouvoir en cas d'urgence vitale orienter rapidement un patient vers un service d'urgences.

À Martigues, la société collabore avec une clinique privée et a implanté un CSNP au sein même de celle-ci.

À Bordeaux, c'est au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle que la société a ouvert son CSNP.

Ainsi plusieurs modèles de collaboration existent, celui avec un établissement public de santé est minoritaire. Le principe d'UrgenceMed est une ouverture de ses centres 7j/7 de 9h à 22h.

#### **1.1.5 CSNP privé au sein de l'hôpital : l'exemple d'Aix-en-Provence**

Le CSNP du CHIAP est particulier et novateur puisqu'il associe au sein même de l'hôpital, une entreprise privée pour exécuter les soins non programmés et ainsi déléguer la filière courte de ses urgences. À ce partenaire privé est également associée la CPTS Aix-Sainte Victoire. Le montage juridique sera explicité dans la partie 1.2. Cette partie est consacrée à l'organisation du CSNP du CHIAP et les différences avec les autres modèles évoqués.

Le CSNP se situe en face de l'entrée des urgences au sein du pavillon des Tamaris<sup>4</sup> et dispose d'une superficie de 145m<sup>2</sup><sup>5</sup>. Il est ouvert 7j/7 de 9h à 22 h. Il a donc des horaires élargis et travaille sur la permanence des soins le samedi après-midi et dimanche ainsi qu'à partir de 20h.

---

<sup>4</sup> Voir annexe 1

<sup>5</sup> Voir plan annexe 2

Contrairement au CH de Saint-Tropez qui a mis à disposition du personnel administratif, le CSNP d'Aix est autonome et a investi dans une borne d'enregistrement pour effectuer les admissions. Le personnel paramédical est géré par la société UrgencesMed qui s'occupe des plannings, mais contrairement à l'exemple du CH de Saint-Tropez, les infirmiers sont rémunérés en libéral, à l'acte, et non par le CHIAP. Ils doivent reverser une rétrocession fixe par jour à la société UrgenceMed. Le personnel médical est également libéral, ils sont payés aux actes qu'ils réalisent et qu'ils cotent. Ils doivent verser une rétrocession d'un certain pourcentage du chiffre d'affaires de l'activité qu'ils réalisent à la société UrgenceMed. Il y a présent sur site 1 infirmière et 1 médecin sauf le lundi et le samedi où l'effectif médical est doublé. Ainsi, la société s'engage à remplir les plannings afin d'assurer les horaires d'ouverture du CSNP. Cette différence est notable avec le CH de Saint-Tropez qui conventionnait avec chaque médecin intervenant dans son CSNP.

Une fois enregistré sur la borne, le patient est vu par une infirmière d'orientation et d'accueil qui réalise les prises de constantes et recueille des informations complémentaires. Les patients ont ensuite une consultation avec un médecin du centre. En cas de besoin, des protocoles ont été définis entre le CSNP et le CHIAP pour la réalisation d'imagerie, d'examens de biologie ou d'avis de spécialistes. Un protocole de réorientation entre le service des urgences et la CSNP a également été établi. Concernant la biologie, des passages de coursiers ont été mis en œuvre à la charge du CHIAP afin de récupérer les prélèvements au CSNP et les amener jusqu'au laboratoire. Du lundi au vendredi, ce sont 7 courses qui ont lieu, 5 le samedi et 4 les dimanches et jours fériés. De plus, en cas de besoin, des navettes supplémentaires peuvent être demandées. Le CSNP d'Aix-en-Provence se démarque des autres CSNP, car il associe au sein du secteur public une entreprise privée et la CPTS. Cette construction innovante pose des questions de construction juridique qu'il a fallu lever pour permettre la création de ce centre. Ce modèle permet d'éviter les écueils remontés par l'Assurance Maladie dans son rapport de propositions pour 2024. En effet, il y est précisé que les CSNP ne doivent pas se substituer aux médecins traitants et à l'offre de ville installée. Le rôle de la CPTS dans la structure est en ce point essentiel. En outre, elle alerte sur le fait que ces structures ne doivent pas détériorer la capacité de fonctionnement des services d'urgences en recrutant leur personnel, c'est ainsi que l'apport d'UrgenceMed est important.

## **1.2 Les étapes de la mise en œuvre du CSNP et les difficultés rencontrées**

### **1.2.1 Établir un appel à projets concerté en fonction des besoins et amorcer le projet**

Un calendrier initial a été établi afin de mener à bien le projet. Ce calendrier s'établissait de septembre 2021 à avril 2022 pour l'ouverture du centre. L'ouverture réelle aura eu lieu le 3 janvier 2023. Ce retard a été pris après la sélection du candidat c'est-à-dire au moment du conventionnement et des travaux du centre de soins non programmés. En effet, la date de fin de réponse de l'appel à projets était le 21 janvier, ce qui correspond au calendrier initial<sup>6</sup>. Ce retard est principalement dû aux discussions entre cabinets juridiques afin de trouver un modèle de conventionnement.

Le CHIAP a mis à disposition un dossier pour répondre à l'appel à projets qui présente l'établissement.

Il établit le diagnostic de son besoin en précisant le dynamisme des passages aux urgences avec une augmentation de 6,9% de 2014 à 2019 et la zone d'attractivité du service. Ce diagnostic aboutit au constat d'un besoin de prise en charge rapide de soins non programmés sur le territoire distinct du besoin de consultation en médecine générale pour lequel le territoire est bien doté. Il est estimé que 30% des patients du service des Urgences pourraient être réorienté vers le CSNP.

L'appel à projets borne ensuite les cas cliniques que devra traiter le CSNP : « les urgences ressenties ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge dans un service d'accueil des Urgences hospitalier ». Trois types de besoins urgents ont vocation à être traités par le CSNP :

- Un besoin de soins immédiat : ne relevant pas de l'urgence vitale, mais dont les délais de rendez-vous programmés en ville sont inadaptés à son état.
- Un besoin de soins nécessitant des examens complémentaires : des examens de biologie ou d'imagerie sont nécessaires pour poser le diagnostic.
- Un besoin de soins techniques : requis pour certaines plaies ou blessures telles que la pose de plâtre ou des points de suture.

Ce projet de CSNP s'inscrit également dans le cadre de la réforme du financement des urgences. En effet, les services des urgences avec la réforme, sont financés via une dotation

---

<sup>6</sup> L'annexe 3 reprend le calendrier initial

populationnelle pour 50% à 55%, un compartiment qualité pour 2% et des recettes liées à l'activité pour 40% à 45%. Un forfait patient urgences unique a été créé pour un montant de 19,61€ auxquelles peuvent s'ajouter des majorations en fonction de l'âge, la gravité, le mode d'arrivée. Néanmoins, sans hospitalisation à la suite du passage aux urgences, ce forfait n'est pas intéressant. Cette réforme conforte donc le CHIAP dans sa volonté d'externaliser la filière courte vers le CSNP.

L'appel à projets exprime ensuite les engagements du CHIAP qui se décomposent en quatre thèmes. D'abord une description des locaux mis à disposition, ensuite un socle de patients réorientés depuis le service des urgences estimé à 35 patients par jour. Des engagements en termes de partage des ressources sont pris afin de garantir un accès facilité à l'imagerie et à la biologie, d'organiser des filières d'accès direct et des avis de médecins spécialistes et de proposer de l'exercice partagé entre le service des urgences d'Aix et le CSNP. Enfin, la proximité avec le service d'urgences permet en cas de besoin une intervention rapide. Le dernier engagement du CHIAP est la possibilité d'un soutien méthodologique et matériel.

Les attentes vis-à-vis du promoteur libéral se scindent en deux catégories : les attentes générales et les attentes particulières.

Dans les attentes générales, il y a la volonté de coconstruire un modèle juridique souple. Ces modalités sont laissées à la libre appréciation du promoteur. Ainsi, il n'y a pas eu la volonté de la part du CHIAP de limiter la liberté d'initiative des promoteurs dans une solution juridique déjà arrêtée et rigide. Des pistes sont néanmoins évoquées comme la constitution d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyen ou alors un partenariat sous forme conventionnelle avec une convention d'occupation du domaine public et une convention de partenariat.

Une autre attente est celle de la pluridisciplinarité de l'équipe avec des médecins libéraux et des paramédicaux ainsi qu'un secrétariat pour la totalité des heures d'ouverture pour réaliser les tâches administratives et l'accueil du patient. Enfin des engagements en termes d'amplitude horaire (7j/7 de 9h à 22 h) et d'accessibilité tarifaire (tiers payant et secteur 1) sont fixés.

Les attentes individuelles portent sur l'identité du promoteur qui doit être un médecin exerçant une activité libérale et ayant une compétence en petite traumatologie. Des capacités de gestion sont également recherchées afin de permettre le développement du futur centre. Une fiche de poste est ensuite présentée. C'est au promoteur que revient la charge de monter le dossier pour dimensionner le projet. Le recrutement de l'équipe est

également à sa charge. En outre, il doit en collaboration avec les concernés établir les protocoles permettant l'accès à l'imagerie et à la biologie ainsi que les interactions avec le service des urgences et les autres partenaires. Enfin, il aura la charge d'animer et piloter le centre dans son fonctionnement quotidien et ainsi respecter les engagements.

### **1.2.2 La sélection du candidat**

Afin de sélectionner le candidat, un jury a été défini. Il se compose :

- Des représentants de la Direction du CHIAP
- Des représentants du SAU du CHIAP
  - o Chef de service
  - o Chef de pôle
  - o Cadre de santé
- Un représentant de la CME
- Le Président du Conseil de Surveillance ou son représentant
- Un représentant de la Délégation Territoriale 13 de l'ARS PACA
- Le Président de la CPTS Aix Sainte-Victoire ou son représentant

D'abord la réponse écrite du candidat est évaluée puis une audition d'une heure du candidat par le jury est réalisée. La sélection du porteur de projet est réalisée par le Directeur général du CHIAP.

Des critères de notations ont été définis afin de permettre l'évaluation des offres. Ces critères sont de trois ordres. Ils restent assez larges afin de permettre au jury d'avoir des marges d'appréciation sur la candidature.

Le critère le plus important (à hauteur de 60%) est la compréhension et l'adhésion aux attentes du porteur de projet au modèle de CSNP décrit dans l'appel à projets.

L'expérience professionnelle du porteur entre ensuite en compte (pour 30%). Différents critères sont évalués : son expérience en tant que médecin libéral, son expérience au sein d'un service d'accueil des urgences ainsi que dans le montage de structures libérales ou dans la gestion d'équipe.

Enfin, le dernier critère évalué à hauteur de 10% est la connaissance locale du porteur avec sa connaissance de l'offre de soins ambulatoire locale et sa stratégie d'inscription territoriale.

Malgré une publication sur le site du CHIAP et de la CPTS, l'appel à projets n'a permis de recevoir qu'une seule candidature. Cette dernière a quand même été évaluée pour vérifier que le prestataire répondant avait les qualités requises pour le projet.

### **1.2.3 Différentes possibilités de contractualisation juridique pour créer un CSNP**

#### 1.2.3.1 Un CSNP géré par le CHIAP

L'option de gérer directement un CSNP a été écartée par le CHIAP de fait par la procédure d'appel à candidatures afin d'associer un partenaire exerçant de la médecine libérale au CSNP.

Néanmoins, il est nécessaire d'investiguer si cette solution était une option intéressante pour le CHIAP.

Dans cette hypothèse, l'activité du CSNP serait intégralement gérée par le CHIAP. La responsabilité de l'établissement serait engagée puisque le CSNP serait un service de l'hôpital.

Un tel montage juridique permet la participation des médecins hospitaliers au dispositif. Ainsi, les médecins ont une bonne connaissance du fonctionnement hospitalier, ce qui peut favoriser le lien avec le service des urgences. En effet, il est possible d'imaginer que les médecins et le personnel paramédical effectueraient un roulement entre le service des Urgences et le CSNP. Cela favoriserait le lien et éviterait les frictions entre ces services qui doivent être complémentaires.

Un autre avantage de gérer directement un CSNP pour un établissement public de santé est d'avoir le contrôle sur la qualité des soins dispensés, les ressources affectées et la stratégie de développement. En effet, lorsque l'on délègue à un autre opérateur la gestion du CSNP, bien qu'un contrôle existe, il est moins efficace que la gestion directe. De plus, ce contrôle distant nécessite de mobiliser des ressources pour le réaliser et une asymétrie de l'information demeure. En outre, peu importe le statut du CSNP, si comme pour le cas du CSNP d'Aix il se situe sur le site de l'hôpital, les usagers l'associent à l'établissement de santé. Cela peut donc jouer sur la réputation de l'hôpital.

Néanmoins, une gestion directe d'un CSNP par un hôpital pose des difficultés. Tout d'abord, comme n'importe quel projet, il est le garant de l'équilibre économique de la nouvelle structure. Si le CSNP ne fonctionne pas, c'est l'ensemble de l'établissement qui est pénalisé, l'établissement étant le seul à supporter le risque. L'inconvénient principal est la nécessité de trouver des ressources humaines pour assurer le fonctionnement du centre. En effet, pour le CHIAP, mais cette remarque est valable dans de nombreux hôpitaux du territoire compte tenu des tensions actuelles sur les ressources médicales et paramédicales en particulier dans la médecine d'urgence ; l'ouverture d'un CSNP doit répondre à la problématique d'un service d'Urgences en difficulté notamment du fait du manque de praticiens et de paramédicaux. Accroître le besoin en ressources n'apparaît donc pas être une solution souhaitable, ce qui explique le choix du CHIAP de chercher une collaboration pour ouvrir le CSNP.

#### 1.2.3.2 Créer un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) afin d'ouvrir un CSNP

Le code de la santé publique dispose dans son article L 6133-1 que les GCS de moyens peuvent avoir pour objet de permettre des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement.

Dans son appel à projets, le CHIAP proposait ce type de montage juridique. La mise en œuvre d'un GCS permet d'avoir une instance de dialogue où sont associés représentants des libéraux et représentants du CHIAP pour définir le projet de la structure, son développement et assurer son suivi. La répartition des voix au sein du GCS est issue de la convention constitutive négociée entre les différentes parties. L'hôpital peut aussi bien être majoritaire que minoritaire. Cette structure permet un partage des risques, notamment économique. Les règles de solidarités économiques sont également définies par la convention constitutive. Le GCS peut être de nature publique ou privée, dans le cas où les membres sont à la fois privés et publics, c'est la convention constitutive qui le détermine<sup>7</sup>. Le GCS permet également de mettre à disposition facilement des agents du CHIAP à destination du CSNP.

Néanmoins, la mise en œuvre d'un GCS est en réalité complexe. Cette structure est peu agile, ce qui peut désinciter un partenaire privé à s'engager dans cette démarche.

---

<sup>7</sup> Art L6133-3 CSP.

Bien que proposée dans l'appel à projets, cette solution n'a pas été retenue pour créer le CSNP d'Aix-en-Provence.

### 1.2.3.3 Le choix et la mise en œuvre du montage juridique retenu

Dans son appel à projets, le CHIAP proposait deux modèles de collaborations tout en précisant que tout modèle de collaborations pouvait être imaginé. Il proposait un GCS ou alors un conventionnement, avec une convention d'occupation et une convention de partenariat. C'est cette dernière solution qui a été proposée par UrgenceMed lors de leur réponse à l'appel à projets.

#### *1.2.3.1.1 La convention d'occupation temporaire du domaine public*

La convention d'occupation temporaire du domaine public a été signée le 14 décembre 2022 entre le CHIAP et UrgenceMed. Elle comprend 21 articles. Son objectif est de définir les conditions dans lesquelles l'occupant (UrgenceMed) est autorisé sous le régime des occupations temporaires du domaine public à occuper à titre précaire et révocable les locaux mis à sa disposition. La convention est conclue conformément aux dispositions prévues par le code général de la propriété des personnes publiques et du CSP.

Elle détermine les locaux mis à disposition (145m<sup>2</sup> dans le pavillon des Tamaris) ainsi que deux places de parking. Elle décrit également les éléments mis à disposition : le système de sécurité incendie, le réseau d'air et de vide, le réseau électrique qui restent sous la responsabilité du CHIAP.

L'occupant doit également s'engager à ne pas faire obstacle au bon fonctionnement du centre hospitalier compte tenu de sa situation géographique sur le site hospitalier.

La convention d'occupation précise les horaires d'ouverture (9h à 22h) ainsi que l'amplitude d'ouverture (365 jours par an).

Le régime des travaux et de l'entretien est défini. En dehors des travaux de maintenance courante, un accord préalable écrit du CHIAP est nécessaire pour engager des travaux.

En cas de besoin, l'occupant peut solliciter les services techniques du CHIAP pour le second œuvre avec des tarifs définis.

Au niveau des systèmes d'information et de la téléphonie, 2 à 3 postes téléphoniques fixes pour un accès aux numéros abrégés du CHIAP ont été prévus ainsi qu'un accès au portail d'imagerie du GHT 13 pour les patients du CSNP.

Des conventions de sous occupations à des professionnels de santé libéraux peuvent être conclues, mais après accord préalable du CHIAP. UrgenceMed demeure le seul responsable des éventuels désordres ou manquements à ses obligations. D'une manière générale, l'occupant fait son affaire des risques et litiges liés aux travaux, prend les précautions nécessaires pour ne pas nuire à la bonne tenue de l'immeuble, est le seul responsable vis-à-vis des tiers des accidents, dégâts, dommages et nuisances résultant des travaux ou de l'exploitation des locaux.

À cet effet, l'occupant doit souscrire une assurance dommages de biens ainsi qu'une de responsabilité civile.

L'article 11 de la convention fixe ensuite la durée de conventionnement à 4 ans à compter du 15 novembre 2022 avec une possibilité de reconduction expresse de 3 ans sur décision du CHIAP dans la limite d'une durée de 10 ans.

En contrepartie de l'occupation des locaux du CHIAP, UrgenceMed verse une redevance à l'établissement.

Des modes de résiliations sont prévues : soit à l'initiative d'une des deux parties, pour motif d'intérêt général ou en cas de résiliation aux torts exclusifs de l'occupant.

À l'issue de la convention d'occupation, l'occupant s'engage à rendre les locaux en bon état d'entretien. Les travaux dans les locaux ainsi que les installations à caractère immobilier réalisé sur la base d'un tableau d'amortissement seront maintenus par le CHIAP et deviendront sa propriété. L'occupant peut prétendre à des indemnités si au terme de la convention les travaux ou installations n'ont pas été totalement amortis.

L'occupant s'acquitte de tous les impôts et taxes habituellement à la charge des occupants de locaux.

#### *1.2.3.1.2 La convention-cadre activité*

Au contraire de la convention d'occupation qui n'a été signée qu'entre le CHIAP et UrgenceMed, la convention-cadre d'activité intègre un partenaire supplémentaire qu'est la CPTS Aix-Sainte Victoire. La convention-cadre a été signée le même jour que la convention d'occupation du domaine public et prendra fin en même temps que celle-ci.

L'objectif de la convention-cadre d'activité est d'engager les parties sur des principes directeurs, notamment en matière éthique. Des protocoles de coopération sont ensuite travaillés entre les différentes parties afin de fluidifier le parcours du patient.

Le CHIAP s'engage à favoriser la réorientation des patients relevant de la médecine générale conformément à la politique nationale concernant l'évolution de la prise en charge des soins non programmés. Un protocole de coopération détaille les cas réorientables vers le CSNP et précise les critères d'exclusion. Ce sont des cas de médecine ambulatoire et lorsque le pronostic vital n'est pas engagé. Des accès facilités aux consultations de spécialistes, au service d'imagerie et à la biologie sont prévus. Les protocoles détaillent le fonctionnement adopté.

La convention-cadre d'activité détermine également le tarif opposable aux patients qui doit être de secteur 1. Cette mesure vise à garantir l'accessibilité des soins pour tous les patients, indépendamment de leur situation financière. De plus, cela permet de ne pas créer d'effet désincitatif à la réorientation pour favoriser l'acceptation des patients.

Elle insiste également sur le respect des obligations déontologiques applicables aux professionnels de santé, en particulier l'obligation d'assurer à tous les patients, sans aucune discrimination de quelque nature que ce soit, les meilleurs soins possibles délivrés conformément aux connaissances médicales avérées, dans un environnement respectant les règles de sécurité, de qualité des prestations et de continuité des soins, en garantissant les principes de libre choix du patient.

En outre, la convention-cadre prévoit le règlement des litiges devant le tribunal administratif de Marseille.

Enfin, un comité de suivi est instauré avec une fréquence de réunions tous les six mois. Cela permet de s'assurer que les principes directeurs sont respectés et que la collaboration entre les parties se déroule de manière satisfaisante. Des mesures correctrices pourront être engagées grâce à ces comités de suivi.

Ainsi, par ce montage juridique, le CHIAP se prémunit du risque économique de l'ouverture de ce service. En effet, seul le prestataire privé est responsable de son activité et doit payer un loyer au CHIAP. Il permet également de ne pas fragiliser les ressources humaines du CHIAP tout en externalisant la gestion de la filière courte du service des urgences. Des conditions éthiques ont également été définies afin de maintenir un niveau élevé de qualité des soins et de respect des patients.

## **2 Le CSNP a permis de diminuer le nombre de passages aux urgences mais le ressenti des professionnels de santé de ce service est mitigé, au contraire de celui positif des patients du CSNP**

### **2.1 Mise en œuvre du suivi et de l'évaluation du CSNP**

Une fois le CSNP inauguré et l'activité lancée, il est important de suivre et d'évaluer le dispositif. Ainsi, une phase de construction du suivi et de l'évaluation a été nécessaire. L'objectif est de mettre en place un dispositif de suivi au long cours du projet et d'évaluation de ses bénéfices au regard des objectifs attendus (pertinence médicale des passages aux urgences, baisse du nombre de passages aux urgences, recours au plateau technique du CHIAP etc...). La convention cadre d'activité prévoit la base du dispositif de suivi avec les comités de suivi qui doivent avoir lieu tous les 6 mois. Un premier comité de suivi a eu lieu en mai 2023 afin de réaliser un premier bilan après 4 mois de fonctionnement pour pouvoir apporter rapidement les premiers réajustements nécessaires. Ainsi, dans la perspective de la mise en œuvre de ce dispositif de suivi, il a fallu au préalable définir des indicateurs de suivi avant d'organiser le comité de suivi. Enfin, des mécanismes de réajustement par des circuits non formalisés sont apparus.

#### **2.1.1 Collecte de la donnée afin de permettre le suivi**

Afin d'organiser le dispositif de suivi, il a fallu collecter des données. Pour cela, des indicateurs qui sont pertinents, fiables ont été créés. La contrainte de pouvoir les obtenir facilement a été prise en compte. En effet, il a fallu créer les indicateurs à partir de données qui étaient déjà collectées auparavant.

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs suivis, le responsable de la production de l'indicateur et l'intérêt de collecter cet indicateur.

Indicateurs	Responsable de la production de l'indicateur	Intérêt de l'indicateur
Nombre de passages aux urgences/J	Pôle des urgences	Cet indicateur permet de suivre l'évolution quantitative du nombre de passages aux urgences avant et après l'instauration du CSNP. Si le CSNP remplit son objectif, cet indicateur devrait diminuer.
Nombre de passage au CSNP/J	CSNP	Cet indicateur permet de suivre l'évolution quantitative de la file active du CSNP et de le comparer à l'évolution du volume des passages aux urgences.
Nombre de passages pédiatriques aux urgences pédiatriques et aux urgences adultes	Pôle urgences et pôle femmes-enfants	Cet indicateur permet de suivre si l' CSNP a un impact sur la filière pédiatrique.
Nombres de passages pédiatriques au CSNP	CSNP	Cet indicateur permet de suivre l'évolution quantitative des passages pédiatriques au CSNP et ainsi observer si il y a un report de la filière pédiatrique.
Fiches d'évènement indésirable concernant le CSNP	Service qualité	La collecte du nombre de FEI concernant le CSNP montre la fluidité et la qualité des soins réalisés par le CSNP en lien avec les services du CHIAP. Une analyse de ces FEI permet de mettre en exergue les points d'amélioration.
Taux de réclamation patients concernant les urgences	Service qualité	Cet indicateur permet d'évaluer la qualité des soins ressentie par les usagers des urgences. Si le CSNP permet de baisser le nombre de patients aux urgences, est-ce que les patients qui demeurent ont un meilleur ressenti de la qualité de leur prise en charge aux urgences. Pour cela il faut comparer le taux de réclamations des patients par rapport aux années précédentes.
Réclamations des patients concernant le CSNP adressées au CHIAP	Service qualité	Le CSNP étant sur le site même que l'hôpital d'Aix des confusions peuvent avoir lieu entre ce qui relève de l'hôpital et ce qui relève d'autres prestataires. Ainsi, des patients peuvent adresser aux CHIAP des réclamations qui concernent le CSNP. Ainsi, l'analyse de ces réclamations permet de mettre en exergues les améliorations dans la prise en charge du CSNP nécessaires.
Réclamations des patients concernant le CSNP mais	Service qualité	Les patients peuvent être pris en charge à la fois par le CSNP et le CHIAP (biologie,

également le CHIAP		imagerie, avis spécialistes). L'étude des réclamations patients en lien avec le CSNP permet de mettre en œuvre des améliorations dans la fluidité des parcours.
Évolution des demandes de prestations du CSNP à destination du CHIAP ( imagerie, laboratoire, avis de spécialiste, interventions techniques)	Contrôle de gestion	La convention cadre d'activité prévoit un accès facilité pour le CSNP au plateau d'imagerie, au laboratoire et aux avis de spécialistes. Elle prévoit également un tarif pour les interventions du service technique. Ce suivi permet de voir l'évolution des demandes de prestation et de mettre en place un suivi budgétaire.
Évolution du taux d'hospitalisation des patients aux urgences	Pôle des Urgences	Cet indicateur permet de mesurer l'évolution de la gravité des patients qui se présentent aux urgences. En effet, le CSNP permet de diminuer la filière courte, le taux d'hospitalisation du service des urgences doit augmenter.
Taux de fiches de renseignements incomplètes en provenance du CSNP	DAF	Afin de réaliser les prises en charge, un certain nombre d'indications et de documents sont nécessaires afin de garantir l'identitovigilance lors des demandes de prestations d'imagerie ou de biologie. Afin de qualifier l'INS la carte nationale d'identité du patient est nécessaire. De plus, ces fiches incomplètes peuvent entraîner des défauts de valorisation de l'activité. Ainsi, le suivi de la complétude de ces fiches est important.
Taux et nombre de réorientations des patients des urgences à destination du CSNP	Pôle des Urgences	Cet indicateur permet de suivre le volume de patient réorienté. Une augmentation de ce nombre montre une bonne fluidité dans les protocoles de coopération. Cela permet aussi d'objectiver une partie du volume de patient qui aurait été pris en charge au sein du service des urgences si le CSNP n'existait pas.
Taux de réorientation du CSNP vers les Urgences	CSNP	Cet indicateur permet de mesurer le flux de patient réorienté vers les urgences pour diverses raisons ( gravité, horaires, disponibilité des médecins...). Néanmoins, UrgenceMed ne trace pas ces réorientations, il n'est donc pas possible, à date, d'obtenir cet indicateur.
Taux de CCMU 1 et 2 aux urgences	Pôle urgences	Cet indicateur permet de comparer l'évolution de la gravité des patients présents aux urgences. Le CSNP a été créé pour absorber la

		filière courte qui se compose de ces CCMU 1 et 2. Le taux de CCMU 1 et 2 devrait donc normalement baisser sous l'effet de l'ouverture du CSNP.
Taux de patients avec imagerie ou biologie issus du CSNP qui revient pour une consultation spécialisée	DAF	Les patients qui réalisent une imagerie ou une biologie ont souvent besoin d'une consultation spécialisée en complément. Grâce à l'IPP créé lors de la prestation d'imagerie ou de laboratoire, il est possible d'observer s'ils sont revenus consultés au CHIAP. Cet indicateur peut être un élément pour approcher le taux de fuite.
Évolution du taux de patient pédiatrique aux urgences	Pôle urgences	Cet indicateur permet de suivre l'impact du CSNP sur la filière pédiatrique. En effet, les protocoles de coopération leur délèguent certains cas de prise en charge, il s'agit de suivre si l'impact du CSNP est significatif.
Nombre de patients amenés par les pompiers au CSNP	CSNP	La borne d'admission du CSNP permet d'obtenir cet indicateur puisque les patients doivent désigner leur mode d'arrivée. Néanmoins la fiabilité de cet indicateur est limitée puisque tous les patients ne s'enregistrent pas de manière consciencieuse et pensent gagner du temps en mentant sur leur mode d'acheminement. Cet indicateur permet tout de même de mesurer le mauvais usage des transports sanitaires.

En sus de cette collecte d'indicateurs, un questionnaire de satisfaction à destination des patients du CSNP a été formalisé<sup>8</sup>. Ce questionnaire interroge les patients sur l'ensemble de leur prise en charge et notamment la fluidité de leurs parcours s'ils ont réalisé des actes d'imagerie ou de biologie. Il questionne également les patients pour connaître les motivations de leur venue au CSNP (pas de médecin traitant, ou serait-il allé si le CSNP n'avait pas existé ...) afin de voir l'impact qu'a le CSNP sur le flux potentiel du service des urgences.

### 2.1.2 Définition du comité de suivi

Afin d'échanger sur ces différents indicateurs, mais aussi recueillir les informations de terrain des professionnels, un comité de suivi est instauré. Il doit permettre d'établir un diagnostic qui engendrera si nécessaire des mesures correctrices. La convention cadre

<sup>8</sup> Méthode du questionnaire décrite dans la partie 2.5

d'activité prévoit que ces comités de suivi doivent se tenir tous les six mois sur la base d'un ordre du jour défini à l'avance d'un commun accord.

Les membres qui composent ce comité de suivi sont définies de manière large par la convention cadre comme étant les représentants des signataires de la convention.

La convention prévoit également la possibilité d'inviter l'ARS, car elle a joué un rôle important dans la création du CSNP. La convention prévoit également qu'il est possible d'associer les professionnels exerçant au sein du CSNP. Néanmoins, pour créer le comité de suivi, il a fallu lister les membres dont la présence était requise. La mairie ayant soutenu le projet, un représentant de la ville a également été convié alors que cela n'était pas expressément prévu par la convention. De plus, le représentant de la ville siège également au conseil de surveillance de l'hôpital.

Au niveau du CHIAP, différents professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs ont été sollicités pour participer au CSNP.

Au niveau administratif ont été invités : le directeur général, la direction des projets, car c'est cette direction qui est en charge du suivi du CSNP, un représentant de la direction des affaires financières. Pour le premier comité de suivi, un représentant du service informatique a été invité compte tenu de question en lien avec le numérique à l'ordre du jour du comité. Ainsi, les membres du comité de suivi ne sont pas figés et ont vocation à évoluer aux fils des ordres du jour afin d'apporter une réponse pertinente aux différents sujets évoqués.

Au niveau du personnel médical et paramédical ont été invités la cheffe du pôle des urgences, le chef de service des urgences ainsi que les cadres du service, un représentant pour le pôle biologie, un représentant pour le pôle imagerie, ainsi qu'un représentant pour le pôle chirurgie et un pour le pôle cardiologie. Ces représentants de services ou pôles ont été sélectionnés, car ils ont de nombreuses interactions avec le CSNP.

Évidemment, une délégation de la CPTS ainsi qu'une d'Urgence Med est présente aux comités de suivi.

### **2.1.3 Les ajustements en lien avec la direction des projets**

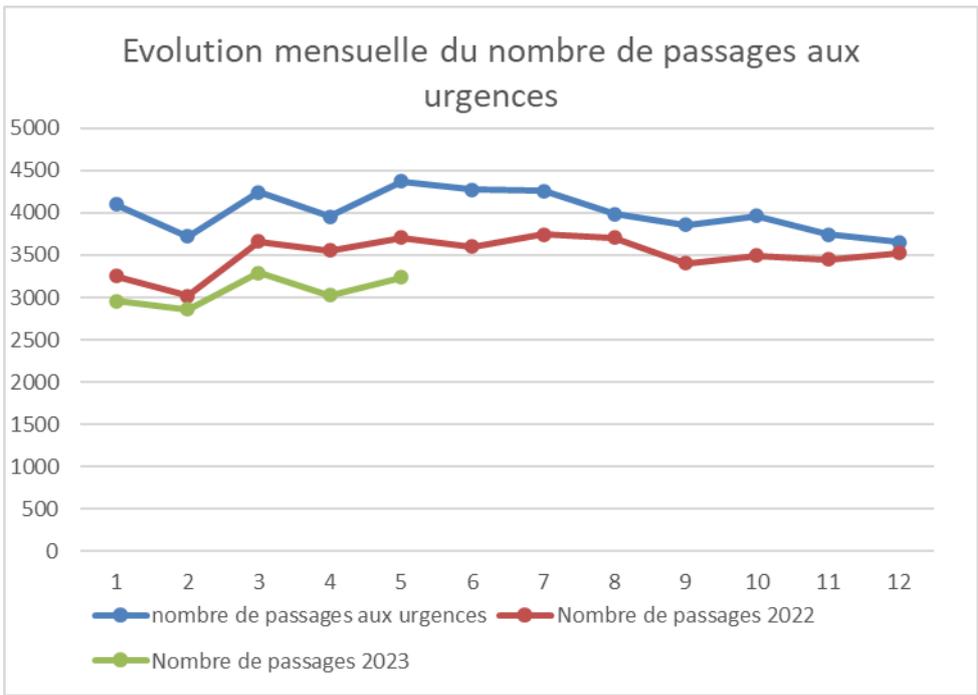
Si les comités de suivi, prévu tous les 6 mois sont le point central du dispositif de suivi et d'évaluation avec les indicateurs en appui, le fonctionnement du CSNP nécessite des réajustements plus réguliers que ce que permettent les comités de suivi. Cela est encore plus marqué au moment du lancement du dispositif. C'est pour cela que le premier comité

de suivi s'est tenu début mai, soit tout juste cinq mois après l'ouverture du centre. Néanmoins, un certain nombre de points de réajustement ont été discutés lors des premiers mois de fonctionnements. Le CSNP ou les services du CHIAP s'écrivent parfois directement puis transmettent à la direction des projets pour information. Parfois, le CSNP ou les services du CHIAP écrivent à la direction des projets pour leur faire part d'une difficulté qu'il rencontre. Cela permet d'apporter des améliorations et de fluidifier les parcours sans attendre les comités de suivi.

## **2.2 Les premiers mois de fonctionnement permettent de dresser un bilan globalement positif du CSNP avec une diminution des passages aux urgences ce qui recentre le service sur son cœur de métier**

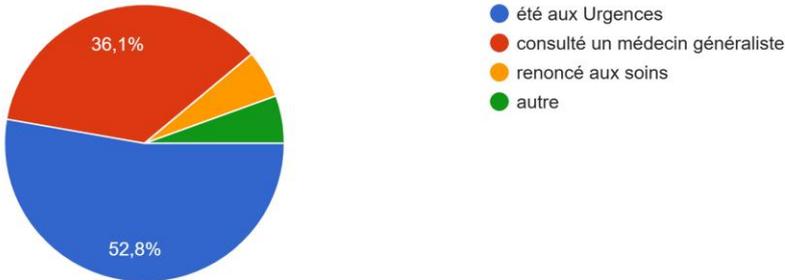
L'analyse des indicateurs des premiers mois de fonctionnement permet de dresser un premier bilan du fonctionnement du CSNP. Lors des cinq premiers mois de fonctionnement (de janvier à mai) le nombre de passages aux services des urgences a diminué. La moyenne journalière est de 101,8 passages alors qu'elle était de 115 passages en 2022 et 132 en 2019. A la fin mai 2023 ce sont donc 15 372 personnes qui se sont présentées au service des urgences contre 17 187 en 2022 et 20 392 en 2019, ce qui représente une diminution des passages de 10,6% par rapport à 2022 et de 24,6% par rapport à 2019. Ainsi, entre 2019 et 2023 l'activité du service des urgences a baissé de près d'un quart.

Le graphique ci-dessous représente l'évolution des passages aux urgences pour les années 2019 (bleu), 2022 (rouge) et 2023 (vert) :

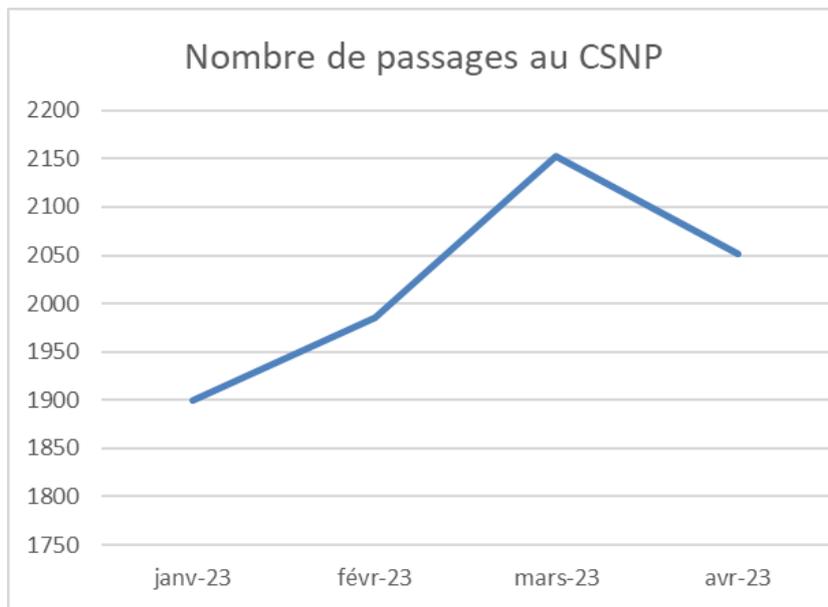


Parmi les patients interrogés, 52,8% indiquent qu'ils se seraient rendus aux urgences si le CSNP n'avait pas existé, 36,1% auraient consulté un médecin généraliste et 5,6% auraient renoncé aux soins :

Si le CSNP n'avait pas existé, vous auriez :  
36 réponses

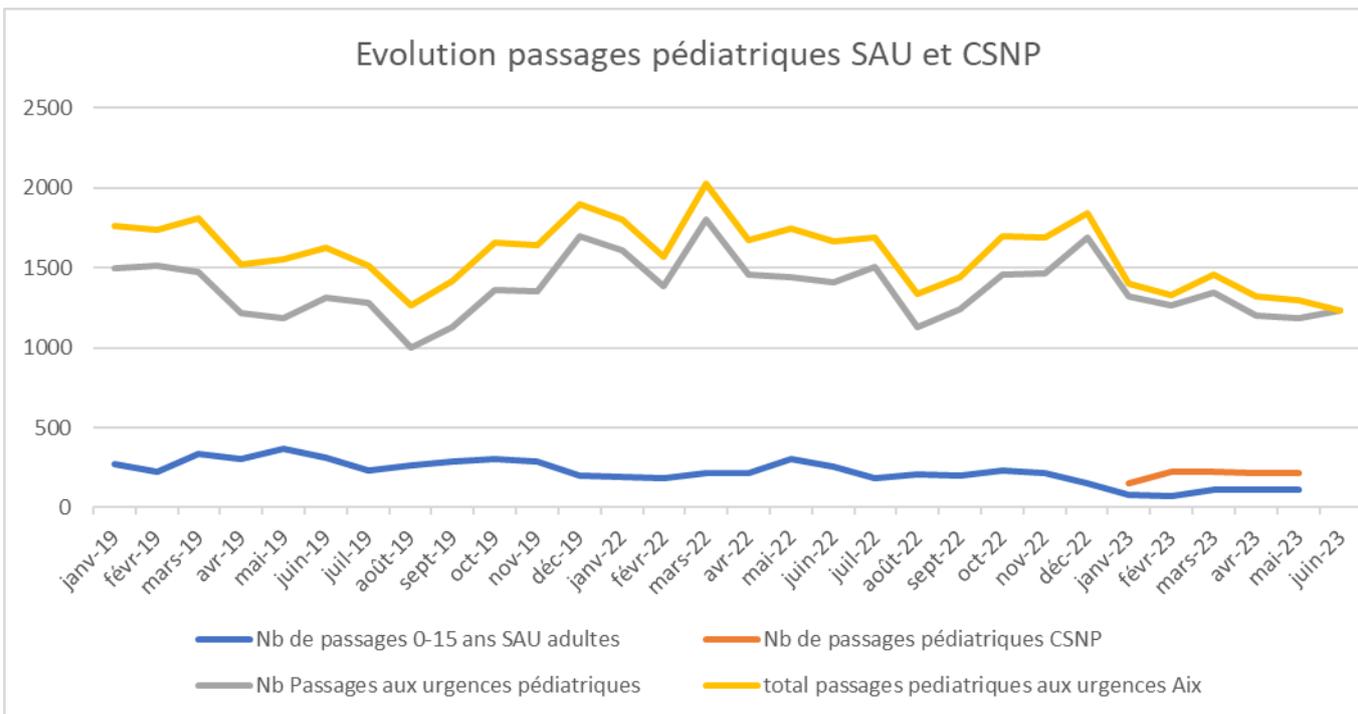


La diminution du nombre de passages est à mettre au regard de l'activité du CSNP qui enregistre en moyenne 70 passages journaliers. Ainsi, au regard des réponses des patients au questionnaire, sans le CSNP, les urgences devraient accueillir plus de 35 patients par jour en moyenne. Cela est conforme au volume projeté au moment de l'appel à candidatures pour trouver un partenaire afin d'ouvrir le CSNP. L'activité du CSNP se stabilise au-dessus des 2000 patients mensuels comme le montre le graphique ci-dessous :



Le CSNP a également eu un fort impact sur la filière pédiatrique puisque le taux de passages des enfants de 0 à 15 ans aux urgences adultes sur l'ensemble des patients est passé de 7% en 2019 et 6% en 2022 à 3% en 2023. Cela représente 1503 patients pour la période de janvier à mai 2019, 1062 en 2022 pour la même période et 448 patients pour 2023. L'activité des urgences pédiatriques a également diminué. Sur la période de janvier à juin, le nombre de passages aux urgences pédiatriques était de 8191 en 2019, contre 9107 en 2022 et seulement 7548 en 2023 soit une baisse de 17,1% entre 2022 et 2023. L'activité pédiatrique totale des urgences adultes et enfants est en baisse de 23,27% par rapport à 2022. Le CSNP a en parallèle une activité soutenue sur la filière pédiatrique, ce qui explique la forte baisse des consultations pédiatriques aux urgences. En effet, sur les 5 premiers mois de fonctionnement, le CSNP réalise en moyenne 205 passages pédiatriques mensuels soit plus de 1000 passages au total.

Le graphique ci-dessous illustre ce basculement d'activité. La courbe jaune représente l'ensemble des passages pédiatriques aux urgences (adultes et pédiatriques), la courbe grise, les passages aux urgences pédiatriques, la courbe bleue, les passages des 0-15 ans aux urgences adultes et la courbe orange est celle des passages pédiatriques au CSNP :



Les réorientations du service des urgences vers le CSNP fonctionnent assez bien et atteignent un rythme croisière de 240 mensuelles. De janvier à mars, sur 615 passages relevant de la filière courte aux urgences, 464 ont été réorientés vers le CSNP.

24% des patients interrogés entre juin et juillet sont arrivés au CSNP après une réorientation des urgences. Cela montre la bonne dynamique des réorientations.

#### question 1 : Raison de la visite au CSNP

Pour quelle raison vous êtes-vous rendu au Centre de soins non programmés (CSNP) ?

37 réponses



Ainsi, en déléguant la filière courte au CSNP le service des urgences se recentre sur son cœur d'activité en prenant en charge des patients dont l'état de gravité est plus élevé.

L'évolution des CCMU 1 et 2 pris en charge aux urgences est en diminution par rapport aux années précédentes. Les CCMU 1 et 2 sont des cas cliniques qui peuvent être pris en charge par la médecine de ville et sont le public cible du CSNP.

Le tableau ci-dessous reprend l'évolution du taux des CCMU 1 et 2 par rapport à l'ensemble des patients des urgences.

Le taux de CCMU 1 est passé de 7% en 2019 à 3,8% en 2023 et celui de CCMU 2 a baissé de dix points entre 2019 et 2023 pour atteindre 47,9%. Au total, la part de CCMU 1 et 2 est passée de 65,8% des patients à 51,7%.

Part des CCMU 1 et 2 au SAU			
Colonne1	2019	2022	cumul 2023
Taux de CCMU 1	7%	4,20%	3,80%
Taux de CCMU 2	58,80%	58,20%	47,90%
Total	65,80%	62,40%	51,70%

Un indicateur complémentaire pour mesurer l'évolution de la gravité des cas pris en charge aux urgences est le taux d'hospitalisation. En effet, si ce taux augmente c'est qu'il y a de moins en moins de passages de cas peu graves qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. En outre, c'est un indicateur financier à suivre dans le cadre de la réforme du financement des urgences. Le taux d'hospitalisation total (mutations et transferts) est de 32,4% en 2023 contre 31% en 2019 et 28,3% en 2022. Le taux d'hospitalisation interne est de 29,7% en 2023 contre 28,7% en 2019 et 24,2% en 2022. Le taux d'hospitalisation interne hors UHCD est de 6,9% en 2019, de 7,4% en 2022 et de 7,1% en 2023. Ces chiffres montrent globalement une augmentation du taux d'hospitalisation.

Les réorientations du CSNP en direction du service des urgences ne sont pas tracées par UrgenceMed. Cependant, le dialogue avec eux fait remonter que ce sont des cas assez rares. Le questionnaire réalisé auprès des patients du CSNP met en exergue que 10% des patients ont été réorientés vers le service des urgences du CHIAP. Parmi ces 10%, 66% ont été réorientés en raison de leur état de santé et les 33% restant pour une autre raison. Cependant, le nombre de répondants est un peu faible pour la partie répartition des raisons des réorientations. Ces chiffres sont donc à manier avec précaution.

## Question 2 : Réorientations lors de la prise en charge

Lors de votre prise en charge avez vous :

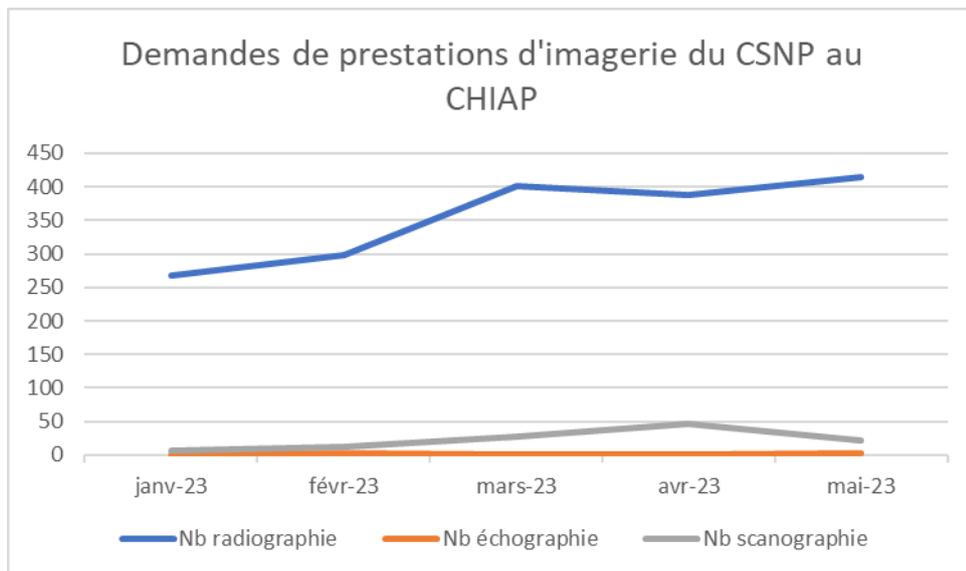
30 réponses



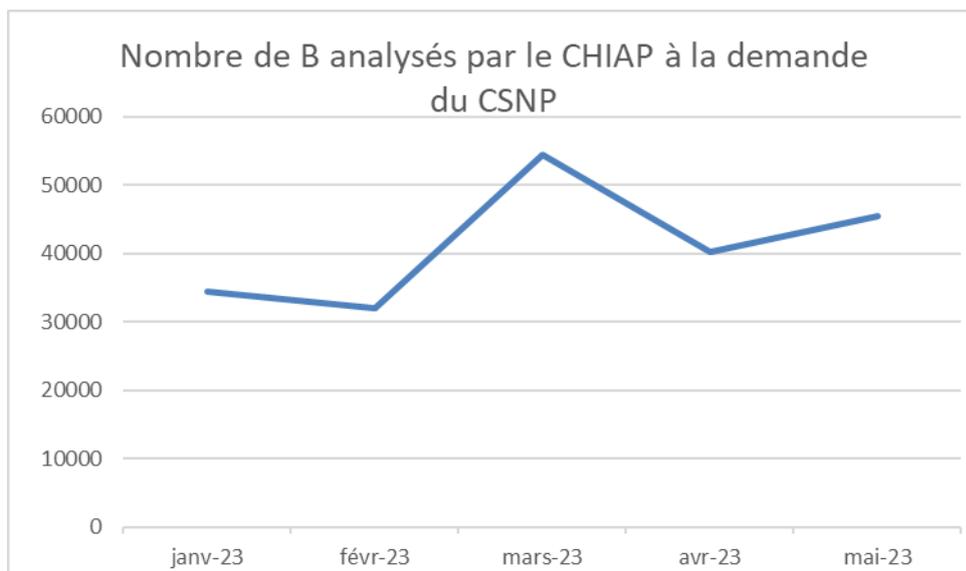
Concernant la qualité des prises en charge aux urgences, il est possible de suivre le taux de réclamations des patients concernant le service des urgences. Ce taux est en diminution par rapport à l'année 2019, année de référence. En effet, le taux de réclamations aux urgences par rapport aux réclamations totales du CHIAP est en baisse passant de 32,09% en 2019 à 20.9% en 2023. De plus, la nature des réclamations évolue, confortant l'idée que la baisse du nombre de passages s'accompagne d'une meilleure prise en charge médicale des patients. En 2019, 48,8% des réclamations des urgences portaient sur la prise en charge médicale alors que ce taux n'est plus que de 24,3% en 2023. L'essentiel des réclamations en 2023 portent sur la perte ou le vol d'objet (30%).

Des réclamations dues à des réorientations intempestives sont apparues : certains patients ont été réorientés vers le CSNP alors que ce dernier était fermé. Le taux de patients partis sans attendre est en baisse de 1 point entre 2022 et 2023 passant de 7,2% en 2022 (5 premiers mois) à 6,12% en 2023 (5 premiers mois) ce qui peut montrer d'une part une prise en charge plus rapide aux urgences et d'autre part que les patients qui se présentent aux urgences viennent pour des causes plus sérieuses.

Les demandes de prestations sont en augmentation malgré les quelques difficultés apparues (cf 2.3). En effet, la courbe ci-dessous met en exergue l'augmentation dans un premier temps des demandes de radiographie et de scanographie de la part du CSNP qui semblent atteindre un rythme de croisière qui tend vers 400 radiographies mensuelles et 25 scanographies. Il n'y a en revanche quasiment aucune échographie demandée :



De même, les demandes de biologie augmentent (en coef ICR) :



Les demandes d'avis de spécialistes fonctionnent bien, d'ailleurs, le seul patient répondant au questionnaire ayant sollicité un avis de spécialiste a eu rendez-vous dans la journée. Néanmoins, un patient a quand même mentionné en commentaire le refus du médecin de le rediriger vers un spécialiste du CHIAP ce qui aurait facilité la continuité de sa prise en charge. De plus, il est également observé que parfois le CSNP ne respecte pas la procédure qui prévoit un appel en direction du service de spécialité concerné afin d'avoir un rendez-vous, mais envoie directement le patient dans le service, ce qui est source de désorganisation.

En outre, une majorité de services acceptent de réaliser des hospitalisations directes du CSNP sans que le patient ait à repasser par le service des urgences.

Une conséquence de l'ouverture du CSNP est l'augmentation de la fréquentation du parking payant de l'hôpital à destination des usagers qui se situe à proximité du CSNP, ce qui génère des recettes supplémentaires pour l'hôpital.

Ainsi, le CSNP permet à priori de remplir le rôle qui lui est alloué : absorber la filière courte auparavant présente aux urgences de l'hôpital. Les passages aux urgences ont ainsi diminué de près d'un quart depuis 2019 et cette baisse se retrouve également au niveau de la filière pédiatrique. En somme, ce dispositif permet de sécuriser la prise en charge des urgences dites ressenties sur le territoire d'Aix-en-Provence, ce qui renforce ainsi la capacité du service des urgences du CHIAP à prendre en charge les urgences d'une gravité importante. De plus, les demandes de prestations ainsi que les réorientations semblent atteindre un rythme croisière. En outre, le CSNP répond à un besoin de santé sur le territoire puisque comme le montre la question 1 37,8% des patients présents au CSNP indiquent s'y être rendus, car ils estimaient ne pas avoir accès dans des délais raisonnables à la médecine de ville alors même que près de 80% d'entre eux ont un médecin traitant. Néanmoins, malgré ces nombreux points positifs des difficultés sont apparues et nécessitent des réajustements.

### **2.3 Des premières difficultés sont néanmoins apparues**

Les remontées du terrain à destination de la direction des projets, le questionnaire patient, ainsi que le premier comité de suivi, ont permis d'identifier des points de difficultés ou de blocages. Ces points d'améliorations peuvent être techniques ou organisationnels. Ils concernent principalement les demandes de prestation du CSNP au CHIAP, c'est-à-dire l'imagerie et le laboratoire.

Pour l'imagerie, une première difficulté d'ordre technique est la consultation des images par le CSNP. En effet, le CSNP alerte sur des délais de consultation des images trop longs. Afin de pouvoir consulter les résultats d'imagerie, le CHIAP via le GHT 13 met à disposition du CSNP un logiciel nommé centricity. Ce logiciel permet aux partenaires extérieurs du GHT 13 (qui utilise un autre logiciel en interne) de consulter les imageries

réalisées par les établissements membres du GHT. Une investigation du service informatique du CHIAP suite à ces remontées a permis de connaître les délais de téléchargement des images. 90% des images sont visibles après un délai d'une heure et la totalité l'est en deux heures. Ces délais paraissent raisonnables et il n'y a pas de solution à court ou moyen terme pour les améliorer. En revanche, un point d'amélioration a été identifié. La plateforme est paramétrée pour se déconnecter toutes les 10 minutes. Ce délai est trop court et oblige les praticiens à se reconnecter constamment entraînant des délais de consultations des images rallongés. Ainsi, le service informatique du CHIAP s'est rapproché de la DSI de GHT afin de modifier les paramètres de la plateforme et améliorer l'expérience utilisateur.

Une seconde difficulté est apparue concernant l'imagerie, cette fois d'ordre organisationnel. Il est prévu un accès facilité au plateau technique pour les patients du CSNP. Cependant, certains patients se perdent dans le flux normal des urgences, ce qui augmente les délais de passage de l'imagerie. Un protocole avait été discuté en amont de l'ouverture du CSNP dans lequel le CSNP devait identifier ses patients par un bracelet vert afin qu'il puisse suivre un parcours d'imagerie avec une fluidité renforcée. Néanmoins, ces bracelets ne sont plus mis ce qui a engendré les dysfonctionnements susmentionnés. Le comité de suivi a fait apparaître un défaut de connaissance de ce protocole. En effet, les acteurs (CSNP et service des urgences) n'étaient pas au fait et en désaccord sur la procédure à appliquer. En effet, pour chacun des services c'était à l'autre service de mettre le bracelet vert aux patients, bracelets qui ne sont d'ailleurs plus en possession d'aucun des services. Ainsi, le comité de suivi engendre une action rectificatrice qui est de faire connaître et mettre en œuvre le protocole écrit sur l'accueil et suivi des patients lors d'une imagerie pour faciliter la fluidité de son parcours. Le questionnaire réalisé auprès des patients du CSNP fait apparaître que 66% des patients ayant eu une imagerie estiment excellente la fluidité de leur passage contre 33% qui l'estiment mauvaise.

Des difficultés pour le lien avec le laboratoire sont également apparues. Des navettes sont prévues afin de venir chercher les prélèvements au CSNP et les amener au service du laboratoire. Les passages des coursiers sur les jours de semaine ont lieu toutes les 1h30 pour un dernier passage à 19h30, néanmoins le CSNP ferme ses portes à 22h. En dimanche et jours fériés, les passages n'ont lieu qu'à partir de 12h. Cependant, ces passages peuvent donc entraîner des délais d'attente importants, car si le prélèvement a lieu au début des 1h30 ce temps est déjà perdu avant que le laboratoire puisse analyser les biologies. En week-end, un patient qui arrive le matin devra patienter jusqu'à midi pour que ses

biologies soient acheminées vers le laboratoire<sup>9</sup>. Cela engendre des délais de traitement importants et les patients restent dans des box en attendant le résultat. Des navettes supplémentaires peuvent être commandées par le CSNP, mais cela est assez peu utilisé, 17 courses entre janvier et mars. Cette difficulté est cependant à relativiser, car comme le rappelait le chef de service des urgences lors du comité de suivi, dans les cas que reçoit le CSNP, il y a peu de patients pour lesquels il y a une indication à avoir des résultats de biologie en urgences. Une modification du travail du CSNP pourrait permettre de contourner cette difficulté des patients qui attendent pendant plusieurs heures dans leurs box pour avoir leurs résultats de biologie. De plus, aucun patient ne s'est plaint de ce délai d'attente dans le questionnaire qui leur a été adressé.

En outre, afin de ne pas avoir de problème d'identitovigilance et qualifier l'INS le laboratoire a besoin de la carte d'identité des patients. Cependant, celle-ci est peu fournie par le CSNP, car un certain nombre de patients se présentent sans leurs papiers d'identité, ce qui engendre des difficultés. Une action de sensibilisation aux papiers nécessaires pour une prise en charge au CSNP devrait être menée d'autant plus que cette même difficulté se retrouve au niveau du bureau des entrées pour les patients devant réaliser une admission au CHIAP à destination du CSNP.

Le CSNP a également parfois fait défaut à ses obligations d'amplitudes horaires. En effet, les premières semaines succédant l'ouverture du CSNP des problèmes de décrochages informatiques ont obligé le CSNP à fermer ses portes. Ces dysfonctionnements semblent pour le moment avoir été réglés depuis le mois de mars. En revanche, le service des urgences alerte sur le fait que le CSNP refuse parfois des patients à partir de 20h30 afin de pouvoir finir à 22 h.

Néanmoins, les études de flux menées par le CSNP montrent que l'augmentation du temps médical n'est pas nécessaire et que les cas remontés ont été exceptionnels. De plus, les jours de plus forte affluence que sont le lundi et le samedi le temps médical sera augmenté à 2 ETP.

Au-delà de l'amplitude horaire, certains patients ne sont pas admis au CSNP et sont réorientés vers les urgences alors que leur cas ne semble pas nécessiter une prise en charge aux urgences selon le personnel du service. En effet, les professionnels des urgences constatent une réorientation du CSNP en direction de leur service de patients présentant un profil psychiatrique ou âgé. Le questionnaire auprès des patients montre que 30% des

---

<sup>9</sup> Voir annexe 4 pour le détail des horaires des courses.

patients réorientés vers le service des urgences l'ont été pour une autre raison que leur état de santé. Cependant, le nombre de répondants est faible.

Enfin, des points d'amélioration annexes ont été remontés. Des cigarettes en nombre important sont retrouvées dans une jardinière devant le CSNP ou les toilettes de ce dernier sont régulièrement bouchées.

Ainsi, malgré des réglages à réaliser, les premiers échanges et les premiers chiffres sur le CSNP sont encourageants. Néanmoins les professionnels de santé des urgences sont mitigés quant à l'apport du CSNP pour améliorer leurs conditions de travail.

#### **2.4 Un accueil mitigé du CSNP par les professionnels de santé des urgences quant à l'amélioration de leurs conditions de travail**

Le CSNP a été ouvert dans l'objectif de désengorger les urgences et ainsi améliorer les délais de prise en charge et favoriser la qualité de vie au travail du personnel.

Les différents entretiens menés montrent un sentiment mitigé des professionnels de santé des urgences quant à l'amélioration qu'apporte le CSNP.

##### **Méthodologie :**

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de professionnels de santé exerçants au sein du service d'accueil des urgences (2 cadres, le chef de service, 4 IDE dont des IOA) ainsi qu'auprès des professionnels du CSNP (1 médecin (aussi fondateur UrgenceMed), 1 IDE (directrice de la CPTS)). Les grilles d'entretiens sont en annexes 5 à 9.

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu d'exercice des professionnels et ont duré entre 20 min et 1h15.

La posture d'élève directeur lors de ces entretiens est un biais à prendre en compte dans l'analyse tout comme la finalité des entretiens qui ont vocation à enrichir un travail de mémoire public.

### 2.4.1 Malgré le CSNP, une partie de la filière courte résiduelle demeure

L'objet du CSNP est d'externaliser la filière courte. Si l'activité des urgences a diminué et que les réorientations des urgences vers le CSNP atteignent un rythme de croisière de 240 réorientations, la filière courte n'a pas totalement disparue. En lien avec l'ouverture du CSNP, le médecin présent aux urgences pour assurer la filière courte a été supprimé. Cependant, si le poste était présent dans la plaquette d'organisation du service, il l'était moins dans la réalité compte tenu de la difficulté à trouver du personnel. En effet, compte tenu de la pénurie de personnel, en particulier les médecins urgentistes, il a été décidé d'éliminer une ligne à pourvoir grâce à une externalisation de la prestation. Cela est souligné par le chef de service en entretien :

*« Dans un certain sens, c'est facilitant puisque je n'ai plus besoin de trouver de médecins pour assurer la filière courte ».*

Néanmoins, il pointe également, comme l'ensemble des acteurs, la difficulté qu'engendre la filière courte résiduelle. En effet, il n'y a plus de médecin dédié pour prendre en charge les patients issus de la filière courte. Une innovation a été développée avec la création d'un poste d'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) pour assurer cette filière de soins résiduelle. Cependant, cette solution n'est pas optimale, car le service ne compte que deux IPA qui travaillent en 10h, ce qui ne permet pas d'avoir une présence permanente. Néanmoins une troisième IPA est en cours de formation, ce qui permettra, à terme, d'avoir une présence constante des IPA. En revanche, les IPA ne peuvent pas prescrire ce qui limite leurs prérogatives, mais leur formation paramédicale les conduit à adopter une approche qui s'intéresse au projet global du patient. Lorsque les IPA ne sont pas présentes, la filière courte est réalisée par les urgentistes de la filière longue, ce qui entraîne des délais d'attente importants. Ces éléments conduisent un agent à penser que :

*« Le CSNP a plutôt dégradé les conditions de travail, en effet, les patients de la filière courte attendent très longtemps et peuvent devenir agressifs, alors qu'avant cette filière était efficace. Ça ne nous a pas changé la vie, au contraire, ça nous la complique ».*

La filière courte n'apparaissait pas nécessairement comme un problème à résoudre pour une partie des agents du service alors même que celle-ci ne fait pas partie du cœur de

métier des urgences. Cela montre la dérive institutionnalisée qu'il y a eu depuis de nombreuses années, tant des patients que de certains professionnels à sur-solliciter les services d'urgences pour réaliser des prises en charge qui ne les concernent pas. Le chef de service le rappelait ainsi, pour lui, la solution aux problèmes rencontrés par les services d'urgences est :

*« D'éduquer la population pour faire en sorte que les gens ne viennent plus aux urgences quand cela ne relève pas des cas à prendre en charge. »*

En outre, il convient tout de même de préciser que, dans le contexte de tension croissante des effectifs médicaux, en particulier pour le service d'urgences il devenait compliqué d'assurer cette filière courte et que le risque était d'avoir la totalité de la filière courte à prendre en charge sans ressource médicale complémentaire. De même, les recrutements de personnels paramédicaux sont également complexes et peuvent conduire à des difficultés d'effectifs. D'autres acteurs soulignent l'amélioration de la tranquillité du service au contraire de ce qu'avancait un agent en entretien.

De plus, il convient de rappeler que le CSNP n'a pas vocation à résoudre à lui seul l'ensemble des problématiques des urgences, c'est pour cela qu'il s'insère dans un plan de refondation plus global. Certains professionnels de santé peuvent ainsi juger sévèrement le CSNP car des difficultés demeurent au service des urgences, mais celles-ci continuent d'être traitées par d'autres volets du plan de refondation.

#### **2.4.2 Une amélioration au niveau de l'accueil des urgences même si les réorientations sont parfois complexes**

Si une partie de la filière courte demeure, l'apport principal en termes de qualité de vie au travail pour les agents du service des urgences est la tranquillité du service accrue. En effet, différents acteurs lors des entretiens insistent sur le fait que l'accueil administratif est plus soulagé. De plus, au-delà de l'accueil administratif, le CSNP a permis de ne plus admettre dans le service de nombreux patients de la filière courte qui lorsqu'ils attendent ont la réputation d'être les plus « pénibles » :

*« La vraie bobologie a été récupérée par le CSNP, on a plus cette patientèle qui est la plus pénible ».*

Si l'accueil administratif, et plus largement, l'ambiance dans le service est plus agréable, l'accueil soignant, en particulier les infirmières d'orientation et d'accueil (IOA) est plus sollicité. En effet, ils ont la charge de réorienter les patients qui doivent l'être vers le CSNP. Cette responsabilité peut être vécue comme une pression et les entretiens montrent que chaque IOA aborde d'une manière différente cette mission. En effet, pour certaines, cette mission de réorientation ne pose pas de problème, et elles se disent assez à l'aise sur les cas à réorienter ou non. Pour d'autres cette tâche est perçue comme plus complexe et évite de prendre des risques.

*« Si j'oriente le patient au CSNP et qu'il fait un arrêt cardiaque par exemple, ça va être de ma faute ».*

Ce comportement peut conduire à une sous réorientation ne permettant pas ainsi de diminuer la filière courte.

Enfin, des cas de sur réorientation ont été repérés. En effet, certains patients ont été réorientés vers le CSNP alors que celui-ci était fermé et ont dû attendre l'ouverture de celui-ci par exemple.

Enfin, la connaissance mutuelle entre le SAU et le CSNP progresse, cela permet d'éviter les erreurs de réorientations qui conduisent parfois le patient à être plusieurs fois réorienté entre services différents, ce qui peut créer des tensions.

#### **2.4.3 Ressenti des professionnels des urgences à travailler en lien avec une structure privée**

Au moment de l'élaboration du projet, une partie de la communauté médicale était réticente à l'idée de la création du CSNP. Les différents entretiens menés ainsi que l'observation participante des mois de stages permettent de montrer que pour certaines personnes, l'immiscion du privé pour répondre à la mission de l'hôpital peut les déranger sur le plan éthique. En effet, certains agents voient dans l'ouverture d'un CSNP un échec de l'hôpital à répondre à sa mission de service public :

*« On n'était pas capable d'accueillir les gens aux urgences du coup on demande au privé de nous aider, et eux ils se remplissent les poches »*

D'autres voient dans l'acteur privé une perte dans la qualité des soins offerte aux patients :

*« Nous ici on prend les gens en charge peu importe ce qu'ils ont, là-bas ils font tout pour le chiffre, vous savez le privé comment ils font, ils vont faire des actes pour gagner de l'argent ».*

Pour certains agents, le fait de réorienter les patients vers une structure privée est allé à l'encontre de leur volonté :

*« Les patients lorsqu'il se présentent aux urgences c'est pour être pris en charge par l'hôpital pas par une autre structure privée. »*

Ce discours est alimenté par certains patients qui font remonter leur mécontentement d'être transférés d'une structure publique vers une structure privée.

Enfin, certains agents s'inquiètent d'une entente entre structures privées qui détourneraient les patients de l'hôpital :

*« Vous pensez qu'un patient qui passe par le CSNP et qui doit se faire opérer va l'être au CHIAP ? s'il était passé par les urgences oui, là ils vont les orienter vers le privé, on va perdre de l'activité de chirurgie. »*

Le questionnaire à destination des patients montre que lors d'un avis spécialiste 50% des patients ont été orientés vers un spécialiste hors du CHIAP. Un patient a même mentionné en commentaire le refus du médecin de le rediriger vers un spécialiste du CHIAP ce qui aurait facilité la continuité de sa prise en charge. Cependant, le nombre de réponses est faible pour que cela soit réellement généralisable.

Néanmoins, cette manière de penser est minoritaire. Pour la plupart des agents, cela ne pose pas de problème de travailler et d'orienter des patients vers une structure privée. De plus, certains agents rappellent même les liens d'interconnaissances qui existent entre les deux structures :

*« Certains des médecins du CSNP sont des anciens urgentistes de chez nous, donc on les connaît, pour les plus anciens du service, on sait comment ils travaillent ».*

Ainsi, si le caractère privé de la structure qui s'imisce au sein de l'hôpital public peut interroger certains agents, la plupart n'y prêtent pas attention et apprécient travailler en collaboration avec eux.

Si les professionnels des urgences sont mitigés quant au CSNP, les patients, eux, semblent apprécier cette structure de soins.

## **2.5 Un accueil favorable des patients et une réponse à un besoin de santé du territoire.**

### Méthodologie :

Un questionnaire de satisfaction a été élaboré afin de recueillir l'avis des patients sur le CSNP ainsi que les raisons qui les ont poussées à se rendre au CSNP plutôt que de se tourner vers la médecine libérale ou le service des urgences.

Ce questionnaire, dont le lien est en annexe 10, se compose de deux parties. Une première partie portant sur les raisons de la venue de la personne au CSNP et une seconde partie sur l'évaluation de la satisfaction de la prise en charge.

Le mode de passation du questionnaire est numérique. L'enquêteur se présente au CSNP et explique les raisons du questionnaire aux patients présents en salle d'attente. Il leur est expliqué que ce questionnaire s'inscrit dans une double démarche, d'une part le travail de recherche pour l'écriture du présent mémoire dans le cadre de la formation statutaire des élèves directeurs d'hôpital, d'autre part, dans la perspective du suivi par le CHIAP du dispositif de CSNP ouvert en janvier 2023.

La première partie est envoyée par mail de la salle d'attente et les patients peuvent y répondre directement. Cela permet à l'enquêteur de venir en aide aux patients si besoin. La seconde partie est envoyée à posteriori (environ 2h30 après le premier envoi).

Cette méthodologie permet un bon taux de répondants (environ 90% sur la première partie et une perte de 16% de répondants entre la partie 1 et 2.) Une quarantaine de réponses au questionnaire ont été enregistrées entre les mois de juin et juillet 2023. Ce nombre de réponses permet de dégager et conforter des tendances qui permettent une première analyse, ce qui justifie le panel retenu pour ce questionnaire.

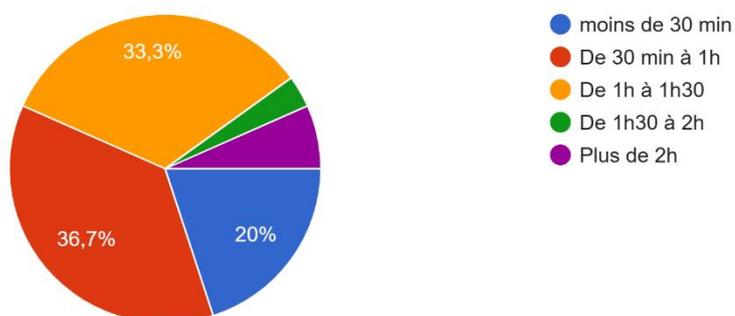
La simplicité et la rapidité de l'accès à un professionnel de santé sont des points positifs du CSNP. 21,6% des patients interrogés expliquent le choix de s'être rendu au CSNP ainsi. De plus, 37,8% s'y sont rendu, car la médecine libérale ne leur permettait pas d'avoir accès à

un médecin dans des délais raisonnables, ce qui signifie, en creux, que plus de 55% des patients choisissent le CSNP pour avoir un accès rapide à un professionnel de santé. Cela montre également que le CSNP répond à un besoin du territoire qui a une médecine libérale avec des délais d'attente ressentis par les patients comme trop longs.

Si certains patients, dans l'onglet libre du questionnaire, font part de leur regret d'un délai d'attente trop long ou d'un manque de visibilité sur le moment de leurs passages, seulement 6,7% d'entre eux ont attendus plus de 2h. 90% des patients ont été pris en charge au bout d'1h30 dont 56,7% en moins d'1h.

Combien de temps avez-vous attendu avant votre prise en charge ?

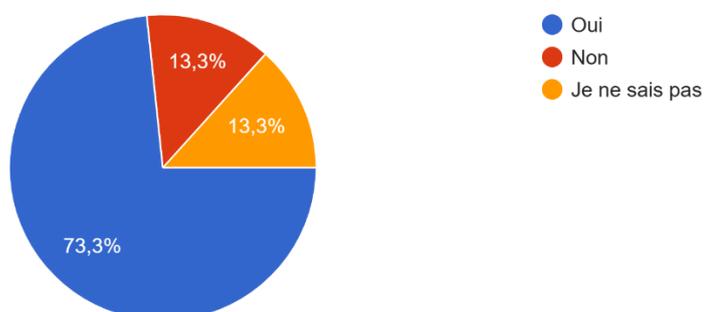
30 réponses



Ce délai de prise en charge amène 73,3% des patients à penser que leur prise en charge a été plus rapide au CSNP que s'ils s'étaient rendus dans un service d'urgences.

Pensez-vous que ce temps d'attente aurait été plus important dans un service d'urgences hospitalier ?

30 réponses

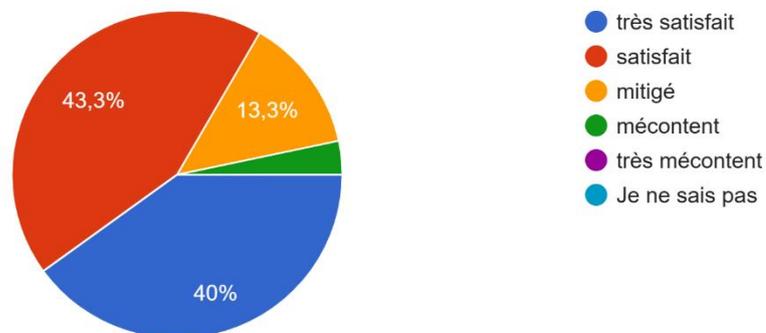


Les patients ont un avis positif du CSNP puisque 83,3% d'entre eux sont satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge, seulement 3,3% de mécontents et 13,3% seulement sont

mitigés. Pour les personnes mitigées, les commentaires sont généralement qu'ils ont trouvé la prise en charge un peu trop rapide.

Concernant votre prise en charge au sein du CSNP, vous vous diriez :

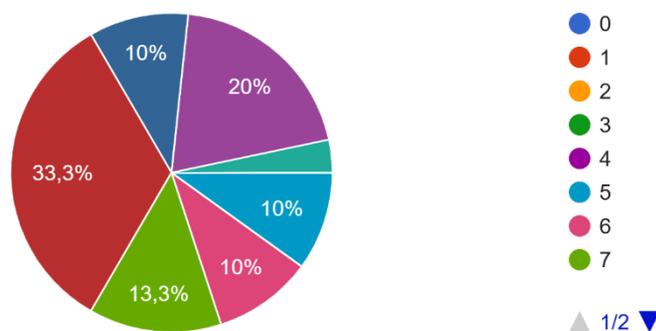
30 réponses



De même, 63,3% des patients donnent une note de 8 ou plus au CSNP et aucun ne le note en dessous de la moyenne.

Quelle note attribueriez vous à l'ensemble de votre passage au CSNP depuis l'admission jusqu'à la sortie ?

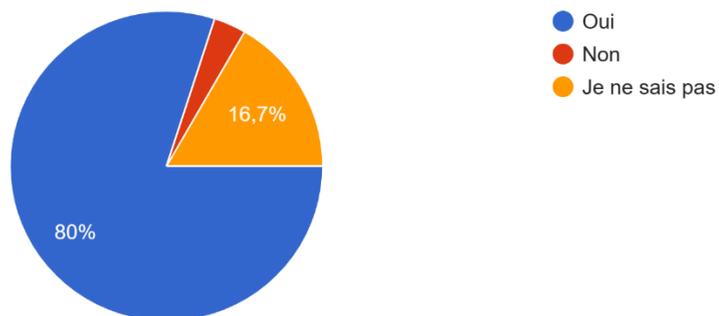
30 réponses



Enfin, 80% des patients recommanderaient le CSNP à un proche et seulement 3,3% ne le recommanderaient pas.

### Recommanderiez-vous le CSNP à un proche ?

30 réponses



Ainsi, les patients accueillis ont dans leur grande majorité un avis très favorable sur le CSNP qui permet de répondre à leur besoin et ainsi décharger le service des urgences tout en proposant des prises en charge rapides.



### **3 Les recommandations d'améliorations du dispositif de CSNP**

Ces recommandations s'articulent autour de trois axes, l'amélioration du dispositif de suivi (3.1), les améliorations à développer en lien entre nos deux structures (3.2) et les améliorations que pourrait mettre en œuvre le CSNP (3.3).

#### **3.1 Recommandations d'améliorations du dispositif de suivi**

Recommandation 1 : Développer des indicateurs de suivi complémentaires afin de suivre les admissions en hospitalisations directes.

Les admissions directes en hospitalisation, c'est-à-dire, sans que le patient ait à repasser au sein du service des urgences est important pour désengorger ce service et fluidifier le parcours des patients.

Cependant, notre système d'information actuel ne permet pas de tracer les entrées directes en hospitalisation en provenance du CSNP. Il serait intéressant d'avoir cette donnée ainsi que celle des refus des hospitalisations directes par les services à la demande du CSNP. Cette donnée doit être collectée par le CSNP.

Recommandation 2 : Mettre en place un outil de suivi des réorientations des patients du CSNP à destination des urgences et de leurs raisons.

Les réorientations du service des urgences vers le CSNP sont tracées. En revanche, celles du CSNP à destination du service des urgences ne le sont pas. Il serait intéressant que le CSNP trace ces réorientations et leur raison : état de santé du patient, incapacité du CSNP à prendre en charge le patient, car trop d'affluence, incapacité du CSNP à prendre en charge le patient, car problème informatique, autres raisons.

Cette donnée permettrait de suivre l'évolution des flux des réorientations et connaître leur raison pour objectiver les réorientations vécues comme « abusives » par le service des urgences et proposer des rectificatifs.

### Recommandation 3 : Mettre en œuvre un dispositif d'analyse et de suivi des réclamations patient en lien avec le CSNP.

Deux types de réclamations patients peuvent avoir lieu. Celles concernant uniquement le CSNP et celles concernant à la fois le CSNP et le CHIAP (par exemple, lors d'un examen d'imagerie à la demande du CSNP).

Dans le premier cas : certains patients confondent nos deux structures et le CHIAP reçoit des réclamations auxquelles il ne peut répondre, car elle ne s'adresse pas à la structure hospitalière. Actuellement, aucun circuit de réorientation de ces réclamations n'est formalisé. Ainsi il est souhaitable d'établir un protocole pour réorienter ces réclamations patients et s'assurer qu'elles soient traitées par le CSNP.

Concernant le second cas, un groupe de travail composé de représentants du service qualité et de représentants d'urgenceMed et des représentants des usagers pourrait être constitué afin d'analyser ces réclamations. Il pourrait se tenir tous les 2 mois et faire remonter des propositions d'amélioration d'une part en interne à UrgenceMed et d'autre part à la direction des projets du CHIAP qui coordonne le dispositif.

Les cas les plus significatifs pourraient être évoqués en comité de suivi qui se tient deux fois par an.

### Recommandation 4 : Institutionnaliser et automatiser l'envoi du questionnaire de satisfaction et associer les usagers

Poursuivre la démarche d'évaluation du CSNP mené pour ce travail de mémoire avec le questionnaire de satisfaction en automatisant l'envoi du questionnaire à tous les patients du CSNP. En effet, il est possible d'envoyer le lien du questionnaire par SMS aux patients puisqu'ils renseignent leur numéro de portable à la borne d'admission. Le comité de travail mentionné dans la recommandation 3 pourrait analyser ces questionnaires et prévoir les mesures correctrices. Les éléments structurants de ces questionnaires et les mesures mises en œuvre pourront être présentés lors des comités de suivi.

Recommandation 5 : Associer un représentant du service de la qualité et un représentant des usagers aux comités de suivi.

En complément des recommandations 3 et 4 , un représentant du service de la qualité et un représentant des usagers doivent être associés aux comités de suivi afin de présenter les réclamations des patients reçus, leur traitement et évoquer les cas les plus significatifs.

**3.2 Les recommandations d'améliorations que doivent développer en lien le CHIAP et le CSNP**

Recommandation 6 : Mettre en place des réunions d'équipe Urgences CHIAP/CSNP

Afin de permettre une meilleure circulation de l'information pour éviter les frictions et favoriser la fluidité de l'activité, mettre en œuvre des staffs communs une fois par semaine entre le service des urgences et le personnel du CSNP. Cela doit avoir pour but de réajuster les pratiques pour favoriser le travail collaboratif et rompre l'exercice en silo porteur d'incompréhensions.

Recommandation 7 : Développer un circuit de remontée de l'information formalisé

Les acteurs s'écrivent parfois entre eux, avant que cela remonte à la direction des projets, puis parfois l'information n'est pas connue de la direction. Ainsi, il convient de protocoliser les remontées d'informations et d'organiser si nécessaire, entre les comités de suivi, une réunion plus technique pour traiter des sujets irritants ou bloquants. Ces réunions se composeraient de la direction des projets ainsi que des services concernés par le ou les sujets évoqués.

Recommandation 8 : Développer des protocoles d'hospitalisations directes afin de permettre l'hospitalisation sans passage préalable aux urgences des patients du CSNP.

En complément de la recommandation 1, protocoliser les admissions directes en hospitalisation en provenance du CSNP. En effet, si certains services acceptent ces hospitalisations, d'autres s'y refusent toujours. De plus, ces hospitalisations sont dépendantes du médecin présent au moment de la demande. Établir des protocoles par

service détaillant les modalités et les cas susceptibles d'être hospitalisés directement permet d'éviter de devoir renvoyer les patients vers le service des urgences avant qu'ils soient hospitalisés.

Recommandation 9 : Organiser une réunion explicative du protocole de suivi des patients du CSNP dans le circuit d'imagerie

Le comité de suivi du mois de mai a fait apparaître un manque de fluidité dans le parcours d'imagerie avec des patients du CSNP qui se perdent dans le flux normal des urgences. La cause de cela est que les bracelets verts servant à les identifier ne sont plus mis. Les échanges entre acteurs ont mis en évidence le fait que la procédure n'était pas maîtrisée par les professionnels (notamment qui doit mettre le bracelet).

Ainsi, il convient d'organiser une réunion sur le format de la recommandation 7.

Recommandation 10 : Développer la robotisation entre le CSNP et le laboratoire pour permettre une meilleure adaptabilité de l'envoi des prélèvements.

Le comité de suivi a fait apparaître la problématique des passages de coursiers pour ramasser les prélèvements. Ce coursier passe à horaires fixes et cela peut poser des difficultés notamment le dimanche ou aucun passage n'est prévu le matin. Le flux des prélèvements n'est cependant pas constant et dépend d'une part de la fréquentation du CSNP et d'autre part des pathologies présentes. Ainsi, compte tenu des données actuelles, il n'est pas nécessaire de rajouter une course de coursier. De plus, cette organisation est rigide et ne permet pas de s'adapter à l'évolution des flux.

Ainsi, un objectif de moyen terme peut être de substituer au coursier, un robot afin d'acheminer les prélèvements entre le CSNP et le laboratoire. Cette substitution permettrait au CSNP d'envoyer le robot au laboratoire au moment où un stock de prélèvements est constitué et non être soumis aux passages d'un coursier décorrélé de l'activité. Ce robot pourrait être de type AMR plus performant que les robots de type AGV.

Recommandation 11 : Mettre en œuvre une action de communication conjointe CHIAP/CSNP afin d’informer les usagers des papiers nécessaires à la prise en charge.

En effet, pour être pris en charge au CSNP, les patients doivent avoir leur carte vitale et leur mutuelle (en particulier pour les soins infirmiers). Sans ces deux éléments, aucun soin infirmier ne peut être réalisé ce qui occasionne des réorientations vers les urgences ( la prise en charge médicale peut se faire avec feuille de soins). De plus, en cas de demande de prestation de la part du CSNP au CHIAP, la carte d’identité des patients est nécessaire afin de qualifier l’INS et sécuriser les recettes. Cependant, il est rare que les patients viennent avec leur carte d’identité.

Ainsi, une campagne de communication d’une part du CSNP et d’autre part par le CHIAP peut être menée afin d’informer les usagers des documents nécessaires à leur prise en charge. Cette campagne de communication peut avoir lieu sur internet et sur les réseaux sociaux (qui totalise plus d’un tiers des moyens dont les patients ont eu connaissance du CSNP selon le questionnaire réalisé) ainsi que par l’information des professionnels de santé notamment par le biais de la CPTS (16% des patients du CSNP l’ont connu grâce à un professionnel de santé). Enfin, de la signalétique devant le CSNP pourrait aussi permettre d’améliorer la situation.

### **3.3 Les recommandations d’améliorations que doit mettre en œuvre le CSNP**

Recommandation 12 : Améliorer le recueil des réclamations patients côté UrgenceMed.

Le CSNP est autonome du CHIAP. À ce titre, il traite lui-même les réclamations patients. Si au CHIAP un service qualité, relation avec les usagers existe, cela n’est pas le cas pour le CSNP qui ne peut pas apporter le même suivi aux réclamations patient. Il lui appartient de se structurer pour proposer un service de qualité dans ce domaine.

Recommandation 13 : Supprimer la possibilité de prendre des rendez-vous sur Doctolib ou toute autre plateforme de prise de rendez-vous

Comme son nom l'indique, le Centre de soins non programmés n'a pas vocation à prendre des rendez-vous. Pourtant, il est possible de prendre des rendez-vous en ligne sur la plateforme Doctolib. Une fois sur place, ces rendez-vous ne sont pas respectés, ce qui occasionne des désagréments pour les patients qui pensaient avoir un rendez-vous à une heure précise ( remontées du questionnaire). Ainsi, d'une part la prise de rendez-vous pour un CSNP est un non-sens, d'autre part le fait de proposer ce service, mais de ne pas le respecter irrite les patients. Ainsi, il convient de ne plus permettre la prise de rendez-vous pour accéder au CSNP.

Recommandation 14 : Avoir la capacité de solliciter un médecin en astreinte pour faire face à un pic d'affluence au CSNP.

Parfois le CSNP subit des pics d'affluence. Si ces pics ont lieu en fin de journée, il arrive que le CSNP refuse de prendre en charge de nouveaux patients pour pouvoir fermer le CSNP à 22 h. Les patients refusés se présentent alors aux urgences alors que leur cas clinique ne le nécessite pas. De plus, souvent lorsque le CSNP est sur sollicité, c'est également le cas du service des urgences. Cette problématique a été relevée lors du comité de suivi ou en entretien avec différents professionnels du service des urgences. Des négociations ont alors lieu entre les urgentistes et le CSNP notamment son directeur le Dr Bounan pour prendre en charge de nouveaux patients. Afin de faire face à ces pics d'activités difficiles à prévoir et ne pas mobiliser tout le temps un second médecin la plupart du temps inutile, un système d'astreinte pourrait être imaginé par la société UrgenceMed. En cas de forte affluence, le médecin présent au CSNP pourrait ainsi appeler un confrère d'astreinte en renfort afin d'absorber ce flux et ainsi continuer d'accueillir de nouveaux patients.

Recommandation 15 : Donner de la visibilité sur le temps d'attente

Le CSNP n'étant pas un service d'urgence, il est possible de savoir en quelle position le patient sera vu par le médecin et ainsi estimer son temps d'attente.

### Recommandation 16 : Permettre un accueil dédié aux étrangers à minima en anglais

De nombreux patients étrangers viennent consulter au CSNP. Cependant, l'accueil à la borne est uniquement en français. La carte vitale est demandée pour s'enregistrer, ce qui est déstabilisant pour une partie des personnes étrangères comme le questionnaire permet de le mettre en exergue. Ainsi, il faudrait que la société UrgenceMed se rapproche de son prestataire de borne d'accueil afin de proposer une interface pour les étrangers, au moins en anglais et expliquant le fonctionnement du Centre sans demander la carte vitale.



## Conclusion

L'ouverture d'un CSNP privé dans l'enceinte d'un hôpital public en lien avec une CPTS est une structure innovante. Elle nécessite de trouver une forme juridique adéquate pour fonctionner. Le CHIAP a fait le choix de réaliser une convention d'occupation temporaire du domaine public et une convention cadre d'activité. Cette organisation permet au CHIAP de ne pas subir de risque économique quant à cette nouvelle activité tout en sécurisant les ressources humaines de ce nouveau dispositif et en assurant les principes déontologiques garants de la qualité et de la sécurité des soins. C'est également un moyen de renforcer la robustesse de son dispositif de prise en charge des urgences en instaurant une gradation des soins, permettant au SAU de se recentrer sur son cœur de métier.

Après plus d'une demi-année de fonctionnement, le bilan du CSNP et de son impact sur le service d'accueil des urgences et plus largement sur l'hôpital est positif. Les passages aux urgences ont diminué de près d'un quart par rapport à 2019, ceux des urgences pédiatriques de 17% par rapport à 2022. D'après les estimations, ce sont en moyenne 35 passages aux urgences par jour qui sont évités grâce au CSNP. L'activité du CSNP génère également de l'activité valorisable pour le CHIAP avec les demandes de biologie, d'imagerie et d'avis de spécialistes. De plus, la fréquentation du parking payant de l'hôpital est en augmentation depuis l'ouverture du CSNP générant des recettes supplémentaires.

Si le personnel du service des urgences est mitigé quant à l'effet de l'ouverture de ce centre sur leur qualité de vie au travail, cela est principalement dû à la filière courte résiduelle à laquelle ils doivent faire face alors que le médecin dédié a été supprimé. Cependant, les difficultés de recrutement conduisaient souvent à l'absence de médecin dédié pour cette filière. Néanmoins, l'innovation organisationnelle avec le rôle des IPA, permet de limiter cet impact négatif de la suppression du poste de praticien. De plus, de nombreux acteurs mettent en exergue la plus grande tranquillité du service depuis l'ouverture du CSNP, en particulier au niveau de l'accueil administratif. Le CSNP s'insère dans un plan plus large de refondation des urgences et n'a donc pas vocation à lui seul à résoudre l'ensemble des problématiques du service des urgences.

Les usagers sont satisfaits de l'offre proposée par le CSNP qui, au-delà de répondre à la problématique des urgences, permet d'apporter une réponse à un besoin de santé sur le territoire en facilitant l'accès aux soins dans des délais perçus comme raisonnables.

Enfin, si le bilan réalisé à mi-année est positif, des éléments d'améliorations peuvent être mis en œuvre afin de faire progresser le suivi du dispositif de CSNP, fluidifier le fonctionnement entre les deux structures ou encore parfaire le fonctionnement du CSNP.

---

## Bibliographie

---

- Assurance Maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024, juillet 2023
- Code de la santé publique
- Grall JY, 2006. Rapport Les maisons médicales de garde.
- Grall JY, 2015. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences.
- Guerner L, 2021, Les urgences en crise : restructuration locale d'un service en voie de réforme nationale, mémoire Élève Directeur d'Hôpital, 74p.
- Loi de modernisation de notre système de santé, 26 janvier 2016.
- Mesnier T, 2018. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Moura A, 2019, Restructurations et transformations des services d'urgences dans un cadre budgétaire contraint : Opportunités et limites, mémoire Élève Directeur d'Hôpital, 87p.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Ma santé 2022, en engagement collectif, 2019.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Pacte de refondation des urgences, septembre 2019.
- Steg A, 1993. Rapport sur la médicalisation des urgences.

### **Sites internet**

- ARS Pays de la Loire : [Un centre de soins non programmés expérimenté à La Roche-sur-Yon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants | Agence régionale de santé Pays de la Loire \(sante.fr\)](#)
- Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr>

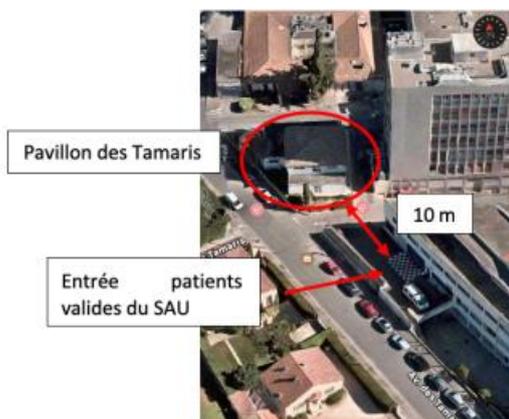
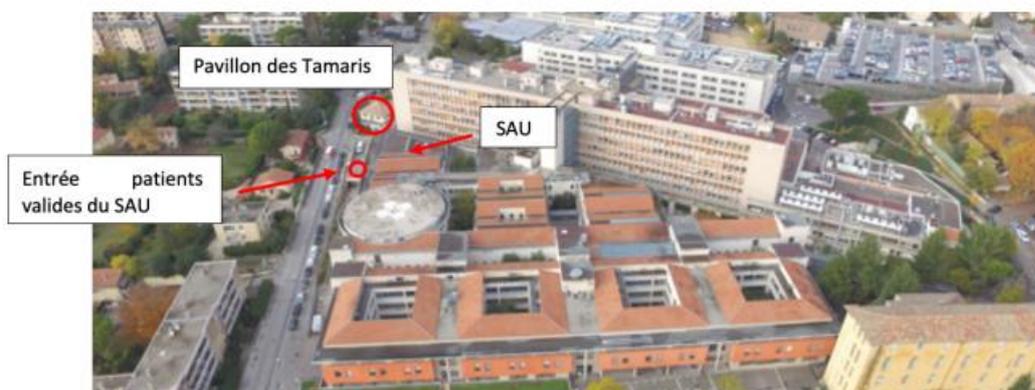


---

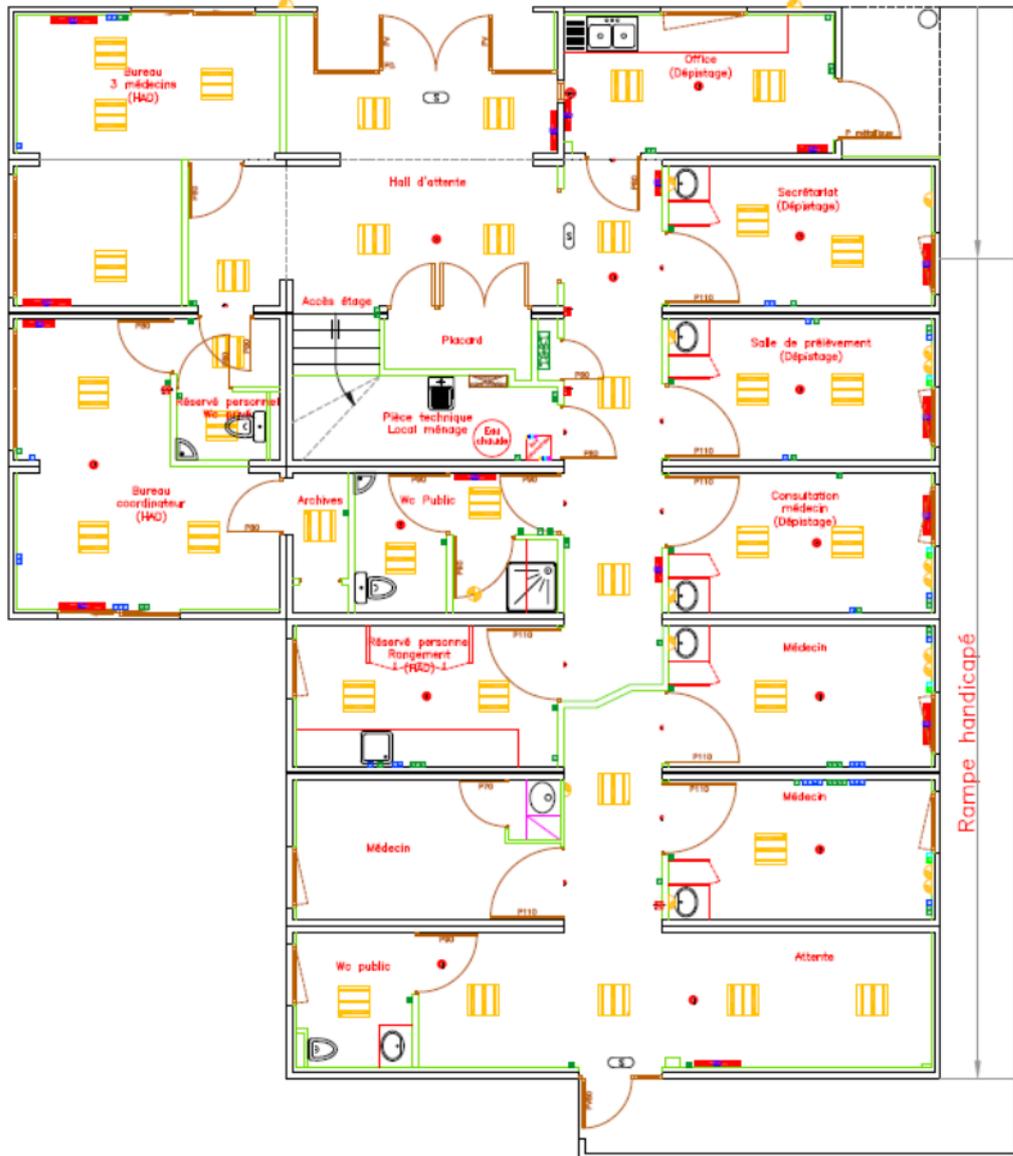
# Liste des annexes

---

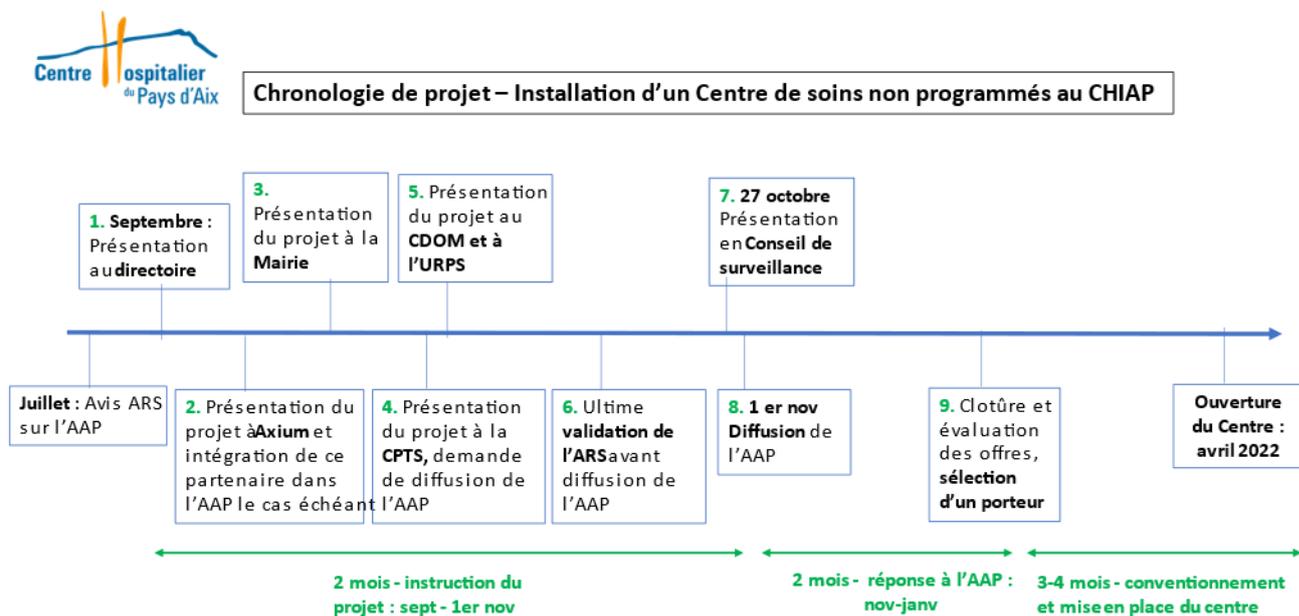
## Annexe 1 : Plan de présentation du CHIAP et de la localisation du CSNP



**Annexe 2 : Plan des locaux du CSNP**



### Annexe 3 : Calendrier initial de la mise en œuvre du CSNP



### Annexe 4 : Horaires des transports de biologie entre le CSNP et le laboratoire :

#### Transport :

La collecte des prélèvements est assurée par la société de transport Bioservices.

Les horaires de collecte des prélèvements sont :

Du lundi au vendredi : 10h30, 12h, 13h30, 15h, 16h30, 18h, 19h30

Le samedi: 10h30, 12h, 14h, 17h, 19h

Le dimanche et jours fériés: 12h, 14h, 17h, 19h

En cas de prélèvement très urgent, contacter le laboratoire au 5114.

#### **Annexe 5 : Grille entretien chef de service des urgences**

1. L'ouverture du CSNP a-t-il eu un impact sur l'activité des urgences/votre quotidien ?
2. Trouvez-vous que l'impact est positif ?
3. Est-ce que les accès facilités d'urgenceMed à l'imagerie ou aux hospitalisations nuisent à la fluidité de votre activité ?
4. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez, les points d'amélioration que vous souhaiteriez ?
5. Quelle solution vous pouvez imaginer afin d'améliorer la situation du service des urgences ?

#### **Annexe 6 : Grille entretien cadre du service des urgences**

1. L'ouverture du CSNP a-t-il eu un impact sur l'activité des urgences/votre quotidien ?
2. Trouvez-vous que l'impact est positif ?
3. Est-ce que la réorientation des patients de l'hôpital vers le CSNP est bien acceptée par les équipes ? Se réalise t'elle sans difficulté ( les IOA connaissent les cas à réorienter).
4. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez, les points d'amélioration que vous souhaiteriez ?
5. Quelle solution vous pouvez imaginer afin d'améliorer la situation du service des urgences ?

#### **Annexe 7 : grille entretien IOA et IDE**

-Le CSNP a-t-il impacté votre manière de travailler ?

-Avez-vous des difficultés dans la réorientation des patients ( doutes sur les cas, refus du CSNP ... ) ?

-Qu'est ce qui pourrait vous aider à améliorer la situation ?

-Est-ce que cela vous dérange de réorienter les patients vers une autre structure que les urgences qui ne dépend pas de l'hôpital ?

-Au-delà de votre travail d'orientation et d'accueil, comment est perçu le CSNP par vos collègues, a-t-il eu un impact positif sur leurs conditions de travail ?

-Que faudrait-il mettre en place pour améliorer la situation ?

#### **Annexe 8 : grille entretien médecin UrgenceMed**

- Pouvez-vous revenir sur le modèle d'urgencemed et les différentes collaborations que vous avez nouées sur le territoire ?

-Comment fonctionne votre modèle de rémunération des praticiens qui interviennent ? pas de problème d'absentéisme, d'effectif ?

- Le travail en lien avec la CPTS fonctionne-t-il bien ? vous n'avez pas de problème d'effectif paramédical ?
- Le travail de coopération avec l'hôpital en particulier le service d'Urgence est-il fluide ? (Réorientation notamment) et l'imagerie ?
- L'accès direct en hospitalisation fonctionne-t-il ? avez-vous besoin d'hospitaliser ?
- Quels sont les points que vous souhaiteriez améliorer ? en interne et en externe dans le lien avec l'hôpital ?
- comment faite vous avec les patients qui n'ont pas de droit ? quel volume cela représente-il ?

#### **Annexe 9 : Entretien IDE représentante CPTS**

- Quel a été le rôle de la CPTS dans la création du CSNP ?
- Vous avez suivi les différentes étapes de construction du projet ?
- Quel est le rôle de la CPTS au quotidien dans le fonctionnement du CSNP
- Comment se passe le travail en lien avec UrgenceMed ?
- Le travail de coopération avec l'hôpital en particulier le service d'Urgence est-il fluide ? (réorientation notamment) et l'imagerie et biologie ?
- Quels sont les points que vous souhaiteriez améliorer que ce soit en interne CSNP ou avec l'hôpital ?

#### **Annexe 10 : Lien vers les deux parties du questionnaire**

Lien partie 1 :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdEkJsnBaXxhQrmYpciv37v0jHnHFal5zeX1\\_Jm85h13mLtYQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdEkJsnBaXxhQrmYpciv37v0jHnHFal5zeX1_Jm85h13mLtYQ/viewform?usp=sf_link)

Lien partie 2 :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSff8mmyI8dDFELeqZa3VTG1jsg5rieK\\_gIjIqo3xLVOoo8Ktg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSff8mmyI8dDFELeqZa3VTG1jsg5rieK_gIjIqo3xLVOoo8Ktg/viewform?usp=sf_link)



LINALE

Thomas

Octobre 2023

## ÉLÈVE DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2022-2023

### Mise en œuvre et impacts d'un Centre de Soins Non Programmés privé dans l'enceinte de l'hôpital sur la structure hospitalière et son service d'urgences

#### **Résumé :**

Pour faire face à l'augmentation des passages au sein de son service d'urgences, le CHIAP a fait le choix d'externaliser la filière courte en la confiant à un CSNP privé. Ce CSNP a ouvert ses portes en janvier 2023 et il est le fruit d'une collaboration innovante entre le CHIAP, établissement public de santé, UrgenceMed, une société privée, et la CPTS du territoire, la CPTS Aix-Sainte Victoire.

Afin de réaliser ce CSNP, un appel à projets a été lancé par le CHIAP et un modèle juridique de coopération a dû être trouvé. Une convention d'occupation temporaire du domaine public et une convention cadre d'activité ont ainsi été formalisées entre les différentes parties. Cette organisation permet au CHIAP de ne pas subir de risque économique quant à cette nouvelle activité tout en sécurisant les ressources humaines de ce nouveau dispositif et en assurant les principes déontologiques garants de la qualité et de la sécurité des soins. C'est également un moyen de renforcer la robustesse de son dispositif de prise en charge des urgences en instaurant une gradation des soins, permettant au SAU de se recentrer sur son cœur de métier.

Après plus d'une demi-année de fonctionnement, le bilan du CSNP et de son impact sur le service d'accueil des urgences et plus largement sur l'hôpital est positif. Les passages aux urgences ont diminué de près d'un quart par rapport à 2019, ceux des urgences pédiatriques de 17% par rapport à 2022. D'après les estimations, ce sont en moyenne 35 passages aux urgences par jour qui sont évités grâce au CSNP. L'activité du CSNP génère également de l'activité valorisable pour le CHIAP avec les demandes de biologies, d'imageries et d'avis de spécialistes ou la fréquentation du parking.

Enfin, des pistes d'amélioration afin de faire progresser le suivi du dispositif de CSNP, fluidifier les liens entre les deux structures ou encore parfaire le fonctionnement du CSNP sont possibles et identifiées.

#### **Mots clés :**

Urgences, Centre de soins non programmés, innovation en santé, coopération public-privé, gradation des prises en charge, accessibilité aux soins.

*L'Ecole des Hautes Etudes 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.*