

*Avis sur la révision du volet médecine d'urgence du Schéma régional de santé  
France Assos Santé Bourgogne Franche-Comté  
Mai 2025*

Les associations de représentants d'usagers (RU) n'ont pas été sollicitées pour donner un avis pour le projet de révision du schéma régional de santé (SRS) et en particulier son volet urgences. Certes les RU sont présents à la CRSA et dans les CDCA, qui ont été appelées à faire connaître leurs avis dans le cadre de la procédure réglementaire de révision. Néanmoins, compte tenu de l'intérêt particulier que représente la prise en charge des urgences pour l'accès aux soins de l'ensemble de la population, le bureau de France Assos Santé BFC, réuni le 20 mai, a décidé d'analyser le projet de révision du volet urgences du SRS et de faire connaître ses remarques au Directeur Général de l'ARS BFC avant la date limite du 31 mai.

***Sur les principes fondamentaux***

France Assos Santé BFC tient à rappeler son attachement aux deux principes qui constituent les fondements historiques de la prise en charge des urgences médicales par les établissements de santé :

- la permanence : l'urgence pouvant intervenir à tout moment, un service d'accueil des urgences doit, par essence, fonctionner en permanence 24h/24,
- l'universalité : un service d'urgence doit pouvoir répondre à la demande de soins de tout individu sans aucune distinction.

Nous regrettons que le SRS ne rappelle pas ces principes et ne se fixe pas l'objectif de les retrouver une fois la crise passée.

***Sur la crise des urgences***

Notre système de santé traverse une crise sans précédent aux causes multiples, qui affecte tout particulièrement l'activité de prise en charge des urgences, du fait notamment :

- d'une augmentation de la demande de soins qui est la conséquence du vieillissement de la population, de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la précarité, du désengagement de la médecine libérale dans la permanence des soins ambulatoires,
- d'une érosion de l'offre, du fait de l'insuffisance des ressources humaines, médecins et soignants et de moyens matériels.

Face à ce constat et à la nécessité de prendre en compte cette situation, nous ne pouvons qu'être d'accord avec les 3 objectifs généraux, les 11 objectifs opérationnels et les nombreux exemples d'actions qui sont présentés dans le projet de SRS, même si parfois ils paraissent éloignés des préoccupations immédiates des usagers.

Il est en effet des points de vigilance auxquels les RU sont plus particulièrement attentifs.

Ils portent sur l'efficacité et la qualité de la prise en charge à chacun des stades de l'urgence : l'amont (régulation de la demande), dans les services d'urgence (les circuits, l'organisation) et l'aval (la sortie).

### ***Sur la régulation de la demande de soins urgents***

Il faut bien reconnaître que pour limiter l'engorgement des urgences, et faute de pouvoir augmenter leurs ressources humaines, il faut limiter le nombre des venues aux seuls cas qui relèvent de la véritable urgence.

#### *La régulation préalable de l'accès aux urgences*

La régulation préalable par le recours au 15 pourquoi pas ? Même si elle est contraire au principe historique d'un service d'urgence ouvert à tous et à tout moment.

La régulation temporaire peut diminuer la pression sur les services d'urgence mais les RU seront vigilants quant à la régulation dite pérenne pour 3 ans, qui vient d'être rendue possible : il ne faudrait pas qu'elle devienne éternelle.

La régulation préalable n'est acceptable que si :

- la population est clairement informée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui en dépit de ce qui est mentionné dans les arrêtés rendus par le DG de l'ARS,
- une réponse pertinente est donnée au patient tant en ce qui concerne l'évaluation du motif de l'appel que de la suite qui lui est réservée,
- les CRRA 15 et les SAS disposent des moyens nécessaires pour répondre à l'augmentation du nombre des appels, notamment en assistants de régulation médicale (ARM) formés et médecins régulateurs.

#### ***Points de vigilance :***

- **La temporalité de la régulation,**
- **L'information de la population,**
- **L'accueil et la réorientation des patients,**
- **La qualité et la pertinence des réponses téléphoniques du 15.**

#### *Les services d'accès aux soins*

On en parle beaucoup mais on ne les voit guère et on les connaît peu : aucune information n'a été faite. Les médecins de ville semblent peu engagés dans ce dispositif.

Les usagers seront attentifs à leur maturation.

#### *La collaboration ville hôpital*

Cette collaboration avec les médecins libéraux paraît incontournable, celle-ci passe par :

- le renforcement du rôle des CPTS dont la première des 6 missions de service public qui leur sont dévolues par l'ordonnance du 12 mai 2021 est « l'amélioration de l'accès aux soins »,
- la création de maisons médicales de garde (MMG) que le SRS passe sous silence alors que celles qui existent et font leurs preuves (ex : celle de Pontarlier),
- les MMG répondent aux intérêts du patient qui peut recevoir le soin qu'il recherche, du service d'urgence qui peut ainsi se recentrer sur l'urgence véritable, des médecins libéraux qui y

trouvent une alternative valorisante à la PDSA et leur permet de satisfaire à l'obligation déontologique de participer à la permanence des soins,

- la réorganisation de la PDSA dont l'érosion ne cesse de s'aggraver avec le désengagement des médecins libéraux et trop souvent l'aval des ARS,
- le développement des professionnels correspondants de SAMU. Cette possibilité jusqu'alors réservée aux médecins vient d'être étendue à d'autres professionnels de santé (infirmier(e)s, sage-femmes). Elle est conforme à l'intérêt du patient qui peut recevoir un soin avant même l'arrivée du SMUR.

### **Aux urgences**

#### *Les antennes d'urgences*

La réforme de autorisations de l'activité de médecine d'urgence permet la création d'antennes d'urgence : une sorte de service d'urgence à temps partiel (pour ne pas dire dégradé) contraire au principe de permanence précédemment énoncé.

FAS a noté que les OQOS du SRS ne permettent pas de création *ex nihilo* mais par transformation d'un service d'urgence : c'est une possibilité qui est offerte à l'établissement en attendant des « jours meilleurs ».

Il vaut donc mieux une antenne que pas de service du tout, mais dans ce cas également, il est souhaitable qu'il y ait un caractère réversible.

#### *Les plateaux techniques*

Le recours aux plateaux techniques spécialisés pour la prise en charge des urgences cardiologiques, neurovasculaires, gynécologiques et obstétricales doit être favorisé et se traduire par :

- une meilleure collaboration médicale entre ces disciplines et le service d'urgence dans le cadre de la permanence des soins de l'établissement (PDSES),
- l'organisation d'un accès direct à ces spécialités sans passage obligé par le service des urgences, ce qui constitue un gain de temps et un gain de chance pour le patient.

#### *Les urgences spécialisées*

- Les urgences pédiatriques :

La réforme des autorisations prévoit, avec juste raison, une autorisation spécifique pour les urgences pédiatriques.

Si elle n'est pas réservée aux seuls établissements disposant de surspécialités pédiatriques (chirurgie par exemple) ce qui écarterait beaucoup d'établissements, il n'en demeure pas moins qu'elle reste soumise à des exigences particulières en termes d'organisation (circuit, locaux...) et de compétences qui ne semblent pas toujours respectées dans les demandes qui ont été déposées dans le cadre des renouvellements d'autorisations.

Aussi, les représentants des usagers seront-ils particulièrement vigilants sur cette prise en charge.

- Les urgences psychiatriques :

Le SRS n'évoque pas la prise en charge des urgences psychiatriques et c'est une grave lacune.

La prévalence des troubles psychiatriques est en forte augmentation depuis les années Covid, en particulier chez les jeunes, alors que les établissements spécialisés en psychiatrie traversent une crise particulièrement aigue.

Par ailleurs, les ruptures d'approvisionnement des médicaments psychotropes et anti-dépresseurs deviennent de plus en plus importantes.

Enfin, les médecins de ville restent encore trop désarmés pour la prise en charge de ces urgences. Certes tous les troubles de santé mentale ne relèvent pas de l'urgence, mais l'augmentation du nombre des situations d'urgence et leur spécificité, souvent accompagnée de violence, nécessitent une prise en charge indépendante et adaptée.

La nécessaire collaboration entre les établissements disposant d'un service d'urgence et les établissements spécialisés en psychiatrie doit être clarifiée : qui fait quoi ? qui finance ?

### *Le partage et la délégation des tâches*

Tout doit être mis en œuvre pour redonner du temps médical par une plus grande délégation de tâches aux infirmier(e)s sans attendre la réforme du métier, et par un recours accru aux IPA en urgences.

### *Les filières internes*

D'un point de vue humain les représentants des usagers seront attentifs à la qualité de la prise en charge des :

- Personnes âgées :

Elles constituent une part de plus en plus importante des patients ayant recours aux urgences et pour beaucoup présentent une affection chronique ou un état polypathologique qui nécessitent des compétences et une attention particulières.

- Personnes en situation de handicap :

L'accès des personnes handicapées et de leurs aidants à l'hôpital, et en particulier aux urgences, reste encore difficile et source de stress importante.

Tous les établissements n'ont pas encore mis en place leur référent handicap pourtant obligatoire, ni organisé des consultations et des circuits adaptés.

- Personnes vulnérables :

Au-delà même des deux catégories précitées, les personnes vulnérables sont en nombre croissant notamment avec l'augmentation de la population vivant sous le seuil de pauvreté.

FAS BFC ne peut dire si les PASS sont en nombre suffisant mais toujours est-il que chaque établissement disposant d'un service d'urgences devrait disposer d'une PASS ou d'une organisation s'en rapprochant.

Pour ces trois catégories de personnes, les usagers seront particulièrement attentifs à la possibilité d'être accompagnées de leurs proches aidants, ce qui de moins en moins possible.

Si cette présence est une mesure de bon sens et de respect pour ces personnes, elle ne doit pas être considérée comme une gêne pour les soignants mais plutôt comme facilitant leur tâche.

### ***Points de vigilance :***

- **La création d'antennes d'urgences,**
- **Le recours aux plateaux techniques spécialisés,**
- **L'organisation des urgences spécialisées : pédiatriques et psychiatriques,**
- **Le recours au partage et à la délégation des tâches,**
- **La prise en charge des personnes âgées, en situation de handicap et vulnérables.**

### **En aval :**

Toujours pour limiter « l'engorgement » des urgences il faut réduire le temps de passage, ce qui implique :

- d'améliorer la gestion des lits vacants dans chaque établissement car la « chasse aux lits » est une perte de temps considérable pour les soignants, et un inconfort pour le patient qui doit rester sur son brancard aux urgences. L'expérience montre que la fonction de « bed manager » n'a pas encore fait ses preuves. Vouloir étendre cette gestion à l'ensemble des établissements du territoire ou du GHT afin de mutualiser la ressource en lits, semble illusoire, car hors temps de crise, le transfert de patients n'est pas opportun.
- d'accroître la capacité des structures d'aval : les UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) dont les capacités sont généralement trop modestes, les lits de gériatrie et/ou de médecine générale. Les lits libérés par le « virage ambulatoire » ne pourraient-ils pas venir compenser ces augmentations ?
- de faciliter le retour à domicile après passage aux urgences après s'être assuré de sa possibilité et de son organisation. Qu'il en soit fini de la « mise à la rue » en pleine nuit et sans moyen !
- d'user davantage du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) en EHPAD y compris en sortie des urgences.

### **Points de vigilance :**

- **Le développement des structures d'accueil et la gestion des lits au sein des établissements,**
- **L'anticipation de la sortie des patients,**
- **Le recours aux structures d'aval externes (EHPAD, HAD).**

**En conclusion, le projet de révision du volet urgence du SRS pour la période qui reste à courir d'ici 2028 repose sur des principes et propositions dignes d'intérêt mais il apparait comme un exercice plus académique que volontariste, loin de maîtriser la crise actuelle et de répondre aux attentes de la population.**

**Il ne prend pas en compte les situations particulièrement tendues comme par exemple dans la Nièvre ou le Nord Franche-Comté.**

**France Assos Santé Bourgogne Franche-Comté propose que le Comité de pilotage régional constitué pour la révision de ce projet soit prorogé et en mesure d'évaluer une fois par an l'évolution de la situation.**

