



## **PLAIDOYER CRSA NORMANDIE**

**Garantir un accès effectif aux urgences pour les personnes en situation de handicap**

**Un enjeu d'égalité, de dignité et de démocratie en santé**

### **1. Pourquoi ce plaidoyer**

L'accès aux urgences des personnes en situation de handicap ne peut plus être traité comme une difficulté marginale, ponctuelle ou simplement organisationnelle.

Les échanges conduits au sein du groupe de travail de la CRSA Normandie confirment un constat préoccupant : dans de nombreuses situations, les personnes concernées accèdent aux urgences plus difficilement, sont moins bien comprises, moins bien orientées, parfois moins bien soignées, et trop souvent privées des appuis humains indispensables à une prise en charge adaptée.

Ce constat local rejoint des analyses nationales plus larges sur les discriminations dans les parcours de soins. Le Défenseur des droits rappelle ainsi que de nombreux refus de soins discriminatoires liés au handicap lui sont signalés, en lien avec le manque de temps, de formation, l'inaccessibilité des locaux ou encore l'inadaptation du matériel. Il précise également que le non-respect des obligations d'accessibilité ou l'absence d'aménagements raisonnables peuvent constituer une discrimination.

Ce plaidoyer part d'un principe simple : **l'urgence ne suspend pas le droit commun, elle oblige au contraire à le rendre effectif et donc accessible.**

Lorsqu'une personne en situation de handicap se présente aux urgences, la qualité de la réponse apportée ne dépend pas seulement de la technicité médicale. Elle dépend aussi de la capacité du système à comprendre, à écouter, à adapter, à sécuriser et à coopérer avec l'entourage ou l'accompagnant. C'est précisément sur ces dimensions que les fragilités apparaissent aujourd'hui avec le plus de force.

**2. Un constat national clair : les personnes en situation de handicap ont davantage de besoins, mais accèdent moins bien aux soins**

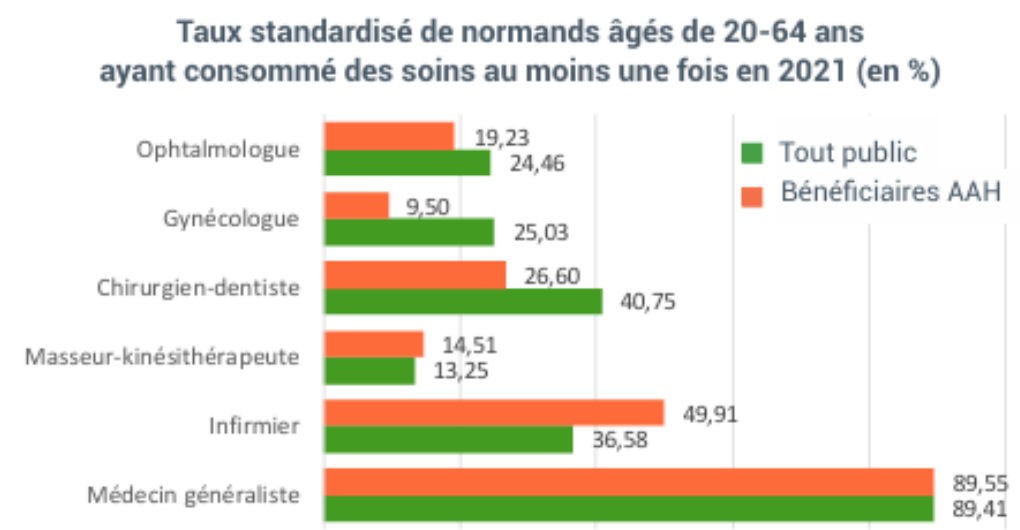
Les travaux de l'ORS-CREAI Normandie, fondés sur l'exploitation du SNDS et centrés sur les bénéficiaires de l'AAH, montrent nettement ce paradoxe : les besoins de soins sont plus importants, mais le recours à certains soins essentiels reste plus faible que dans le tout public.

En Normandie, en 2022, 9,5 % des femmes bénéficiaires de l'AAH ont consulté un gynécologue, contre 25,0 % dans le tout public ; 26,6 % ont consulté un chirurgien-dentiste, contre 46,6 % ; 19,2 % ont consulté un ophtalmologiste, contre 24,5 %. À l'inverse, le recours aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes est plus élevé, ce qui traduit bien une intensité plus forte des besoins de santé.

Autrement dit, les personnes en situation de handicap ne sont pas moins concernées par la santé ; elles sont souvent **davantage concernées**, mais plus éloignées de certains soins de prévention, de suivi ou d'exploration.

Cela signifie qu'une part importante des difficultés repérées aux urgences se construit bien en amont : diagnostics plus tardifs, renoncements, absence de repérage précoce, défaut d'orientation, ou consultations spécialisées non réalisées.

### Graphique 1 – Recours à certains soins en Normandie (2021)



Source : SNDS - Exploitation ORS-CREAI Normandie

### 3. En France, Handifaction montre des parcours de soins inaboutis, heurtés ou abandonnés

Le baromètre Handifaction pour la période du 1er octobre 2024 au 30 septembre 2025 apporte un éclairage particulièrement utile, car il documente le vécu direct des personnes.

Le troisième trimestre de l'année 2025 comptabilise un nombre de 198 141 réponses, dont 12 857 pour le dernier trimestre, contre 50 273 au deuxième trimestre.

Les résultats mettent en lumière 27 % de non soignés parmi l'ensemble des réponses obtenues sur la période (3 points de répondants soignés en moins par rapport à la période du 1er octobre 2023 au 30 septembre 2024).

**18 % des répondants ont indiqué avoir subi un refus de soin et parmi eux, 27 % ont abandonné leur démarche de soin.**

Les spécialistes en ville concentrent 44 % des difficultés d'accès aux soins recensées. 19 % des situations de nonaccès aux soins relèvent quant à elles des services hospitaliers et 16 % des médecins généralistes.

**15 % des répondants ont indiqué avoir abandonné leur démarche de soin.**

43 % d'entre eux n'ont pas trouvé de soignants, 24 % se sont découragés face à l'ensemble des freins rencontrés et 12 % ne savaient pas où se rendre.

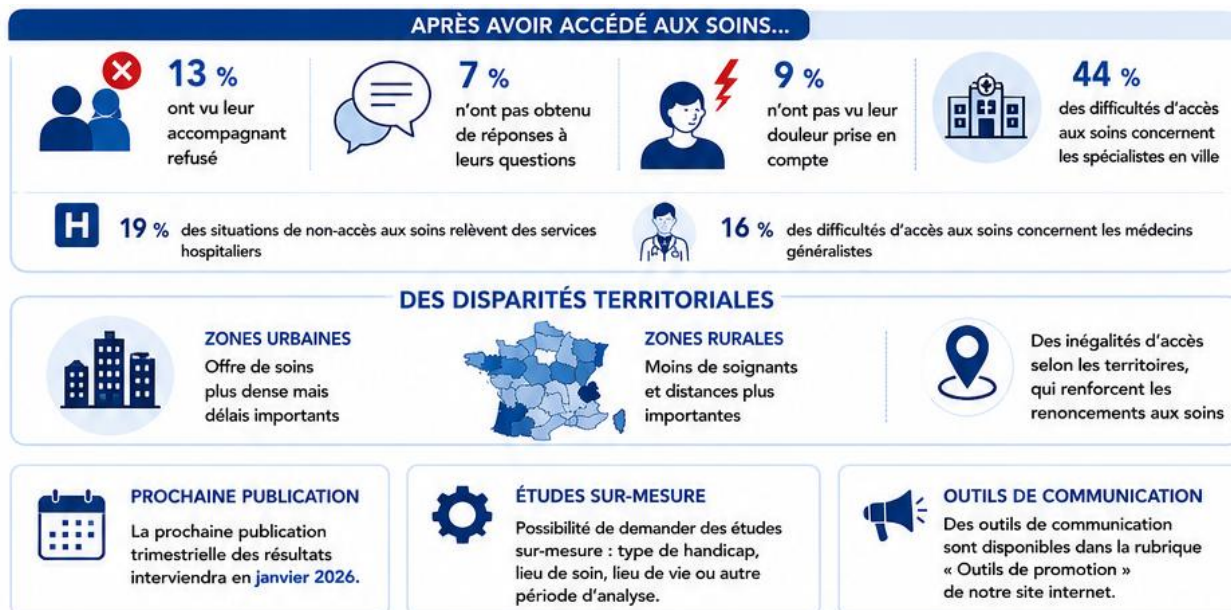
Les trois principaux types de soin abandonnés sont ceux liés au handicap (19 %), à une maladie connue (12 %) et à des problèmes dentaires (11 %).

**13 % des répondants ayant accédé aux soins ont vu leur accompagnant refusé, 7 % n'ont pas obtenu de réponses à leurs questions et 9 % n'ont pas vu leur douleur prise en compte.**

## Graphique 2 – Parcours d'accès aux soins en Normandie (Handifaction, T3 2025)

Source : Handifaction Normandie, T3 2025.





Ce baromètre repose sur des réponses déclaratives et n'a pas vocation à mesurer toute l'activité nationale. En revanche, il a une force précieuse pour un plaidoyer : il rend visibles des obstacles concrets, récurrents et vécus. Il documente non seulement l'offre, mais surtout l'**expérience effective d'accès aux soins**.

#### 4. Les urgences concentrent les fragilités du système

Les urgences sont la porte d'entrée du soin lorsque le temps manque, lorsque l'état de santé se dégrade brutalement, ou lorsque le parcours en amont a déjà échoué. Le Défenseur des droits rappelle que l'organisation des urgences, la pression qui s'exerce sur ces services, et les pratiques de sélection et de priorisation selon le degré d'urgence peuvent **favoriser des discriminations ou des sous-évaluations de la gravité des situations y compris au moment de la régulation**. Son rapport souligne également que des témoignages font état d'une **sous-évaluation de la douleur et des symptômes** dans certains parcours de soins.

Dans les échanges du groupe CRSA, plusieurs difficultés ont été relevées de manière convergente : retards ou refus d'envoi d'équipe, délais d'attente jugés incompatibles avec certaines situations, difficultés à faire reconnaître la gravité réelle d'un état clinique, refus ou restriction d'accès à l'accompagnant, et **sentiment de "tri implicite"** lorsque le handicap complexifie la prise en charge. Même lorsque ces pratiques ne relèvent pas d'une intention discriminatoire explicite, elles produisent des mécanismes discriminatoires très concrets. C'est d'ailleurs un point important du rapport du Défenseur des droits : **une discrimination en santé peut être consciente ou non consciente**.

#### 5. Le cœur du problème : un système pensé pour le patient "standard", pas pour la diversité des situations humaines

Les urgences sont aujourd'hui organisées sur un modèle de flux, de tri et de rapidité. Ce modèle est déjà sous tension pour l'ensemble de la population. Il devient particulièrement inadapté dès lors que la personne a besoin d'un temps supplémentaire pour comprendre, pour s'exprimer, pour être rassurée, pour supporter l'attente, ou pour être examinée correctement. Les personnes avec troubles cognitifs, psychiques, du neurodéveloppement, polyhandicap, troubles de la communication, handicaps invisibles ou limitations sensorielles sont particulièrement exposées à ce décalage.

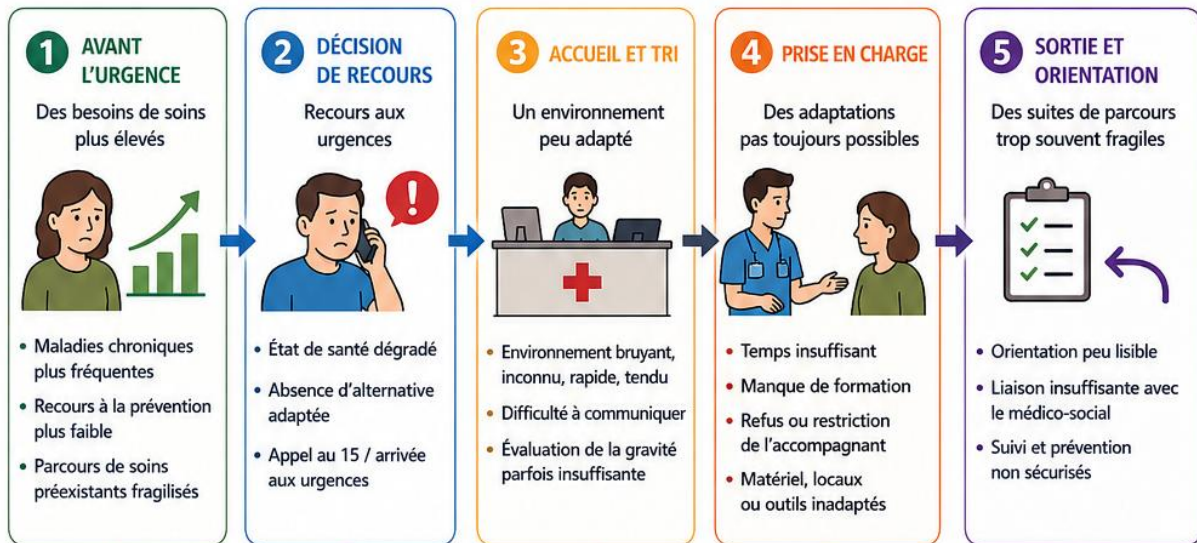
Le rapport du Défenseur des droits insiste précisément sur plusieurs facteurs qui font obstacle à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap : manque de temps, manque de formation, locaux inaccessibles, matériel inadapté, signalétique insuffisante, conditions d'attente non aménagées. Il rappelle aussi que l'accessibilité ne se limite pas à la rampe ou à l'ascenseur : elle suppose de pouvoir s'orienter, comprendre, circuler, attendre, communiquer et recevoir les soins dans des conditions adaptées.

#### Schéma 1 – Où se produit la rupture ?



# PARCOURS AUX URGENCES : DES RUPTURES QUI AGGRAVENT LES INÉGALITÉS

Un enchaînement d'obstacles qui peut conduire à une perte de chance



## DES RUPTURES ET FACTEURS DE RISQUE À CHAQUE ÉTAPE



## DES LEVIERS D'ACTION À MOBILISER À CHAQUE ÉTAPE



Constat construit à partir des travaux ORS-CREAI, Handifaction et Défenseur des droits.

## 6. La place de l'accompagnant est décisive, pas accessoire

Le baromètre Handifaction montre qu'en Normandie, 36 % des personnes soignées ont eu besoin d'être accompagnées. Lorsque cet accompagnement était nécessaire, il a été accepté dans 86 % des cas ; l'accompagnant était un membre de la famille dans 66 % des cas, un professionnel du soin dans 26 % et un ami dans 8 %. Cela veut dire deux choses. D'abord, le besoin d'accompagnement est massif. Ensuite, **l'accompagnant n'est pas un confort** : il est souvent une **condition de possibilité du soin**.

Graphique 3 – L'accompagnement en Normandie (Handifaction, T2 2025)



Source : Handifaction Normandie – avril-juin 2025 (n = 3 335 personnes)  
Les pourcentages peuvent présenter des arrondis.

**Le refus d'un accompagnant, qu'il s'agisse d'un proche, d'un professionnel ou d'une personne de confiance, n'est pas neutre.** Il peut priver l'équipe d'informations cliniques utiles, empêcher une communication fiable, majorer l'angoisse de la personne, et in fine dégrader la qualité de la décision médicale. Dans certains cas, le refus de l'accompagnant ne protège pas le soin : il le fragilise. Ce point est pleinement cohérent avec la logique de la Charte Romain Jacob et avec l'exigence d'une santé réellement inclusive.

### **7. La douleur, la compréhension et le temps : trois angles morts majeurs**

Handifaction Normandie indique que, parmi les répondants soignés, 80 % ont posé des questions lors du soin ; 88 % disent avoir obtenu des réponses, **mais 5 % déclarent avoir reçu une réponse sans la comprendre.**

Par ailleurs, 10 % considèrent que leur douleur n'a pas été prise en compte. Ces chiffres ne résument pas à eux seuls toute la réalité hospitalière, mais ils montrent qu'une part non négligeable des soins reste insuffisamment compréhensible ou insuffisamment ajustée à l'expérience vécue de la personne. Plus profondément, la CRSA insiste sur une réalité souvent invisibilisée : **entrer aux urgences, pour une personne en situation de handicap, signifie entrer dans un univers sensoriel, relationnel et cognitif entièrement déstabilisant. Le problème n'est pas seulement de "bien dire les choses".**

Il est important de reconnaître que la compréhension, l'acceptation du soin, l'expression de la douleur et le consentement réel exigent parfois du temps, de la reformulation, des supports adaptés et une présence humaine stable. Le Défenseur des droits relève d'ailleurs que certains symptômes sont encore attribués à tort au handicap lui-même, ce qui peut retarder les diagnostics ou fausser l'évaluation clinique.

### **8. L'accessibilité ne peut plus être réduite au seul handicap moteur**

L'un des apports majeurs du travail national et régional est de montrer que la notion d'accessibilité doit être réinterrogée. Le Défenseur des droits rappelle que l'accessibilité concerne l'ensemble des handicaps et l'ensemble de la chaîne d'accès au soin, depuis la voirie publique jusqu'aux espaces de consultation.

L'ORS-CREAI Normandie montre de son côté que les difficultés se traduisent aussi dans les dépistages et les soins spécialisés, ce qui renvoie à des problèmes d'environnement, de matériel et d'organisation autant qu'à des enjeux médicaux.

En Normandie, les données de dépistage sont particulièrement parlantes.

Entre 2019 et 2021, le taux de réalisation d'un dépistage du col de l'utérus chez les femmes bénéficiaires de l'AAH était de 20,9 %, contre 41,6 % dans le tout public.

Pour le dépistage colorectal en 2020-2021, il était de 19,6 % chez les bénéficiaires de l'AAH, contre 34,9 % dans le tout public.

Ces écarts ne concernent pas directement les urgences, mais ils montrent une chose essentielle : **quand l'accessibilité réelle n'est pas garantie en amont, les situations se dégradent et le recours aux urgences devient plus probable.**

## **9. La Normandie n'est pas dépourvue de ressources : des initiatives existent, mais restent trop inégales**

Le plaidoyer ne doit pas nier les progrès engagés.

**Handiconsult, les référents handicap, les Communautés 360, certains dispositifs mobiles, les outils de liaison simplifiés ou encore les démarches de coopération entre sanitaire et médico-social constituent des points d'appui concrets.**

Les données Handifaction montrent d'ailleurs des niveaux de satisfaction qui ne sont pas nuls à l'hôpital, y compris aux urgences, avec des notes de satisfaction de l'accueil et des soins autour de 2,0 à 2,1 sur 3 pour les urgences en Normandie, selon le trimestre observé. Cela signifie qu'il existe déjà des pratiques qui fonctionnent, et qu'il serait contre-productif de ne parler que de dysfonctionnements.

**Mais ces avancées restent encore trop dépendantes des territoires, des équipes, des établissements et parfois même de personnes ressources identifiées localement.**

Autrement dit, la réponse existe davantage sous forme d'initiatives que de garanties effectives. **Or le droit à l'égalité d'accès aux soins ne peut pas dépendre du hasard du lieu, du bon vouloir des acteurs ou de la chance de tomber sur une équipe formée.**

## **10. Ce que la CRSA Normandie demande**

### **10.1. Rendre opposable le droit à l'accompagnement aux urgences**

La présence d'un aidant, d'un proche, d'un professionnel accompagnant ou d'une personne de confiance doit être garantie sauf avis contraire de la personne concernée et chaque fois qu'elle est nécessaire à la compréhension, à la sécurité ou à la qualité du soin. Cette présence ne doit plus être pensée comme une exception tolérée, mais comme un aménagement normal lorsque la situation le justifie. Cela relève pleinement de la logique des aménagements raisonnables et de l'accès effectif aux soins.

### **10.2. Déployer de vrais protocoles "urgences et handicap" dans tous les établissements**

Chaque service d'urgence devrait disposer d'un protocole simple, connu et activable portant sur l'accueil, le tri, l'accompagnement, la communication, la gestion de l'attente, l'appel au référent handicap, et la liaison avec le médico-social ou l'entourage. L'urgence ne doit pas être le lieu où l'on improvise face au handicap.

### **10.3. Généraliser des outils de liaison courts et lisibles**

Le travail mené sur des documents de liaison simplifiés doit être poursuivi et harmonisé. Aux urgences, un document bref, standardisé, immédiatement utile, portant sur les modes de communication, les points de vigilance, les traitements en cours, les éléments de comportement habituels et les alertes majeures, serait un levier concret d'amélioration.

### **10.4. Former davantage les professionnels de l'urgence**

Il ne s'agit pas de faire de chaque soignant un spécialiste de tous les handicaps. Il s'agit de former à l'essentiel : communication adaptée, gestion de l'attente, évaluation de la douleur, compréhension des troubles du comportement, repérage des biais, coopération avec les accompagnants, et connaissance des ressources locales. Les refus de soins liés au manque de temps ou de formation sont explicitement relevés par le Défenseur des droits.

#### **10.5. Mettre en visibilité les référents handicap et les ressources d'appui**

Le référent handicap doit être repérable, mobilisable et intégré dans une chaîne de réponse réelle. La simple existence nominale d'un référent ne suffit pas ; encore faut-il que les équipes sachent quand et comment s'en saisir, et que les usagers puissent identifier cette ressource.

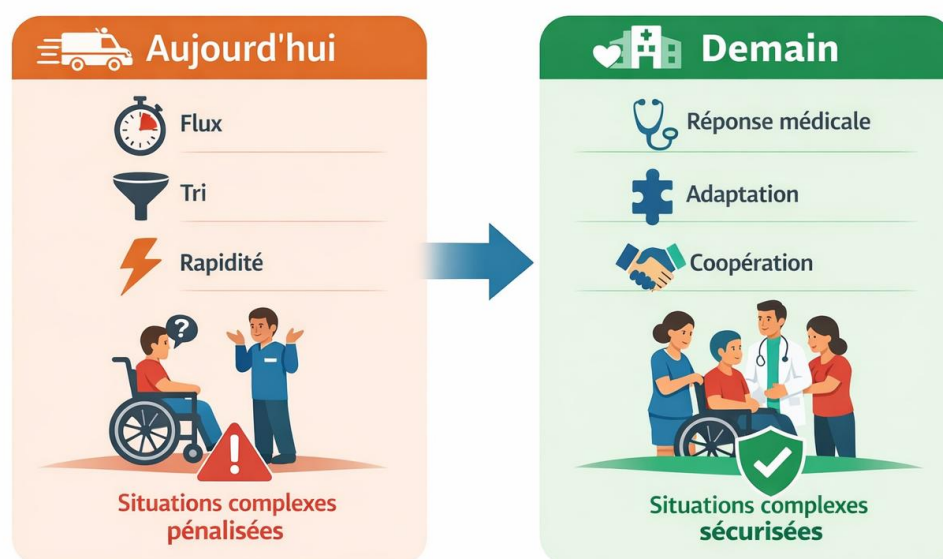
#### **10.6. Suivre régionalement les situations de refus, de rupture et de nonaccès**

La Normandie doit se doter d'un suivi régional partagé des obstacles rencontrés par les personnes en situation de handicap dans les parcours de soins, en particulier aux urgences. Les données Handifaction sont précieuses, mais elles gagneraient à dialoguer avec des indicateurs hospitaliers, des retours des établissements médico-sociaux, des remontées de la CRSA et des observations des usagers. Ce suivi régional sera valorisé dans le rapport sur le respect des droits des usagers.

### **11. Le message politique à porter**

Ce plaidoyer ne demande pas un privilège pour quelques-uns. Il demande **l'application concrète du droit commun** à des personnes pour lesquelles ce droit reste trop souvent théorique. Il ne dit pas que les professionnels ne font pas leur travail ; il dit que trop souvent ils travaillent dans **une organisation qui ne leur permet pas de bien faire pour tous**. Il ne cherche pas à opposer l'hôpital au médico-social ; il affirme au contraire qu'aucune réponse juste n'est possible sans coopération entre eux.

## Schéma 2 – Le changement de logique attendu



Ce que nous défendons est simple : **l'égalité réelle d'accès aux urgences suppose une culture de l'adaptation, des moyens, des règles et des appuis**. Sans cela, les personnes en situation de handicap continueront à payer plus cher que les autres la crise du système de santé.

### 12. Conclusion

La situation documentée en France et en Normandie est suffisamment claire pour justifier une prise de position forte. **Les personnes en situation de handicap rencontrent encore des obstacles spécifiques dans leurs parcours de soins** ; ces obstacles sont repérables dans la prévention, dans l'accès au soin courant, dans le recours aux spécialistes, et se cristallisent avec une intensité particulière aux urgences.

Les chiffres de l'ORS-CREAI Normandie montrent des écarts persistants de recours aux soins ; ceux de Handifaction montrent **des parcours interrompus, refusés ou abandonnés** ; le Défenseur des droits rappelle que l'inaccessibilité, l'absence d'aménagement et certains refus de soins relèvent pleinement de la discrimination.

La CRSA Normandie peut donc légitimement porter une parole exigeante : **une région qui veut faire vivre la démocratie en santé ne peut accepter que l'urgence devienne, pour les personnes en situation de handicap, le lieu d'une inégalité aggravée. Il est temps de passer d'initiatives utiles mais dispersées à une garantie régionale plus lisible, plus homogène et plus opposable.**