



Les Centres de Soins Non Programmés (CSNP)

Un nouveau chaînon de l'offre de soins



Introduction

De plus en plus de centres de soins non programmés (CNSP) ouvrent leurs portes en France et viennent apporter une réponse complémentaire à la prise en charge des patients. Le département santé et médico-social de Mazars a souhaité en savoir plus sur ces structures, leurs atouts, leur rôle et leur avenir. Nous avons échangé avec Maeva Delaveau médecin urgentiste et Présidente de la Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés (FFCSNP).

Issue d'un parcours hospitalier, Maeva Delaveau a exercé au sein de services d'urgence et du SAMU pendant 17 ans. Elle a ensuite décidé de créer un centre de soins non programmés situé entre Aix-en-Provence et Marseille : le centre médical de soins urgents URGENT CARE à Bouc-Bel-Air. Ce centre a ouvert ses portes en avril 2021 et compte des médecins généralistes et urgentistes et des infirmiers.



Maeva Delaveau
Médecin urgentiste et Présidente
de la Fédération Française des Centres
de Soins Non Programmés (FFCSNP)

Interview du Dr Maeva Delaveau

Docteur Delaveau, pouvez-vous nous présenter le Centre de Soins Non Programmés Urgent Care dans lequel vous exercez et comment celui-ci a été créé ?

Maeva Delaveau : C'est un choix de de travailler dans le secteur de l'urgence, il y a un profond désir de soigner. Ce n'est pas un métier choisi par hasard, c'est difficile d'envisager de faire autre chose pour les urgentistes parce que c'est un métier qu'ils aiment, même dans les moments où ils sont usés par le système hospitalier (par exemple, la lourdeur de la mise en œuvre d'un projet au sein des institutions lorsqu'ils veulent faire bouger les lignes, le temps administratif passé à chercher des lits pour les patients ou encore cette impression de faire toujours plus avec toujours moins). Le lendemain des gardes, ils se disent souvent « est ce que j'ai fait du bon boulot » et de plus en plus souvent répondent « non ».

Tous ces aspects peuvent leur faire quitter le monde de l'hôpital, tout en restant médecin puisque c'est ce qu'ils aiment faire. La question posée est alors « Comment est-ce qu'on peut concilier ce qu'on sait faire et la façon dont on voudrait que ça se fasse, tout en continuant à amener du soin au patient et peut-être même plus de proximité ? »

L'idée a été de monter cette structure, médico-infirmière, qui est une prise en charge de toutes les petites urgences qui ne nécessitent pas le plateau technique hospitalier au plus près des patients.

Pouvez-vous nous présenter la fédération nationale des CSNP dont vous êtes la Présidente et qui a été créée en septembre 2022 ?

MD : Je me suis rapprochée d'autres structures de même type qui existent un peu partout en France. Puis, j'ai commencé à prendre des contacts réguliers avec plusieurs d'entre elles.

Petit à petit, une fois l'activité lancée sur LinkedIn, nous avons beaucoup communiqué les uns avec les autres, parce que nous partagions les mêmes difficultés. Nous avons commencé à nous renseigner sur ce qu'il se passait ailleurs. En effet, chaque structure est montée avec plus ou moins de facilité « dans son coin ».

Ainsi, l'idée d'une fédération est née. Son ambition : recenser l'ensemble des structures de même type qui sont sur le territoire et partager nos expériences, que ce soit pour créer de nouveaux centres ou encore dans le cadre de nos relations avec nos tutelles.

L'objectif final est de soigner un maximum de patients et d'être un intermédiaire entre le cabinet de médecine de ville et les services d'urgence, dans un contexte d'offre de soins en restructuration.

Nombreux sont les médecins exerçant en CSNP qui sont originaires du milieu hospitalier et y exercent.

L'organisation du travail d'équipe et la protocolisation sont ancrées. Ils souhaitent tous donner de la visibilité à leurs structures dans l'offre de soins, les recenser et pouvoir proposer un cadre structuré aux tutelles. Le monitoring passe aussi par l'identification du volume d'actes qui sont déjà réalisés par les CSNP. La quarantaine de centres fédérés réalisent actuellement plusieurs centaines de milliers d'actes en une année. 99 % des patients pris en charge ne sont pas réorientés vers un service d'urgence. C'est une solution qui fonctionne et c'est important de la porter à la vue de tous.

Nous nous sommes donc regroupés en fédération.

A photograph showing a female doctor with long, wavy brown hair, wearing a dark red long-sleeved top, examining a patient's ear. The patient has long, wavy blonde hair and is wearing a light blue top. The doctor is using an otoscope to look into the patient's ear. The background is a clinical setting with white walls and medical equipment.

« Tous ces aspects peuvent leur faire quitter le monde de l'hôpital, tout en restant médecin puisque c'est ce qu'ils aiment faire. La question posée est alors "Comment est-ce qu'on peut concilier ce qu'on sait faire et la façon dont on voudrait que ça se fasse, tout en continuant à amener du soin au patient et peut-être même plus de proximité ?" ».

Maeva Delaveau
Médecin urgentiste et Présidente de la Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés (FFCSNP)

Interview du Dr Maeva Delaveau

Selon vous, la fédération a-t-elle vocation à définir ce qu'est un CSNP ?

MD : La fédération souhaite labelliser les centres de soins non programmés parce que ce sont des structures avec un plateau technique lourdes à mettre en place. Il s'agit de s'assurer que l'on parle de structures de même type.

Les CSNP nécessitent une grande organisation et une capacité financière. Ils accueillent plusieurs patients simultanément qui vont rester entre une et deux heures dans les locaux, donc il faut une structure suffisamment grande pour faire de la radiologie, mettre en place un secrétariat (le flux de patients est important), et disposer d'assez de matériel (et ainsi être une structure bien équipée).

Nous réfléchissons à proposer que soient mis en place des niveaux de labels en fonction des plateaux techniques présents pour avoir une offre structurée et facilement identifiable. Il est important de savoir quel plateau technique existe sur place pour pouvoir adresser le patient au bon endroit, réduire le temps d'attente et éviter les transferts.

La définition du CSNP est essentielle, elle doit venir des acteurs de terrain et ne pas être imposée. Un peu partout en France, les CSNP existent avec des professionnels de la médecine aigüe. Je pense que les personnes du terrain sont les plus à même de savoir ce qu'est un CSNP, ils savent également à quel type d'offre de soins ils répondent.

Pendant la période du COVID par exemple, les solutions efficaces ont émergé du terrain.

Ce sont les médecins, les services hospitaliers et les infirmiers qui connaissent le mieux leur écosystème et leur réseau. Ils savent précisément comment doivent s'articuler les soins pour avoir une filière qui soit efficiente.

Il faut également échanger autour des problématiques relatives à la création des CSNP, notamment concernant la présence d'infirmiers, en lien avec les tutelles, notamment de l'Assurance Maladie. Cette offre de soins, cette nouvelle façon d'exercer la médecine aigüe doit bénéficier d'une organisation nouvelle pour que les choses soient bien structurées.

Pouvez-vous nous présenter la charte de la FNCSNP ?

MD : La charte sert à regrouper les centres qui ont le même type d'activité. Ce sont des centres médicaux ou médico-infirmiers, qui prennent en charge les petites urgences ne requérant pas un plateau technique hospitalier, mais qui nécessitent la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Par exemple, un traumatisme qui va avoir besoin dans le même temps d'un examen clinique, d'une radiographie et d'une immobilisation avec résine voire d'une orientation vers une chirurgie secondaire peut être pris en charge intégralement et en un seul temps sur un CSNP.

Le seul endroit actuel, en dehors des centres de soins non programmés, où tout cela est possible est le service d'urgence. Ainsi, quand on dit que les patients vont aux urgences pour rien, ce n'est pas vrai. Tant qu'il n'y a pas d'alternative à leur proposer, ils vont aller à l'endroit où tous ces examens sont possibles. Et ce n'est pas parce qu'un patient se rendant aux urgences ne se fait pas hospitaliser qu'il est venu pour rien. Il faut trouver une alternative où on puisse lui proposer ce type de soins en dehors de l'hôpital.

Les CSNP sont vraiment dédiés à ces prises en charge correspondant à classification clinique des malades aux urgences 1 et 2 (CCMU1 et CCMU2).

Interview du Dr Maeva Delaveau

Quelle est la complémentarité entre les CSNP et les autres nouveaux dispositifs (CPTS, SAS, ...) en charge de l'organisation des soins non programmés et des urgences ?

MD : Tous les membres fondateurs de la Fédération ont été impliqués dans la mise en place des services d'accès aux soins (SAS) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans les différents départements. Ce sont aussi ces réflexions qui ont poussé à la création de la Fédération afin que les CSNP soient pleinement impliqués dans l'organisation territoriale et notamment dans les SAS. Aujourd'hui, les SAS se mettent en place dans certains territoires sans prendre en compte les CSNP. C'est comme faire un gâteau au chocolat sans y mettre de chocolat. C'est possible mais ce sera probablement beaucoup plus compliqué et beaucoup moins bon.

Les centres fondateurs et tous les derniers centres qui ont rejoint la fédération sont gérés par des professionnels qui sont extrêmement investis dans leur CPTS. Le maillage avec les CPTS existe donc déjà. Ce sont des structures qui se sont mises en place sur un territoire et ça se fait en réseau avec tous les médecins. Au moins 30% de nos patients nous sont adressés par des médecins généralistes de notre CPTS ou d'une CPTS proche.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures différentes permettant d'avoir des coordinations de médecins et de professionnels de santé de spécialités différentes. Mais il n'y a pas l'idée d'une consultation non programmée de médecine aigüe.

Ces structures adressent également des patients aux CSNP.

Quant au système d'accès aux soins, dans les Bouches-du-Rhône, les CSNP participent activement à sa mise en place, effective depuis le 5 juillet, afin d'assurer la prise en charge de patients nécessitant des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques, en délestant les services d'urgence.

Les CSNP peuvent-ils contribuer à lutter contre les difficultés actuellement rencontrée par les services hospitaliers d'urgence ?

MD : Les CSNP participent de plusieurs manières.

Premièrement, la prise en charge de toutes ces petites urgences prend du temps : consultation, réalisation d'examen, mise en place d'un thérapeutique voire avis spécialisé. Et pourtant, ces patients ne nécessitent pas un plateau technique d'un service d'urgence : s'ils sont pris en charge en dehors d'un service d'urgence cela permet aux urgentistes de se recentrer sur des cas plus graves.

Les patients CCMU2 représentent 60 à 70 % des passages aux urgences. Ils peuvent majoritairement être pris en charge par les CSNP : réalisation de radiographie, de biologie, d'un examen clinique, d'une perfusion, de suture, d'une immobilisation peuvent être réalisés en CSNP.

Deuxièmement, la plupart des médecins qui exercent en CSNP ont un exercice mixte (en service d'urgence public ou privé, en SMUR, ...). Il s'agit de professionnels qui se consacrent intégralement à la médecine d'urgence et ont la capacité de gérer des flux importants de patients, d'évaluer la gravité, d'orienter les patients. Cela fait la plus-value des CSNP.

La mixité des activités est une réponse à la fuite du personnel hospitalier. Les urgentistes quittent, à regret, les SAU par usure, avec l'impression de ne plus être en mesure d'effectuer correctement leur travail, ou bien confrontés à des problèmes de violence.

A l'inverse, l'exercice médical dans les CSNP est très valorisant. Il y a une forte reconnaissance des patients. Les médecins retrouvent alors beaucoup de plaisir à travailler et à interagir avec leur patient.

C'est une solution pour les plus anciens et pour les plus jeunes aussi. C'est une bonne chose de leur montrer que les urgences ne se résument pas à « en baver », et qu'il peut aussi y avoir de la reconnaissance. Cela permet par ailleurs de garder un lien avec l'hôpital, ses apports techniques et intellectuels.

Les CSNP permettent de désengorger les urgences des patients qui ne nécessitent pas le plateau technique hospitalier mais un avis médical urgent et des examens complémentaires.



« C'est une solution pour les plus anciens et pour les plus jeunes aussi. C'est une bonne chose de leur montrer que les urgences ne se résument pas à "en baver", et qu'il peut aussi y avoir de la reconnaissance. Cela permet par ailleurs de garder un lien avec l'hôpital, ses apports techniques et intellectuels. ».

Maeva Delaveau

Médecin urgentiste et Présidente de la Fédération Française des Centres de Soins Non Programmés (FFCSNP)

Interview du Dr Maeva Delaveau

Selon vous, comment les CSNP sont-ils amenés à se développer sur le territoire ces prochaines années ? Quels seront les facteurs de réussite ?

MD : Il faut que les tutelles se penchent sur les CSNP et participent à leur mise en place.

Ils ne peuvent pas continuer à émerger d'initiatives personnelles de médecins qui identifient un manque sur leur territoire. Il faut une réelle prise de conscience des pouvoirs publics et travailler main dans la main avec eux.

Je reçois quotidiennement des appels de médecins qui essaient de monter des centres dans des territoires qui en ont besoin mais qui se heurtent aux tutelles. Les professionnels sont motivés mais rencontrent beaucoup de difficultés à avancer. Il faut tout mettre en œuvre pour que cela fonctionne, avec des règles bien établies.

Il ne faut pas bloquer ce type d'initiatives, et si c'est le cas aujourd'hui, c'est parce que les structures ne sont pas bien identifiées, parce qu'il y a une peur des médecins dans les territoires où le CSNP peut s'implanter. Il suffirait de partager avec les praticiens où un CSNP est implanté pour rassurer les acteurs. Les CSNP ne s'approprient pas la patientèle des médecins généralistes, il n'y a pas de suivi. Par exemple un patient qui irait voir un médecin généraliste pour une fracture, irait en consultation, puis faire une radio et reviendrait chez le médecin etc. A l'inverse, ce patient serait pris en charge en 1 à 2h par le CSNP en une seule fois, avec compte rendu adressé au médecin traitant.

Il faut prendre conscience que ces structures existent. Elles doivent venir compléter l'offre de soin. De même, les médecins généralistes doivent se concentrer sur les patients qu'ils ont en charge sans passer des heures à résoudre un problème aigu.

Certains centres sont en grandes difficultés financières et envisagent de fermer, alors qu'ils prennent en charge des centaines de patients. Les structures sont très coûteuses en termes de matériel avec les actes médicaux insuffisamment valorisés pour être rentables. De plus, faute de médecins, certains envisagent de fermer. Si l'offre se structure davantage, l'attractivité des centres en bénéficiera certainement.

Quels conseils donneriez-vous à des professionnels souhaitant s'engager dans un projet d'ouverture d'un CSNP ?

MD : Mes conseils sont les suivants :

- Bien connaître le besoin de son territoire : l'objectif n'est pas de multiplier le nombre de structures sur des territoires proches, mais d'offrir un maillage qui soit cohérent et en adéquation avec les besoins.
- Monter son projet de façon concertée avec toutes les structures, les CPTS et les tutelles, entre autres.
- S'appuyer, grâce à la fédération notamment, sur les expériences de chacun et prendre connaissance des différents montages juridiques et économiques possibles.

Conclusion

Alors que la première journée nationale des CNSP s'organise le 13 octobre prochain à Lyon, l'arrivée de ces nouveaux acteurs de l'offre de soins sur le territoire se structure. Les CNSP répondent à un véritable besoin et viennent compléter la palette de solutions pour offrir une prise en charge graduée et réactive sur le territoire. Pour que cette arrivée s'intègre harmonieusement au paysage sanitaire, la création des CNSP devra se faire en subsidiarité de l'offre en présence afin de garantir la complémentarité des solutions offertes au patient et la mobilisation des acteurs territoriaux engagés.



Krystyna Gaillard
Manager



Laetitia Rault
Associée

Contacts

Krystyna Gaillard
Manager
krystyna.gaillard@mazars.fr

Laetitia Rault
Associée
laetitia.rault@mazars.fr

Mazars est un groupe international et intégré spécialisé dans l'audit, la fiscalité et le conseil ainsi que dans les services comptables et juridiques.* Présents dans plus de 95 pays et territoires à travers le monde, nous nous appuyons sur l'expertise de plus de 47 000 professionnels – plus de 30 000 au sein de notre partnership intégré et plus de 17 000 via « Mazars North America Alliance » – pour accompagner les clients de toutes tailles à chaque étape de leur développement.

*Dans les pays où les lois en vigueur l'autorisent

© Septembre 2023

www.mazars.fr

mazars