

Enquête : les soins urgents non programmés en Ile-de-France

Synthèse des résultats



2026

**France
Assos
Santé**
La voix des usagers
Ile-de-France

Pourquoi cette enquête ?

Face aux tensions persistantes sur l'offre hospitalière en Île-de-France et aux difficultés d'accès aux soins urgents non programmés, France Assos Santé Île-de-France a souhaité renouveler son enquête menée en 2023 afin de mieux comprendre le vécu des usagers et des aidants.

Cette nouvelle enquête répond à plusieurs objectifs :

- Recueillir des témoignages de Franciliennes et Franciliens confrontés à un besoin de soins non programmés ressenti comme urgent ;
- Comparer les résultats avec ceux de l'enquête 2023 ;
- Identifier les points de blocage dans les parcours ;
- Repérer les leviers d'amélioration et nourrir un plaidoyer auprès de l'ARS, des acteurs régionaux et des pouvoirs publics.

Étapes

- Amélioration du questionnaire : l'équipe salariée de France Assos Santé IDF, accompagnée d'un binôme composé d'une patiente partenaire et d'un professionnel de santé expert de l'expérience patient, a réuni un groupe de travail inter-associatif pour améliorer le formulaire utilisé en 2023. Plusieurs ajustements ont été apportés : ajout de questions socio-démographiques, distinction entre les parcours « pour moi-même » et « pour un tiers », reformulation des questions pour les rendre plus claires, et adaptation du texte d'introduction avec l'appui du DPO.
- Stratégie de diffusion : Un second atelier a permis de valider le questionnaire et de travailler la stratégie de communication. Le groupe a identifié des messages d'accroche et un calendrier de diffusion afin de relayer l'enquête via les réseaux sociaux, les associations d'usagers et les partenaires.
- Collecte et analyse des données : La collecte s'est déroulée du 3 novembre 2025 au 6 février 2026. Les réponses ont ensuite fait l'objet d'une analyse quantitative des questions fermées et d'une analyse qualitative des verbatims. L'analyse qualitative s'est appuyée sur une méthode de topic modelling via un Grand Modèle de Langage, dans un environnement souverain français et sécurisé HDS. Les résultats produits ont été vérifiés manuellement par les experts à partir des verbatims bruts.

Résultats

Profil des répondants

L'enquête a recueilli 214 réponses exploitables. Les répondants ne sont pas représentatifs de l'ensemble des usagers franciliens : ils sont majoritairement âgés, retraités, issus de catégories socioprofessionnelles favorisées et proches du profil des représentants des usagers.

Cette limite invite à interpréter les résultats comme des retours d'expérience qualitatifs riches, mais non comme une photographie statistiquement représentative de la population francilienne.

Satisfaction et résolution des situations

La note moyenne attribuée aux parcours est de 5,57/10. Les parcours « pour moi-même » sont mieux notés que les parcours « pour un tiers », avec une moyenne de 6,17/10 contre 4,25/10.

Les résultats montrent des difficultés persistantes d'accès aux soins :

- Dans 62,15 % des cas, le problème de santé n'est pas résolu au premier contact.
- 17 % des répondants déclarent ne pas avoir trouvé de solution au moment de l'enquête.
- 22 % indiquent avoir renoncé à consulter un professionnel ou une structure au cours de leur parcours.

Pourquoi les urgences restent un recours majeur ?

L'enquête montre que les urgences restent souvent utilisées non par choix, mais par défaut. Plusieurs facteurs expliquent ce recours.

L'échec du premier recours en ville

L'impossibilité d'obtenir un rendez-vous rapide avec un médecin généraliste, l'absence de médecin traitant, les refus de nouveaux patients ou les délais incompatibles avec l'urgence ressentie conduisent les usagers vers les urgences.

Celles-ci apparaissent alors comme le seul lieu capable de débloquer rapidement une situation, d'obtenir un avis spécialisé, une hospitalisation ou un bilan complet.

La méfiance envers la régulation téléphonique

La régulation par le 15, le 116 ou le 3114 est parfois vécue comme une impasse : attente trop longue, minimisation des symptômes, orientations contradictoires ou refus de prise en charge physique.

Pour certains usagers, se déplacer directement aux urgences semble moins risqué que d'attendre une réponse jugée incertaine.

L'inefficacité perçue des alternatives

Les maisons médicales de garde, SOS Médecins ou la téléconsultation sont parfois jugés insuffisants, notamment lorsque la situation nécessite un examen clinique, une imagerie ou un avis spécialisé.

Ces alternatives peuvent aussi renvoyer les patients vers les urgences, renforçant l'idée que l'hôpital reste le recours le plus sûr.

Le besoin d'un plateau technique immédiat

Les urgences sont valorisées pour leur capacité à réaliser rapidement des examens, poser un diagnostic et organiser une prise en charge. Elles représentent une forme de sécurité, en particulier pour les personnes vulnérables ou les situations ressenties comme graves.

Ce qui fonctionne

Les témoignages positifs ne décrivent pas un système sans difficulté, mais des situations où la réponse a été rapide, coordonnée et humaine.

Réactivité de la chaîne de secours

La coordination entre pompiers, SAMU et hôpitaux est fortement appréciée lorsqu'elle permet une prise en charge rapide, un transport adapté et une transmission efficace des informations médicales.

Efficacité technique des urgences

Les usagers valorisent l'accès rapide aux examens, au diagnostic, à l'hospitalisation ou à l'intervention lorsque cela est nécessaire. Le plateau technique hospitalier reste un levier majeur de sécurisation des parcours.

Qualité relationnelle des soignants

L'écoute, la bienveillance, la clarté des explications et la reconnaissance de la douleur peuvent transformer positivement l'expérience, même lorsque l'attente est longue.

Alternatives accessibles et efficaces

Lorsque la médecine de ville, les services spécialisés ou les solutions alternatives permettent un rendez-vous rapide et une réponse adaptée, elles sont perçues très positivement. Toutefois, le recours au secteur privé soulève une question d'équité d'accès.

Points de rupture

Régulation téléphonique

La régulation constitue un point de fragilité majeur lorsqu'elle est inaccessible, trop lente ou perçue comme minimisant la situation. Ces difficultés peuvent conduire les usagers à contourner le dispositif en se rendant directement aux urgences.

Errance et erreurs de diagnostic

Les témoignages évoquent des situations d'errance, de diagnostics tardifs ou d'erreurs médicales, avec parfois des conséquences graves. Ces expériences renforcent la défiance envers le système.

Conditions d'attente et d'accueil

Les usagers décrivent des temps d'attente très longs, un manque d'information, des conditions matérielles difficiles, parfois indignes, et un sentiment d'abandon.

Renoncement aux soins

Le renoncement apparaît comme un choix contraint, lié à des barrières logistiques, financières, administratives, à l'épuisement ou à la saturation des structures.

Santé mentale, fin de vie et vulnérabilités

L'enquête met en évidence des angles morts particulièrement sensibles : manque de lits en psychiatrie, difficultés de prise en charge à domicile, exclusion des aidants, accompagnement insuffisant en fin de vie et conditions matérielles dégradées.

Parcours « pour moi-même » et « pour un tiers »

L'enquête montre une différence nette entre les attentes des patients et celles des aidants.

Pour les personnes répondant pour elles-mêmes, l'évaluation dépend fortement de la reconnaissance de la douleur, du respect de la dignité, de la qualité de l'accueil et du sentiment d'être prises au sérieux.

Pour les aidants, la priorité est la sécurité du proche, la transparence de l'information et la possibilité d'être inclus dans le parcours. Une attente longue peut être acceptée si la personne accompagnée est surveillée et prise en charge ; elle devient insupportable lorsque l'aidant est exclu ou que le proche semble en danger.

En résumé :

- Le patient veut être soigné et respecté.
- L'aidant veut être rassuré et inclus.

Limites de l'enquête

L'enquête présente plusieurs limites importantes :

- Le nombre de réponses exploitables reste inférieur aux ambitions initiales, malgré 1 650 connexions au questionnaire.
- Le taux d'abandon est élevé, notamment au début du questionnaire et lors des questions ouvertes.
- L'échantillon n'est pas représentatif de la diversité des usagers franciliens.
- Les canaux de diffusion traditionnels, principalement associatifs et numériques, n'ont pas permis de toucher suffisamment les publics jeunes, en situation de précarité ou éloignés des réseaux de France Assos Santé.

Ces limites ouvrent des pistes d'amélioration pour les prochaines enquêtes : questionnaire plus court et plus ergonomique, diffusion dans des lieux de proximité, mobilisation des mairies, pharmacies, maisons de santé, médias locaux et partenaires institutionnels.

Conclusion

Cette enquête a permis de mettre en lumière des dysfonctionnements structurels dans l'accès aux soins urgents non programmés, tout en dégagant des leviers d'action potentiels pour y remédier. Les résultats révèlent que les urgences restent souvent un recours par défaut, en raison de l'échec de la médecine de ville, de la défiance envers la régulation téléphonique, ou encore du besoin immédiat de plateaux techniques. Si les expériences positives sont liées à la réactivité des secours et à la qualité de l'accueil humain, les expériences négatives soulignent des erreurs diagnostiques, des conditions d'attente indignes et un sentiment d'abandon. Enfin, les différences entre les parcours « pour moi-même » et « pour un tiers » rappellent l'importance de l'inclusion des aidants dans les parcours de soins.

Et après ?

Organisation d'une commission du réseau sur le sujet

1 Le 14 avril 2026, une commission du réseau sur les soins urgents non programmés, ouverte à tous les membres du réseau associatif, a permis de présenter les premiers résultats de cette enquête et d'échanger avec une médecin du SAMU Île-de-France, qui a éclairé les participants sur le fonctionnement du SAS (Service d'Accès aux Soins) et les différentes étapes de la prise en charge.

➔ Poursuivre la présentation des résultats de l'enquête aux acteurs régionaux (ARS) et lors de la journée nationale de France Assos Santé.

Création d'un document FALC

2 Lors de cet événement, et à la suite de l'intervention de la médecin du SAMU d'Ile-de-France, des ateliers de co-construction ont été organisés, dont l'un avait pour objectif de réfléchir à la création d'une infographie FALC (Facile à Lire et à Comprendre) expliquant ce qu'il se passe après un appel au 15. Ce premier jet a ensuite été retravaillé par l'équipe salariée, relue par la médecin du SAMU et a reçu la certification FALC.

➔ Elaborer une stratégie de diffusion de l'infographie auprès du grand public.

Plaidoyer interassociatif

3 Ces résultats pourront servir de base pour mener un plaidoyer auprès des pouvoirs publics et des acteurs de santé. Les thématiques prioritaires incluent : la rapidité et l'efficacité de la prise en charge technique, la gestion de l'attente et l'information, le relationnel soignant et l'écoute, la régulation téléphonique, la continuité des soins et l'orientation, la prise en charge de la vulnérabilité et de la fin de vie, l'accès aux soins de ville et aux alternatives, les conditions matérielles et la dignité, ainsi que la communication auprès des accompagnants et des aidants.

➔ Elaborer et mettre en œuvre un plaidoyer régional sur la question des soins urgents non programmés.

Paroles d'usagers

Appel suite à une perte de connaissance alors que j'étais enceinte. Lèvres bleues, teint pâle. Le médecin coordinateur refuse d'envoyer une équipe car j'ai repris connaissance et demande que si je ne vais vraiment pas bien d'aller par mes propres moyens aux urgences. Mes collègues m'emmènent aux urgences, sur place je reste plusieurs heures sans prise en charge puis avant la fermeture des urgences, on me prend en charge en me donnant au final une prescription de prise de sang à faire en ville. Prise de sang que je fais dans la foulée. Au final, c'était une embolie pulmonaire, l'errance médicale a failli me tuer.

« Une ambulance a transporté ma mère jusqu'aux urgences, arrivée à 16h. je n'ai pas pu l'accompagner dans le service malgré mon insistance (elle n'avait ni ses lunettes ni ses appareils auditifs). J'ai attendu avec mon père en salle d'attente jusqu'à 19h, un médecin nous ayant précisé qu'elle subissait des examens et nous conseillait de repartir. À 21h nous avons appelé et il nous a été redit qu'elle subissait d'autres examens médicaux. À 23h le service des urgences a appelé mon père pour lui demander de venir. Elle est décédée aux urgences quelques minutes après, seule, sur un brancard. Je suis arrivée aux urgences avec ma sœur vers 23h30, le cadre de santé ne nous a pas prévenu de son décès avant que nous rentrions dans la pièce où elle se trouvait, morte, sur le brancard. »

Rendez-vous pris rapidement via Dactolib pour voir un rhumatologue, secteur privé pour avoir un scanner et confirmer le diagnostic, appel à une amie qui connaissait un neurochirurgien du secteur privé, consultation rapide, traitement rapide et efficace mais très coûteux. Chemin impossible pour des patients à faible moyen. Comment font-ils ???? »

Ils ont contribué à cette enquête

