

Les soins urgents non programmés

Résultats

Une enquête de France Assos Santé Ile-de-France



INTRODUCTION

Contexte

Depuis plusieurs années, les usagers en Île-de-France sont confrontés à des **tensions croissantes sur l'offre hospitalière**¹, liées à la fermeture de lits et de services². Cette situation a entraîné des **difficultés d'accès aux soins urgents non programmés (SUNP)**, malgré les adaptations mises en place par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, notamment via une **adaptation des parcours**³ et une **campagne de communication** dans le cadre du plan national "Urgences"⁴.

, **France Assos Santé Île-de-France**, engagée depuis plusieurs années dans le suivi de cette problématique auprès des institutions et sur le terrain, s'interroge sur l'impact de ces adaptations, au vu des **retours de terrain** recueillis auprès des représentants des usagers en établissement de santé avec des services d'urgence.

C'est pourquoi, après une première enquête menée en **2023** ayant recueilli plus de 200 témoignages et révélé une **situation critique** (42 % des répondants ayant renoncé à se soigner, une note moyenne de 4,4/10, et 46 % des Franciliens ne trouvant pas de solution face à un problème de santé urgent non programmé), **France Assos Santé Île-de-France a souhaité renouveler cette enquête en 2025**. L'objectif était d'**identifier les tendances**, les **points de blocage**, mais aussi les **leviers d'amélioration**.

Les résultats complets de l'enquête de 2023 sont disponibles [\[ici\]](#), et l'article du *Parisien* décrivant les principaux résultats est consultable [\[ici\]](#).

Objectifs

Cette nouvelle enquête s'inscrit dans une **double démarche : renouveler le recueil de témoignages** auprès des Franciliennes et des Franciliens sur leur vécu lors d'un parcours pour des SUNP, et **comparer ces données avec celles de 2023** afin d'en faire un baromètre.

¹ [Hôpitaux : plus de 4000 lits fermés en 2018, Le Figaro - 17 octobre 2019](#)

² [En 2022, plus de 6 700 lits d'hospitalisation complète ont été fermés en France, Libération – 20 décembre 2023](#)

³ [Accès aux soins : l'Ile-de-France s'organise pour l'été, Infirmière.com – 2 juillet 2025](#)

⁴ [Nouvelle campagne nationale sur l'accès aux soins pour l'été 2025 « Besoin d'un médecin ? Suivez le bon chemin » - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#)

Pour y parvenir, l'équipe salariée de la délégation francilienne de France Assos Santé, s'était fixé les **objectifs secondaires** suivants :

- Identifier un **prestataire** pour accompagner France Assos Santé Île-de-France dans ce travail, notamment pour la **méthodologie** et l'**analyse des verbatims** ;
- Constituer un **groupe de travail inter-associatif**, animé par France Assos Santé Île-de-France et le prestataire identifié ;
- Recueillir un **nombre plus important de réponses** qu'en 2023 ;
- **Médiatiser cette enquête**, en utilisant les résultats comme **outil de plaidoyer** (présentation à l'ARS et aux acteurs régionaux) et en concevant des **actions de collaboration** entre les acteurs régionaux pour trouver des solutions **pérennes et adaptées aux territoires**.

Mener cette enquête auprès des **associations membres** et des **membres du réseau** ne revient pas à remplacer le **Baromètre de l'accès aux soins 2026** mené par IPSOS et la FHF au niveau national, mais plutôt à **recueillir des témoignages de vécus réels** lorsque les usagers sont confrontés à des **soins non programmés et ressentis comme urgents**.

METHODE

Pour répondre aux attendus du projet, une **approche méthodologique en trois phases** a été mise en œuvre. Cette démarche a été **supervisée par un binôme** composé d'une **patiente partenaire** et d'un **professionnel de santé expert en recueil et analyse de l'expérience patient**, en soutien à l'équipe salariée de France Assos Santé Île-de-France.

Phase 1 – Atelier pour l'amélioration du formulaire de recueil

Un **groupe de travail** a été constitué avec l'équipe projet de France Assos Santé Île-de-France (FAS IDF) et des **usagers franciliens** issus d'associations du territoire et membres du réseau. Ce groupe s'est réuni lors d'un **atelier de deux heures** pour **co-construire le questionnaire**.

La base de travail a été proposée par l'équipe salariée de France Assos Santé Île-de-France, en s'appuyant sur le **formulaire d'enquête utilisé en 2023** et sur les **recommandations récentes de France Assos Santé** concernant sa fonction d'observatoire. Plusieurs **améliorations** ont été apportées :

- Ajout de **questions socio-démographiques** ;
- Création de **deux parcours spécifiques** : un premier pour les usagers partageant une expérience les concernant directement (**Parcours « Pour moi-même »**), et un

second pour ceux partageant une expérience pour un tiers qu'ils accompagnent (**Parcours « Pour un tiers »**) ;

- **Reformulation** de nombreuses questions pour les rendre plus claires et accessibles.

Afin de maximiser le nombre de réponses, le groupe a convenu d'élaborer un **questionnaire relativement court**. Enfin, un travail a été mené sur le **texte d'introduction** pour décrire l'objectif et le contexte de l'enquête, complété par des modifications apportées par le **Délégué à la Protection des Données (DPO)** de France Assos Santé pour les aspects réglementaires.

Phase 2 – Atelier pour l'amélioration de la méthodologie de collecte

Avec le même groupe, un **second atelier** a été organisé. Celui-ci avait pour but, dans un premier temps, de **valider le questionnaire** amendé pour qu'il corresponde aux objectifs définis lors du premier atelier. Ensuite, le groupe a travaillé sur la **stratégie de communication**, notamment sur l'**identification d'un discours** et de **phrases d'accroche convaincantes** pour favoriser la diffusion du questionnaire. Les membres du groupe ont également **réagi au calendrier de communication** proposé par l'équipe salariée de France Assos Santé Île-de-France. Cette étape était nécessaire pour lancer la collecte via les **réseaux sociaux** et le **réseau des associations d'usagers du territoire**.

Phase 3 – Traitement et analyse des données qualitatives, rédaction du rapport

À la suite de la collecte qui a duré du 3 novembre 2025 au 6 février 2026, une **analyse quantitative** des réponses aux questions fermées et une **analyse qualitative** des verbatims ont été réalisées selon le processus suivant :

- **Classement des données brutes** par le binôme d'experts, puis transmission à l'équipe de France Assos Santé Île-de-France ;
- **Analyse quantitative** par l'équipe de France Assos Santé Île-de-France ;
- **Analyse qualitative** réalisée par le binôme d'experts.

Les **échanges entre les deux équipes** ont permis d'enrichir les analyses au fur et à mesure.

Méthodologie analyse qualitative

Dans le cadre de l'analyse qualitative, la **principale méthodologie utilisée** a été le **topic modelling**⁵, déployé via un **Grand Modèle de Langage (LLM)** au sein d'un **environnement souverain français et sécurisé** (serveur habilité à Héberger des Données de Santé – HDS). Il s'agit d'une approche de **traitement automatique du langage (TAL)**⁶, à l'intersection entre la linguistique et l'intelligence artificielle.

Cette méthode permet une **lecture intelligente et massive** capable de dégager la **structure invisible** d'un corpus de textes non structurés, comme des centaines de retours d'expérience patients. Contrairement aux méthodes d'analyses sémantiques traditionnelles (basées sur la cooccurrence de mots-clés), le LLM utilise une **compréhension sémantique profonde** pour analyser le contexte global de chaque phrase et identifier les **concepts sous-jacents**, indépendamment du vocabulaire exact employé. Par exemple, des expressions variées comme « *délai d'attente excessif* », « *impossibilité d'obtenir un rendez-vous* » ou « *médecin absent trop longtemps* » sont regroupées sous un même thème latent, tel que « *barrières à l'accès aux soins* ».

Cette approche permet de **cartographier clairement** plusieurs thèmes dominants (saturation des urgences, défaut de coordination entre professionnels, renoncement aux soins), tout en conservant la **finesse des nuances** et la **hiérarchie d'importance** de chaque sujet. Chaque résultat d'analyse par topic modelling a été **validé manuellement** par les experts via l'identification et la lecture de **verbatim bruts** issus du corpus.

Enfin, chaque résultat d'analyse par topic modelling était validé par l'identification et la lecture par les experts de verbatim bruts issus du corpus. Tous les verbatim bruts sont identifiés dans la suite de ce rapport par des phrases entre guillemets et en italiques, sans aucune modification donc ces phrases peuvent comporter des fautes d'orthographe.

Limite : Cette approche ne permet pas une validité à 100 % des analyses, car elle repose sur une **approche probabiliste** (la probabilité qu'un verbatim appartienne à un thème) plutôt que sur une approche **déterministe** (un verbatim appartient à un thème si et seulement si un mot-clé est reconnu).

⁵ [Chapitre 7 Rechercher des thèmes \(topic modelling\) | Le Descriptoire: Recueil et analyse de texte avec R](#)

⁶ [Traitement automatique de la langue | CNRS Sciences humaines & sociales](#)

RESULTATS & ANALYSES

Résultats quantitatifs – Profil des répondants

1

L'enquête quantitative a permis d'analyser les résultats qualitatifs au regard du **profil des répondants**, mais aussi de **nourrir la discussion** sur les limites de cette enquête.

1.1 Nombre de réponses et répartition géographique

Les résultats révèlent une **surreprésentation des répondants « pour eux-mêmes »** par rapport à ceux répondant « pour un tiers », ainsi qu'une **concentration géographique marquée** : un tiers des réponses provient de **Paris**, le reste se répartissant entre les sept autres départements franciliens.

1.2 Profil des répondants

On observe une **majorité de femmes** parmi les répondants, mais une **inversion inattendue** de cette tendance lorsque l'enquête porte sur un tiers. Dans ce cas-là, les hommes sont plus nombreux. Les données démographiques confirment par ailleurs le **profil type des représentants des usagers (RU)** en lien avec France Assos Santé : majoritairement des **femmes, retraitées, et issues de catégories socioprofessionnelles favorisées**⁷. Ceci invite à une **lecture nuancée des résultats**, car les répondants ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population francilienne.

1.3 Notes et satisfaction

La moyenne des notes tous parcours confondus est de 5,57/10. Les écarts observés entre les notes attribuées aux parcours « **pour soi** » (6,17/10) et « **pour un tiers** » (4,25/10) soulignent l'importance d'une **attention particulière à porter aux aidants**. En revanche, **aucune différence significative** n'apparaît entre Paris et la banlieue en matière de satisfaction, quel que soit le parcours.

⁷ [Des femmes et des hommes engagés : les Représentants des Usagers - France Assos Santé](#)

1.4 Recours aux soins et résolution

Les franciliennes et les franciliens, en cas d'urgence perçue, privilégient **l'appel au 15** ou le **recours aux services d'urgence**. Les réflexes suivants sont d'appeler les **pompiers** ou encore le **médecin traitant**.

Enfin, les résultats mettent en lumière des **difficultés persistantes d'accès aux soins** : dans **62,15 % des cas**, le problème de santé n'est pas résolu lors du premier contact. **17 % des répondants** déclarent même ne pas avoir trouvé de solution au moment de l'enquête, et **22 % ont renoncé** à consulter un professionnel ou une structure dans leur parcours.

Ces résultats ont directement orienté l'**analyse qualitative**, afin d'approfondir les **freins** et **leviers** identifiés.

Pourquoi les urgences restent un des premiers recours ?

2

Malgré la **campagne de communication grand public** de l'Assurance Maladie⁸, les urgences restent le **2^e recours** du grand public, que ce soit pour les personnes répondant « **pour moi-même** » ou « **pour un tiers** ».

2.1 L'impossibilité d'accéder à un premier recours en ville

L'échec ou l'indisponibilité du premier recours en médecine de ville est la cause la plus citée dans les témoignages, qu'ils soient « résolus » ou non. **Les urgences sont utilisées comme solution de contrainte face à un système de ville saturé** : impossibilité d'obtenir un rendez-vous chez son médecin généraliste, délais incompatibles avec l'urgence ressentie, absence de médecin traitant ou refus de nouveaux patients. De plus, **les urgences deviennent un « service de déblocage » administratif et médical**, capable de trancher rapidement là où la ville ne peut pas : hospitalisation, avis spécialisé immédiat, ou prise en charge de crises psychiatriques, face à l'injoignabilité des psychiatres ou au manque de lits dédiés.

« J'ai eu une infection urinaire j'ai pris de la fosfomicine et 1 jours après ça recommence je n'ai pas osé reprendre de la fosfomicine alors j'ai voulu voir mon médecin impossible complet j'étais très mal, du coup je suis allée au labo payé moi-même un ECBU pour gagner du temps, j'ai dû attendre 2 jours le résultat j'ai vraiment souffert ! J'ai insisté auprès du secrétariat de mon médecin pour avoir un rendez-vous d'urgence par anticipation de la réception du

⁸ [Les bons réflexes à adopter pour le système de santé | L'Assurance Maladie](#)

résultat, et je l'ai eu. Pendant ces 2 jours 1/2 j'ai souffert le diable, j'étais mieux couchée, difficile de manger étant donné la position. Personne ne prend en compte ces douleurs, Doliprane = 0 effet chez moi. »

2.2 L'orientation imposée par les tiers (secours, famille, professionnels)

Une part importante des admissions aux urgences ne relève pas d'une décision directe du patient, mais de celle **des secours** (pompiers, SAMU, police) ou de **l'entourage**. Une fois ces acteurs activés, le transfert vers l'hôpital est quasi systématique, court-circuitant toute autre orientation. **Les protocoles des services de secours**, notamment en cas de troubles du comportement ou de malaises publics, **imposent souvent cette solution**, laissant peu de place à une alternative.

« Violences conjugales gérées par la police. Ils ont appelé les pompiers pour mes blessures. Ils m'ont fait un 1er bilan au commissariat puis m'ont transporté aux urgences. »

2.3 La méfiance envers la régulation téléphonique

Les appels aux numéros d'urgence (15, 116, 3114) sont souvent perçus comme une impasse : refus de prise en charge physique, orientations contradictoires, ou perte de temps liée à l'attente. La régulation est vécue comme un obstacle bureaucratique plutôt qu'un guide fiable. **Les usagers préfèrent se déplacer « pour rien » plutôt que de risquer un refus d'intervention à domicile**. Ainsi, le recours aux urgences devient la seule option lorsque la régulation et la médecine de garde ne peuvent assurer une prise en charge adaptée.

« 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. »

2.4 L'inefficacité des alternatives à l'hôpital

Les solutions alternatives (SOS Médecins, maisons médicales de garde, téléconsultation) sont souvent perçues comme des détours inefficaces, **retardant la prise en charge sans garantie de résolution**. Les usagers se voient régulièrement renvoyés vers les urgences après avoir contacté ces structures. **La téléconsultation est jugée insuffisante** pour les problèmes physiques nécessitant un examen, et l'échec de

la médecine de ville en dehors des heures ouvrables achève de convaincre les proches de se tourner vers les urgences, seul service ouvert en continu.

« J'appelle le matin une maison médicale de garde pour signaler mon problème de santé, le médecin de garde spécialiste me dit qu'après les transmissions elle me rappellera... N'ayant pas de nouvelles, je rappelle et tombe sur une interne qui au vu de mon état me dit d'aller aux urgences, j'ai attendu pendant plusieurs heures avec une tension à 21 sans aucune prise en charge... »

2.5. Le transport : un casse-tête logistique

Le transport vers les urgences est souvent assumé par les proches, les services dédiés étant défaillants ou inadaptés. En l'absence d'ambulance ou de pompiers dépêchés, **ce sont les familles qui conduisent le patient**. Les consignes de transport sont parfois inadaptées (hôpitaux sans service spécialisé), obligeant les proches à gérer des transferts complexes. Les refus de prise en charge mobile (SAMU, ambulance) sont fréquents, même pour des patients vulnérables, **renvoyant la responsabilité** du transport à la famille.

« Aucun moyen de transport c'est mon épouse qui a dû m'emmener en urgence. »

2.6. Le plateau technique des urgences : une sécurité immédiate

Les urgences sont perçues comme **le seul lieu permettant un accès rapide à un bilan complet** (clinique, imagerie, biologie) en moins de 24h, impossible à obtenir en ville. Elles offrent une garantie de sécurité technique et de continuité des soins, absente ailleurs. Pour les patients vulnérables (personnes âgées, en fin de vie), les urgences restent le seul recours capable de gérer une dégradation brutale, malgré des conditions parfois sous-optimales.

« Réorientation aux urgences pédiatriques pour diagnostic. Différents bilans ont été faits, avant une sortie nocturne. »

La persistance du recours aux urgences ne relève pas d'un manque d'information sur leur rôle théorique, mais d'une adaptation rationnelle des usagers à un système de soins saturé. Les urgences comblent en effet les **défaillances d'accès aux soins de ville** (délais, examens) et pallient les **limites de la régulation téléphonique**. Pour les usagers, c'est souvent la **seule porte d'entrée** garantissant une réponse (médicale ou technique) dans un délai compatible avec leur anxiété ou leur pathologie. Pour les **proches aidants**, les urgences restent le 2^e recours non par méconnaissance des alternatives, mais parce que **les alternatives échouent à fournir une réponse concrète** (refus de visite à domicile, impossibilité d'obtenir un RDV spécialisé, absence de transport adapté). Les urgences constituent ainsi le **seul maillon du système** capable d'intégrer simultanément le diagnostic, l'examen technique et la décision d'hospitalisation, palliant les **ruptures de soins entre la ville et l'hôpital**.

Pour quelles raisons les usagers ont une expérience positive ?

3

Les **témoignages positifs** ne décrivent pas nécessairement un système parfait, mais un système qui a su **répondre à une situation critique** avec **efficacité, rapidité ou humanité**.

3.1 La réactivité de la chaîne de secours (SAMU/Pompiers)

La **rapidité et la coordination** entre le SAMU, les pompiers et les hôpitaux sont les points les plus appréciés par les usagers. L'intervention est perçue comme immédiate, avec une **transmission fluide des informations médicales** entre les différents acteurs, ce qui garantit une prise en charge sécurisée dès l'arrivée aux urgences. Le transport médicalisé, incluant la mise en condition du patient avant son arrivée à l'hôpital, est également très valorisé.

« Appel aux pompiers qui sont arrivés rapidement et, après un 1er diagnostic, ils ont contacté le SAMU. Prise en charge par le SAMU puis transport vers le service des urgences de l'hôpital. Arrivée aux urgences de l'hôpital qui avait reçu du SAMU toutes informations médicales nécessaires et prise en charge immédiate. »

3.2 L'efficacité du plateau technique et la rapidité du diagnostic

Les urgences sont plébiscitées pour **leur capacité à offrir un bilan complet** (analyses, imagerie, examens cliniques) en un temps record, impossible à obtenir ailleurs dans l'immédiat. La **décision thérapeutique rapide** (hospitalisation, opération, soulagement de la douleur) est un autre atout majeur. Enfin, lorsque le patient contacte directement un service spécialisé qui le connaît déjà, la prise en charge est perçue comme optimale.

« Accompagnée par un membre de ma famille aux urgences de l'hôpital. Arrivée à 16H00, j'ai été prise en charge vers 1 heure du matin et diagnostic vers 3 h du matin et opérée dans l'après-midi »

3.3 Le relationnel soignant et l'écoute

Même en cas d'attente, **l'attitude du personnel peut transformer l'expérience**. L'humanité, la courtoisie et la bienveillance des soignants sont souvent soulignées. La **clarté des explications** et la reconnaissance de la priorité (tri rapide et prise en charge en box) rassurent également les patients et leurs proches.

« Appel, puis déplacement des pompiers, prise en charge : tout cela s'est fait rapidement, dans l'écoute et la bienveillance. »

3.4 Les alternatives qui fonctionnent (quand elles sont accessibles)

Certaines solutions alternatives à l'hôpital sont perçues positivement **lorsqu'elles sont efficaces et accessibles**. Une médecine de ville réactive (rendez-vous en urgence le jour même, visite à domicile) est particulièrement appréciée. **Le secteur privé, bien que cité pour son efficacité, pose cependant la question de l'équité d'accès.**

« DOCTOLIB ! RV rapide 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 ???? »

3.5 L'adaptation aux vulnérabilités spécifiques

La capacité du personnel à s'adapter à des besoins particuliers (handicap, autisme, etc.) est un point très positif. Une **prise en compte personnalisée**, comme l'écourtement des délais d'attente ou **des explications claires adaptées**, est particulièrement appréciée par les aidants.

« Nous nous sommes rendus dans le service d'urgence de manière autonome. Après deux heures d'attente (délai écourté car mon compagnon est autiste), il a été reçu par l'infirmier régulateur. Etape suivante : la radiologie (45 minutes d'attente) Retour auprès des médecins urgentistes pour manipulation (remise en place de l'épaule démise), puis explications claires et enfin remise de l'ordonnance et arrêt de travail : 30 minutes. »

3.6 La transparence sur les délais (Gestion des attentes)

Une information honnête sur les délais d'attente permet aux aidants de mieux gérer la situation, sans sentiment d'abandon. Savoir à quoi s'attendre (par exemple, une attente de plusieurs heures) leur permet d'organiser leur présence et de revenir plus tard, ce qui réduit le stress et l'incertitude.

« Contact auprès de médecins connus du patient (via connaissances et amis) car nous cherchions un premier avis de gastro entérologue pour des symptômes alarmants mais qui au début ne nous semblait pas nécessiter un passage aux urgences. Finalement nous sommes repartis aux urgences le lendemain dans une clinique du Val d'Oise, qui affichait le temps d'attente en ligne (moins d'1h annoncée quand nous sommes partis). Il a été ensuite pris en charge très rapidement, réhydraté, et ils ont réalisé les examens nécessaires... diagnostic : occlusion intestinale ! Qui a traînée sur 3 jours...nous avons eu beaucoup de chance ! »

Pour quelles raisons les usagers ont une expérience négative ?

4

Les **expériences négatives** sont marquées par un **sentiment d'abandon**, de **danger**, ou de **violence institutionnelle**, révélant des **dysfonctionnements profonds** dans le système de soins.

4.1 La régulation téléphonique : un obstacle systémique

La régulation téléphonique (15, 3114) est le premier point de rupture. Les usagers dénoncent une **minimisation des symptômes** (notamment pour les douleurs dites « invisibles » comme l'endométriose ou les AVC atypiques) et une **inaccessibilité** (attentes excessives, décrochés). Ces dysfonctionnements poussent les patients à se déplacer aux urgences par défaut, faute de mieux.

« Suspectant une tentative de suicide chez un proche habitant seul et loin de chez moi, j'ai appelé le 3114 pour être accompagnée dans ma démarche d'aidante. J'ai été mise en attente pendant plus de 40mn avec un message insupportable et anxiogène : "parce-que votre appel compte nous allons vous répondre au plus vite". A ce moment, mon ami a répondu à mes messages... J'ai donc raccroché. »

4.2 Errances et erreurs : quand le système échoue

L'**errance diagnostique** (AVC non détectés, fractures non vues, embolies pulmonaires ignorées) et les **erreurs médicales** génèrent un sentiment d'insécurité maximal. Les patients subissent aussi un « **ping-pong** » **hospitalier** : refus de prise en charge, transferts inadaptés, ou renvois à domicile contre avis médical. Ces dysfonctionnements aggravent leur état et renforcent la défiance envers le système.

« C'est une infirmière qui a fait le diagnostic et le Dr a suivie grosse erreur. »

4.3 Des conditions d'attente et d'accueil indignes

Les usagers dénoncent des **attentes extrêmes** (7h, 24h, plusieurs jours) **sans soins, sans nourriture, sans hydratation**, parfois dans des situations humiliantes (laissés en chaussettes, sur un brancard dans un couloir). Le **manque d'humanité** (patients humiliés, laissés sans surveillance) et l'**opacité administrative** (dossiers incomplets, résultats non communiqués) aggravent cette expérience.

« Après être passé aux urgences, suivi mis en place par l'hôpital. Attente de trois jours (deux nuits) aux urgences pour être fixé sur le problème de santé. Beaucoup de personnes à traiter. Manque de personnel. Prise en charge des repas problématique, la famille a dû amener de la nourriture pour y palier. »

4.4 Le renoncement aux soins : un choix subi

Le renoncement aux soins est rarement un choix, mais une **contrainte structurelle** :

- **Barrières logistiques** : manque de temps, distance, accès PMR inexistant.
- **Barrières administratives et financières** : patients sans AME, coût prohibitif du secteur privé.
- **Épuisement** : sentiment de ne pas être légitime, impossibilité d’agir sur sa santé.
- **Saturation des structures** : absence de place, échecs technologiques (téléconsultation).

4.5 Fin de vie et santé mentale : les angles morts du système

Deux situations sont particulièrement critiques :

- **L’indignité de la fin de vie** : patients mourant seuls, aidants exclus des moments clés (annonces graves, décès), notamment pour des patients désorientés.
- **L’errance psychiatrique** : manque de lits dédiés, « ping-pong » entre hôpitaux, injoignabilité des psychiatres de ville. Les aidants se retrouvent seuls face à la dangerosité de leur proche.

« Crise psychotique arrivée des pompiers et police. Qui l’amène aux urgences de l’hôpital de (ville). Hospitalisation sous contrainte mais pas de place en unité psychiatrique, il est donc sorti 2 jours après. »

4.6 Défaillances à domicile et conditions matérielles inhumaines

Les **refus de visite à domicile** (SAMU, médecins de garde) pour des personnes âgées ou dépendantes, et l’**absence de relais infirmier** pour des soins techniques, forcent les familles à organiser des solutions coûteuses et complexes. Parallèlement, les **conditions matérielles aux urgences** (brancards dans les couloirs, transferts sans prise en charge) et les **erreurs de diagnostic** (malgré les alertes des aidants) achèvent de dégrader l’expérience.

« 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 jusque 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. »

Pourquoi une telle différence de notes entre les deux parcours ?

5

La comparaison entre les deux parcours met en lumière une différence fondamentale de posture et de critères d'évaluation entre le patient qui vit l'expérience pour lui-même et le proche aidant qui la subit par procuration et en assure la logistique.

En effet, la **différence de notes** entre les deux parcours (au bénéfice du parcours « **pour moi-même** ») souligne l'importance des **dispositifs prévus – ou non – pour les accompagnateurs/aidants** dans les soins urgents et non programmés.

5.1 Le seuil de tolérance à l'attente et à l'inconfort

La différence la plus marquante entre les deux groupes réside dans leur **seuil de tolérance à l'attente et à l'inconfort**. Pour les personnes agissant **pour elles-mêmes**, une attente de quelques heures sans nouvelle est vécue comme une **souffrance ajoutée**, surtout si elle s'accompagne d'un **sentiment d'humiliation** ou de **minimisation de la douleur** (notamment pour des pathologies comme l'endométriose ou la sclérose en plaques). **Le confort immédiat et le respect personnel** sont centraux dans leur évaluation. À l'inverse, une attente peut être acceptée si elle est **expliquée** ou si la prise en charge finale est **rapide et efficace**.

Pour les **aidants**, la tolérance est plus élevée, mais elle est **conditionnée par la sécurité du proche**. Ils acceptent des attentes longues ou des conditions difficiles (comme devoir apporter de la nourriture) **tant que le problème est résolu et que le patient est en sécurité**. En revanche, la note chute **lorsque l'attente devient dangereuse** (patient seul, sans surveillance, risque vital) ou **inutile** (errance entre hôpitaux). **Le critère principal pour un aidant n'est pas son propre confort, mais la garantie que son proche est pris en charge correctement**.

5.2 La relation au corps et à la dignité vs. la relation à la sécurité et à la vigilance

Pour les personnes agissant **pour elles-mêmes**, l'expérience est avant tout **sensorielle et émotionnelle**. **Le vécu corporel** (douleur, peur, humiliation) et **le besoin d'être reconnu dans sa souffrance** sont au cœur de leur évaluation. Elles attendent un **accompagnement physique et moral** (qu'on leur montre la sortie, qu'on les rassure). **Le renoncement aux soins** est souvent lié à la **fatigue physique** ou au **sentiment de ne pas être légitime**.

Pour les **aidants**, l'expérience est une **gestion de risque et de défense**. Leur préoccupation principale est la **défaillance du système de protection** : absence de surveillance, manque de places en unité spécialisée, ou exclusion de l'aidant lors de moments critiques. **Le drame absolu** pour un aidant est **l'exclusion** (ne pas pouvoir accompagner son proche, être renvoyé alors que la situation est grave). **Le renoncement**

est souvent **logistique** (impossibilité de se déplacer) ou **administratif** (dossiers perdus, refus de transfert).

5.3. La perception de la régulation (SAMU/15) et des soins à domicile

Pour les personnes agissant **pour elles-mêmes**, le **15 est perçu comme un juge**. Elles se sentent **évaluées sur la légitimité de leur appel**, et un refus d'envoi d'une ambulance est vécu comme un **rejet personnel**. **La réussite** pour elles, c'est d'obtenir un **rendez-vous rapide en ville** (via Doctolib, un dentiste, etc.) pour éviter l'hôpital. **L'enjeu est avant tout personnel** : être pris au sérieux et obtenir une réponse adaptée à leur souffrance.

Pour les **aidants**, le **15 est perçu comme un partenaire logistique défaillant**. Ils attendent du SAMU qu'il **fournisse un moyen de transport ou un médecin à domicile** pour soulager la famille. Un **refus de visite à domicile** est vécu comme un **abandon de responsabilité**, forçant la famille à gérer seule une situation d'urgence. **La réussite** pour un aidant, c'est lorsque le SAMU **prend totalement le relais** (transport, prise en charge immédiate). **L'enjeu est collectif** : garantir la sécurité du proche sans que la famille doive tout assumer.

La différence de notes ne réside pas dans la qualité technique des soins (qui est jugée similaire dans les deux groupes), mais dans la **dimension relationnelle et organisationnelle**.

Pour le **patient seul**, la note dépend de la **qualité de l'accueil humain**. Une expérience peut être **techniquement réussie** (diagnostic posé) mais **mal notée** si le patient s'est senti **humilié ou ignoré dans sa souffrance**.

Pour l'**aidant**, la note dépend de la **fiabilité du système de prise en charge**. Une expérience peut être **techniquement imparfaite** (attente longue, repas à fournir) mais **bien notée** si l'aidant a senti que son proche était **en sécurité** et que l'équipe soignante était **transparente**. À l'inverse, la **pire note possible** vient du sentiment que l'hôpital a **mis en danger le patient** par **négligence** (surveillance absente) ou a **blessé la famille** par son **exclusion** (décès seul)

En résumé

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

DISCUSSION & LIMITES

Les résultats de cette enquête bien que riches en enseignements, appellent une analyse critique des limites rencontrées, notamment en matière de **représentativité des répondants** et de **communication**. D'autant plus ce dernier axe, qui avait pour but de servir un des objectifs initiaux : recueillir plus de témoignages qu'en 2023. Ces limites révèlent des défis persistants malgré les efforts déployés.

D'une part, la mobilisation des associations et la diffusion de l'enquête ont été marquées par une tension entre l'ambition de toucher un public large et les contraintes pratiques. Malgré une stratégie de communication ambitieuse — incluant la création d'un kit clé en main⁹ (affiches, posts pour les réseaux sociaux, lettre ouverte, etc.), des relances ciblées, et même un article de presse dans la version web du magazine *Santé Magazine*¹⁰ — le taux de participation est resté en deçà des attentes. Avec **1 650 connexions au questionnaire, 1 308 abandons précoces et seulement 214 réponses exploitables**, l'enquête n'a pas dépassé le nombre de répondants de l'édition 2023. Les abandons massifs, observés dès les questions d'inclusion/exclusion, de genre ou à la première question ouverte, interrogent. Ces étapes, bien que nécessaires pour affiner l'analyse socio-démographique (comme la question sur les Catégories Socio-Professionnelles, source de débats au sein du groupe de travail), semblent avoir découragé les participants. Ce constat rejoint une tendance connue : les enquêtes incluant des témoignages ou des questions ouvertes génèrent systématiquement plus d'abandons, soulignant la nécessité de **repenser le questionnaire** si cette enquête était à refaire. Cependant il est à noter que le nombre de connexion au questionnaire est très important et montre donc l'intérêt du sujet.

D'autre part, la non-représentativité des répondants pose un défi majeur pour la légitimité des résultats. Avec un **âge moyen de 63 ans**, une surreprésentation des **retraités (53%)** et des **cadres (47% des 28% en activité)**, l'échantillon s'éloigne significativement du profil des usagers des urgences en Île-de-France, dont l'âge moyen est de **37 ans** (ORSNP-IDF, 2024¹¹). Si cette population reflète celle des **Représentants des Usagers** — public traditionnel de France Assos Santé — elle ne permet pas de prétendre à une représentativité des usagers dans leur diversité. Ce biais soulève une question centrale : **comment toucher directement les usagers, au-delà des relais associatifs traditionnels ?** Les canaux mobilisés (mailing lists, nombreuses

⁹ <https://ile-de-france.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/13/2026/01/kit-de-com.zip>

¹⁰ [Services d'urgences en Ile-de-France, racontez votre expérience en participant à cette enquête | Santé Magazine](#)

¹¹ [RAPPORT-ANNUEL-SAU-2024-ORSNP-IDF-VF.pdf](#)

republications des posts sur les réseaux sociaux, article de presse) ont montré leurs limites, malgré quelques succès ponctuels (ex. : diffusion du kit via les mairies du Val-d'Oise grâce à des contacts personnalisés).

Pistes de réflexion pour les prochaines enquêtes

Les retours d'expérience de cette enquête offrent des leviers concrets pour améliorer la mobilisation et la représentativité. **Côté communication**, une collaboration renforcée avec les partenaires régionaux (ARS, AP-HP, Staraqs) et les médias locaux, ainsi qu'une **personnalisation des relances** (appels aux associations en amont, mise en avant de la représentativité *relative* de l'échantillon) pourraient élargir la portée. **Côté méthodologie**, la simplification des questionnaires (questions moins intrusives en début de parcours) et le choix d'une **plateforme plus ergonomique** (pour remplacer Skezia, jugée peu attractive) sont indispensables. Enfin, l'implication de **relais locaux** (mairies, maisons de santé, pharmacies) et l'affichage dans des lieux fréquentés par le grand public pourraient permettre de toucher des profils sous-représentés (personnes jeunes ou personnes en situation de précarité).

Cette enquête montre la difficulté de la mobilisation **des réseaux associatifs** pour capter la diversité des usagers. Pour assoir son rôle d'**observatoire de la santé par les usagers**, France Assos Santé devra innover dans ses méthodes de diffusion, en combinant **diversification des canaux, allègement des questionnaires** et **mobilisation de partenaires institutionnels et de terrain**.

Ces constats ont été présentés lors d'un webinaire organisé l'Observatoire de la santé des usagers, le 4 juin 2026¹². Celui-ci a réuni différents acteurs pour témoigner des bonnes pratiques et des difficultés de mener des enquêtes dans le secteur associatif. L'enjeu est double : améliorer la qualité des données recueillies tout en renforçant la légitimité des enquêtes comme outil de plaidoyer pour une santé plus inclusive.

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

¹² [Webinaire · Echange de pratiques « Comment mobiliser les usagers pour répondre à nos enquêtes »](#)

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**.

Le 14 avril 2026, une **commission du réseau sur les soins urgents non programmés**¹³, 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 SAS¹⁴ et les différentes étapes de la prise en charge. Lors de cet évènement, des **ateliers de co-construction** ont été organisés, dont l'un avait pour objectif de créer une **infographie FALC** (Facile à Lire et à Comprendre) expliquant ce qu'il se passe après un appel au 15¹⁵.

Ces résultats seront **présentés à différentes structures, notamment à l'ARS**, et 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**. Ce sujet de la place et du rôle des accompagnants dans les services d'urgences a d'ailleurs été l'objet de travaux en Ile-de-France et à l'échelle nationale.

- L'AP-HP¹⁶ a en effet publiée en mars 2025 une charte sur la place des accompagnants dans les services d'urgences à l'AP-HP. Ce travail a été fait en collaboration avec les représentants des usagers
- Un an plus tard, en mai 2026, un travail collectif piloté par la Direction générale de l'offre de soins et associant des représentants des usagers, des urgentistes, des personnes en situation de handicap, des Agences régionales de santé ainsi que les fédérations hospitalières a abouti à l'élaboration d'une seconde charte de l'accompagnant aux urgences.¹⁷

¹³ [Assemblée régionale 2026 et première commission du réseau 2026 dédiée aux Soins Urgents Non Programmés - Ile-de-France](#)

¹⁴ [Plateforme numérique du SAS | esante.gouv](#)

¹⁵ <https://ile-de-france.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/13/2026/06/Doc-SUNP-FALC-VF.pdf>

¹⁶ [Charte Sur La Place Des Accompagnants Dans Les Services D'urgences](#)

¹⁷ [Affiche A3 Charte accompagnant urgences_14042026](#)

France Assos Santé Ile-de-France remercie toutes les personnes, bénévoles et salariées, qui ont contribué à cette enquête et dont la mobilisation a été essentielle pour mener à bien cette enquête.

