

Instauration d'une taxe aux urgences : enjeux d'équité en santé

Dr KEVIN MORISOD^{a,b}, Dre NOLWENN BÜHLER^a, Dre VÉRONIQUE S. GRAZIOLI^{a,b}, Dre KARINE MOSCHETTI^c, Pr JOACHIM MARTI^c, MELODY PRALONG^a, CLOË RAWLINSON^a, Dr JAVIER SANCHIS ZOZAYA^{a,b}, Dr LAURENT MICHAUD^d, Dr SEBASTIEN BROVELLI^d, LUANA SCHAAD^e, Pr OLIVIER HUGLI^f et Pr PATRICK BODENMANN^{a,b}

Rev Med Suisse 2022; 18: 675-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.776.675

En juin 2021, le Parlement fédéral a accepté une proposition législative demandant l'instauration d'une taxe aux urgences pour lutter contre leur surfréquentation. Bien que cette problématique demeure un enjeu majeur des politiques de santé, l'instauration d'une telle taxe pose de nombreuses questions, notamment d'équité en santé. Pourtant, d'autres solutions existent, en améliorant la prise en charge des usager-e-s fréquent-e-s des urgences, ainsi que la coordination entre soins primaires et services d'urgences.

The health equity issues of an emergency department fee

In June 2021, the Swiss parliament accepted a legislative proposal calling for the introduction of a fee to fight emergency department (ED) overcrowding. Although this issue remains a major challenge for health policies, the introduction of such a fee raises many questions, notably regarding health equity. However, other more equitable solutions exist: improving the case management of ED frequent users and improving coordination between ED and primary care.

For every complex problem there is an answer that is clear, simple and wrong (H. L. Mencken, 1920).

INTRODUCTION

Lors de la session parlementaire de juin 2021, le Conseil des États a décidé – contre l'avis de la Commission de la santé et des affaires sociales (6 non, 0 oui, 5 abstentions) – d'accepter une initiative parlementaire demandant l'introduction d'une taxe de 50 francs pour toute consultation aux urgences jugée bénigne dans une logique de lutte contre la surfréquentation de ces services. Le texte de l'initiative prévoit d'exempter de la taxe les jeunes de moins de 16 ans, les personnes orientées par un médecin ou celles nécessitant une hospitalisation (www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20170480).

^aDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bChaire de médecine des populations vulnérables, Université de Lausanne, 1005 Lausanne, ^cDépartement épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, 1011 Lausanne, ^dService de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^eFaculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, 1005 Lausanne, ^fService des urgences, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
kevin.morisod@unisante.ch | nolwenn.buhler@unil.ch | veronique.grazioli@unisante.ch
karine.moschetti@chuv.ch | joachim.marti@unisante.ch | melody.pralong@chuv.ch
cloe.rawlinson@unisante.ch | javier.sanchis-zozaya@unisante.ch
laurent.michaud@chuv.ch | sebastien.brovelli@chuv.ch | luana.schaad@unil.ch
olivier.hugli@chuv.ch | patrick.bodenmann@unisante.ch

Bien qu'un usage inadéquat et/ou trop important des services d'urgences ait été constaté de manière récurrente dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), engendrant des coûts et une pression importante sur ces services et le personnel de santé, les réponses à y apporter sont nécessairement multidimensionnelles, au vu de la complexité des nombreux facteurs – sanitaires, politiques, sociaux, économiques et culturels – qui y contribuent.¹⁻³ Dans ce contexte, il nous a semblé important, en tant que professionnel-le-s de la santé et expert-e-s du système de santé, de faire part de nos réflexions sur les conséquences possibles d'une taxe aux urgences.

Après un rappel contextuel du financement de la santé en Suisse, nous évoquons dans cet article les risques que pourrait engendrer l'instauration d'une taxe aux urgences, ainsi que les limites d'une telle mesure. Nous abordons ensuite l'importance de l'équité en santé et des déterminants socio-économiques dans la réflexion sur les réformes du système de santé. Finalement, nous proposons quelques solutions alternatives pour répondre à la surutilisation des services d'urgences.

UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI MET FORTEMENT À CONTRIBUTION LES MÉNAGES

Suite à l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie en 1996 (LAMal), la Suisse s'est dotée d'un financement hybride du système de santé avec une couverture universelle gérée par des compagnies d'assurance privées et financée par la prime, ainsi qu'un financement par des fonds publics, en particulier l'impôt cantonal (financement du système hospitalier, des professionnel-le-s de la santé non indépendant-e-s). La Suisse est équipée de deux mécanismes censés renforcer la responsabilité individuelle des patient-e-s et contribuer/inciter à maîtriser les coûts de la santé: la franchise (montant que l'assuré-e paie avant que l'assurance-maladie ne commence à rembourser ses frais médicaux) et la quote-part (pourcentage de participation aux frais).

En comparaison d'autres systèmes de santé, les ménages en Suisse sont donc fortement mis à contribution via des primes qui ne dépendent pas (ou indirectement) du revenu, et des participations aux frais importantes (franchise et quote-part). Ainsi, le système de santé suisse est l'un de ceux où la charge financière pour les ménages est proportionnellement la plus élevée des pays de l'OCDE.⁴ Il est également, parmi ces derniers, le deuxième plus cher, derrière les États-Unis en pourcentage du PIB par habitant alloué aux dépenses de santé.⁴

Les effets de la forte pression mise sur les ménages pour le financement du système de santé se font ressentir avec, selon les études, entre 10 et 20% des personnes en Suisse qui ont dû renoncer à des soins pour des raisons financières.⁵⁻⁷ Il en résulte un système de santé potentiellement inéquitable dont le financement renforce ou crée des vulnérabilités socio-économiques dans certaines catégories de la population.

UNE FAUSSE SOLUTION À UN PROBLÈME COMPLEXE

L'idée d'une taxe aux urgences pour limiter les consultations non urgentes n'est pas nouvelle. De nombreuses études ont analysé la mise en place d'une telle mesure et les résultats s'avèrent très contrastés. Bien que certaines d'entre elles aient mis en évidence une réduction à court terme des consultations aux urgences pour des causes non urgentes,^{8,9} d'autres, au contraire, ont relevé les conséquences délétères d'une telle taxe pour certaines populations socio-économiquement défavorisées, en particulier des renoncements à consulter malgré des symptômes tels que des douleurs thoraciques ou abdominales, ou des difficultés respiratoires.^{10,11} À noter également que ces études ne se sont pas intéressées aux conséquences à long terme de l'instauration d'une telle taxe sur l'utilisation du système de santé et le renoncement aux soins, mais uniquement à la fréquentation des services d'urgences ou aux consultations non urgentes. De plus, bien que les individus réagissent aux augmentations des frais restant à leur charge dans le système de soins (quote-part, franchise, taxe), en général, la diminution d'utilisation concerne tant les services utiles que les services potentiellement inutiles; ce sont donc des instruments «grossiers».¹² Or, la question du renoncement aux soins et ses conséquences est fondamentale, tant du point de vue de son impact sur la santé que des coûts supplémentaires induits par une prise en charge tardive.¹³ La vignette clinique 1 illustre une situation relevant de la santé mentale, pour laquelle les conséquences d'un renoncement à une consultation dans un service d'urgences seraient potentiellement très graves ou engendreraient des coûts importants liés à une hospitalisation tardive. Finalement, il est délicat d'extrapoler les résultats d'études réalisées dans des pays où le système de santé diffère beaucoup de celui de la Suisse. En effet, la plupart des études ayant mis en évidence des résultats positifs ont été réalisées dans des systèmes de santé centralisés avec un financement des soins publics par l'impôt sans présence d'autres incitatifs financiers tels que la franchise ou la quote-part.

VIGNETTE CLINIQUE 1

Mme S., 19 ans, est étudiante à l'EPFL. D'origine suisse, elle vit avec sa mère et son beau-père, dont elle dépend financièrement. La famille est marquée récemment par la perte d'emploi du beau-père et le décès de la grand-mère maternelle, ce qui laisse à Mme S. l'impression qu'il y a bien peu de place pour ses préoccupations. Depuis plusieurs mois, elle peine à suivre les cours, blessée par un étudiant qui s'est moqué des sentiments qu'elle avait pour lui. Elle se culpabilise par ailleurs de coûter cher à ses parents pour rien. Dans le secret de sa chambre, elle se brûle et se coupe les avant-bras, et développe des idées suicidaires, imaginant ingérer des comprimés de

Dafalgan en grande quantité. Elle ne veut déranger ni ses parents ni ses ami-e-s avec ses soucis et aimerait aller aux urgences, tout en se demandant si elle peut se le permettre financièrement.

Sur le plan médical, l'instauration d'une taxe aux urgences peut poser un problème majeur d'identification des réels besoins des patient-e-s puisque les critères financiers pourraient se substituer aux critères médicaux pour définir l'accès ou la décision d'aller aux urgences. En effet, différencier une situation clinique nécessitant une consultation dans un service d'urgences d'une situation pouvant être prise en charge par le médecin de premier recours n'est pas aisé. Une étude, publiée en 2013 dans le *JAMA*, avait analysé plus de 34000 consultations aux urgences aux États-Unis pour distinguer celles que l'on pouvait considérer, a posteriori, comme non urgentes et relevant de la médecine de premier recours de celles nécessitant une hospitalisation ou des soins urgents.¹⁴ Seuls 6,3% des consultations pouvaient être classées dans la catégorie relevant de la «médecine de premier recours». De plus, les patients entrant dans cette catégorie arrivaient aux urgences avec 88,7% de symptômes similaires à ceux ayant un diagnostic nécessitant une prise en charge urgente.¹⁴ Autrement dit, il est impossible de définir a priori qui nécessitera ou pas des soins urgents et il est surtout dangereux de remplacer un critère clinique (l'expertise d'un-e médecin après examen du ou de la patient-e) par un critère financier (le renoncement à se rendre aux urgences pour éviter de payer la taxe). Finalement, aux urgences, se posera la question de savoir qui devra déterminer si une visite est justifiée ou non, au risque d'engendrer un ralentissement des flux et surtout de nuire à la relation patient-e-médecin. En effet, la taxe aura un rôle punitif pour les patient-e-s qui ne convaincraient pas leur médecin de la légitimité de leur consultation.

UN VECTEUR D'INIQUITÉS STRUCTURELLES: L'EXEMPLE DES USAGER-ÈRE-S FRÉQUENT-E-S

Un groupe particulier de patient-e-s a toute son importance sur la question de la surconsommation des services d'urgences: les usager-ère-s fréquent-e-s. Défini-e-s par leur forte fréquence de consultation annuelle (plus de 4 ou 5 fois par année), iels représentent entre 4,5 et 8% des patient-e-s, mais 21 à 28% des consultations des services d'urgences.^{15,16} Or, la taxe aux urgences ne prend pas en compte l'enjeu selon lequel beaucoup de consultations aux urgences sont générées par très peu de patient-e-s différent-e-s.

En effet, lorsqu'on cherche à identifier le profil clinique, psychologique et socio-économique des usager-ère-s fréquent-e-s, on constate qu'il s'agit de personnes particulièrement vulnérables, cumulant des diagnostics cliniques complexes et chroniques, des troubles psychologiques et psychiatriques, et un contexte socio-économique précaire (faible niveau d'éducation, faible revenu, conditions de vie difficiles, dépendance ou usage problématique de substances, etc.)¹⁷ (vignette clinique 2). S'inscrivant dans ce cumul de difficultés, les visites aux urgences

de cette population sont le plus souvent appropriées en termes de besoins médicaux.¹⁷ Cependant, ces patient-e-s sont souvent mal intégré-e-s dans le système de santé, n'ont généralement pas de médecins généralistes référent-e-s et utilisent les urgences comme une porte d'entrée pour leurs besoins de santé. La littérature suisse et internationale a pu mettre en évidence la complexité de leur prise en charge.¹⁷⁻¹⁹

VIGNETTE CLINIQUE 2

M. M. a 40 ans, il est célibataire et sans enfants. Il présente un syndrome de dépendance à l'alcool depuis des années. Originaire du Portugal où il a grandi et fait sa scolarité obligatoire, il a migré en Suisse il y a 15 ans dans l'espoir d'y trouver un travail stable bien qu'il n'ait ni diplôme ni certification professionnelle. Après avoir travaillé pendant 10 ans comme ouvrier sur les chantiers, sa situation sociale s'est rapidement dégradée en raison d'une consommation croissante d'alcool. Isolé et dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle, il s'alcoolise massivement et de manière répétée, ce qui le conduit de plus en plus souvent vers les services d'urgences du principal centre hospitalier régional. La mise en place d'un suivi médical ambulatoire pour ses problèmes de santé échoue en raison d'une adhérence thérapeutique chaotique et d'une précarité sociale grandissante. Par ailleurs, certain-e-s soignant-e-s développent progressivement des contre-attitudes à l'égard de M. M. et le qualifient de «profiteur des systèmes de santé et des services sociaux» et de «mauvais patient».

L'introduction d'une taxe de 50 francs à chacune de leur consultation «inappropriée» aux urgences ou non légitimée par un médecin auquel iels n'ont d'ailleurs souvent pas accès, risque de renforcer les vulnérabilités de cette population, notamment en fermant leur seule porte d'entrée vers le système de santé. Tout du moins, la taxe aura un effet marginal, car pour cette catégorie de la population, le prix n'influence pas ou peu la décision de consulter.²⁰

ÉQUITÉ ET DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE LA SANTÉ

Importance dans les réflexions sur les politiques publiques en matière de santé et de système de santé

Les limites et dangers potentiels des solutions simples, comme celle d'introduire une taxe pour tenter de résoudre les problèmes rencontrés aux urgences, invitent à une réflexion plus approfondie sur le système de santé et la manière dont les vulnérabilités structurelles sont prises en compte.^{21,22} Ces dernières résultent des effets croisés des déterminants socio-économiques, politiques et culturels, qui affectent un individu ou un groupe dans leur accès aux soins et mettant à risque leur santé.²² Ainsi, l'insécurité du logement, la précarité économique et sociale, la discrimination dans les soins, toutes accentuées en temps de crise sanitaire liée au Covid-19, constituent des vulnérabilités structurelles.²³ Les politiques de santé jouent un rôle clé dans la prise en compte, ou le renforcement de ces déterminants, avec le risque de péjorer davantage l'état de santé de certaines catégories de la popula-

tion et de renforcer des formes insidieuses de stigmatisation.²² Afin d'appréhender l'ensemble des conséquences sociales et économiques de l'instauration d'une taxe de 50 francs telle qu'adoptée par le Parlement suisse, il est indispensable de tenir compte de ces vulnérabilités structurelles qui fragilisent certains groupes de la population et renforcent les iniquités de santé. Par ailleurs, il est important de réfléchir aux implications d'une approche néolibérale de la santé qui tend à renforcer la responsabilité individuelle, telle que la propose cette taxe, au détriment d'une approche qui considère la santé comme résultant d'une combinaison de déterminants structurels sur lesquels les individus n'ont que peu de prise.^{24,25} Une étude menée à Hong Kong souligne l'important rôle joué par les facteurs individuels, sociaux, culturels, et liés aux systèmes de santé dans l'engorgement des urgences.²¹ Les conceptions locales de la santé et de l'urgence, le fait que les urgences fonctionnent comme une porte d'entrée accordant le statut de malade, mais aussi les horaires des médecins de premier recours, ou encore le statut privilégié accordé socialement à la biomédecine pour traiter tout problème de santé sont autant de facteurs qui demandent à être analysés et pris en compte dans leur globalité.²¹ En raison de l'imbrication entre inégalités sociales et inégalités de santé, les urgences deviennent un accès privilégié aux soins de premier recours pour des personnes vivant dans une grande précarité sociale, tel qu'illustré par la vignette clinique 2. L'appartenance à une famille à revenu modeste ou monoparentale et l'absence d'assurance-maladie complémentaire sont des facteurs favorisant un recours privilégié aux services d'urgences hospitaliers plutôt qu'à la médecine de ville.²⁶

QUELQUES PISTES DE SOLUTIONS

La critique de l'instauration d'une taxe aux urgences comme une solution simpliste, inéquitable et potentiellement contre-productive ne doit pas pour autant masquer la problématique de la surutilisation des services d'urgences, problématique qui se renforce avec le vieillissement de la population, le nombre croissant de patient-e-s souffrant de maladies chroniques et la pénurie de médecins de premier recours. Plutôt que de se focaliser sur les comportements individuels, il est donc essentiel d'élargir notre vision et de s'intéresser aux interventions et modifications structurelles ciblant les motifs qui amènent toujours plus de personnes à consulter aux urgences.^{27,28}

Ces dernières années, de nombreuses études ont cherché à identifier ces interventions. Bien que les principaux articles de synthèse relèvent l'absence de données suffisantes, des résultats contrastés et la nécessité de poursuivre la recherche, quelques pistes apparaissent comme prometteuses et ont pu prouver leur efficacité, du moins à une échelle locale.^{3,29,30}

Tout d'abord, pour répondre à la surcharge chronique des services d'urgences, et en particulier aux visites des usager-e-s fréquent-e-s, de nombreuses études ont porté sur le développement et l'évaluation d'interventions – appelées case management. Ces interventions, administrées par un-e infirmier-ère, médecin, assistant-e social-e ou psychologue, ont pour objectif d'assurer une prise en charge globale sur la base d'une évaluation biopsychosociale complète effectuée en partenariat avec

les patient-e-s concerné-e-s. Il s'agit aussi de réorienter les patient-e-s dans le système de santé ou encore d'orchestrer les soins au sein de réseaux complexes qui impliquent fréquemment de multiples intervenant-e-s. La littérature indique que ce type d'intervention est prometteur pour réduire le nombre de visites aux urgences de cette population, améliorer leur qualité de vie et équilibrer les coûts intra et extrahospitaliers.^{16,31-34} Des études allant dans ce sens sont actuellement en cours en Suisse romande et au Canada.^{35,36}

Une autre solution serait de proposer des alternatives aux consultations aux urgences, dont notamment une ligne téléphonique de triage. Un tel système a été étudié en Belgique, avec des résultats très prometteurs à la condition d'avoir un personnel formé et des protocoles standardisés.³⁷

Une scoping review publiée en 2021 montrait également l'importance de renforcer la collaboration entre les médecins de premier recours et les services d'urgences pour lutter contre la surutilisation de ces services. Cette étude identifiait des interventions à la fois au sein des services d'urgences (facilitation aux triages) et en dehors (consultations de médecine de premier recours en dehors des heures ouvrables au sein de cabinets de groupe).³⁸

D'autres solutions ont été étudiées pour lutter contre la surcharge des services d'urgences. Elles incluent l'amélioration de la littérature en santé et de la compréhension du fonctionnement des services de santé pour la population ou encore une plus grande proximité entre services d'urgences et médecine de premier recours pour l'offre de soins. Mais ces solutions demeurent complexes à mettre en œuvre et manquent encore de preuves de leur efficacité et efficience.²⁸

LES URGENCES, UNE SENTINELLE DES PROBLÈMES DE LA SOCIÉTÉ

Les services d'urgences constituent un espace frontière entre société et monde hospitalier révélateur des tensions et dysfonctionnements du système de santé.²⁵ Faisant face à des contraintes budgétaires importantes et un engorgement récurrent, les services d'urgences sont pris dans une jonction contradictoire, le tri des patient-e-s et le devoir de porter assistance.^{25,39} La pression du politique à augmenter la

productivité de ces services amène les soignant-e-s à durcir les critères qualifiant l'urgence et légitimant l'accès aux soins.⁴⁰ Les patient-e-s doivent, par conséquent, négocier plus âprement leur droit à se faire soigner. Or, la capacité à se faire entendre et à négocier est inégalement distribuée dans la société, ce qui tend à rendre plus difficile l'accès aux soins pour les personnes les plus défavorisées socialement et économiquement.⁴⁰

La (sur)fréquentation des services d'urgences est, et demeurera, un enjeu important de réformes des systèmes de santé, qui ne peut se résoudre avec des solutions simplistes aux conséquences inéquitables, et ce en particulier pour les populations socio-économiquement défavorisées.

CONCLUSION

Les crises pandémique et environnementale auxquelles nous sommes confrontés ne nous permettent pas de faire l'impasse d'une réflexion plus profonde sur notre relation à la santé et à la distribution (équitable et proportionnée) des soins. En ce sens, les services d'urgences, du fait de leur caractéristique universelle et «de dernier filet», sont de formidables sources d'information sur les défis présents et futurs de nos sociétés, ainsi que sur la composition de leurs individus et populations.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'instauration d'une taxe aux urgences pour les consultations bénignes pose des problèmes d'applicabilité et d'équité et n'apparaît pas comme une solution efficace pour lutter contre la surfréquentation des services d'urgences
- Des solutions pragmatiques et équitables – telles que le case management, la coordination avec les médecins de premiers recours ou l'ouverture de lignes téléphoniques de triage – existent, bien que leur mise en œuvre soit complexe
- Pour faire face aux défis présents et futurs des services d'urgences, une réflexion plus large sur l'organisation des soins et sur notre relation à la santé semble indispensable

1 Adams JG. Emergency Department Overuse: Perceptions and Solutions. *JAMA* 2013;309:1173-4.

2 Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santisteve P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of Organizational Interventions to Reduce Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *PLoS One* 2012;7:e35903.

3 Baier N, Geissler A, Bech M, et al. Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing Organization, Payment and Reforms. *Health Policy* 2019;123:1-10.

4 OECD. OECD Health Statistics. Health Status (Edition 2018). DOI : <https://doi.org/10.1787/fe33116e-en>

5 Guinchard B, Schmittler M, Gerber C.

Accès et renoncement aux soins : tour d'horizon. REISO, Revue d'information sociale. 6 mai 2019. Disponible sur : www.reiso.org/document/4404

6 Guessous I, Theler JM, Izart CD, et al. Forgoing Dental Care for Economic Reasons in Switzerland: A Six-Year Cross-Sectional Population-Based Study. *BMC Oral Health* 2014;14:121.

7 Wolff H, Gaspoz JM, Guessous I. Health Care Renunciation for Economic Reasons in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13165. DOI : 10.4414/smw.2011.13165

8 Chen WY. The Welfare Effect of Co-Payment Adjustments on Emergency Department Visits in Medical Centers: Evidence from Taiwan. *Health Policy* 2020;124:1192-9.

9 Petrou P, Ingleby D. Co-Payments for Emergency Department Visits: A Quasi-Experimental Study. *Public Health* 2019;169:50-8.

10 Baum Z, Simmons MR, Guardiola JH, et al. Potential Impact of Co-Payment at Point of Care to Influence Emergency Department Utilization. *PeerJ* 2016;4:e1544.

11 Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Myth: User Fees Ensure Better Use of Health Services. *J Health Serv Res Policy* 2014;19:121-3.

12 Baicker K, Mullainathan S, Schwartzstein J. Behavioral Hazard in Health Insurance. *Natl Bur Econ Res Bull Aging Health* 2013;2-3.

13 Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient Cost-Sharing and Hospitalization

Offsets in the Elderly. *Am Econ Rev* 2010;100:193-213.

14 Raven MC, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of Presenting Complaint vs Discharge Diagnosis for Identifying “Nonemergency” Emergency Department Visits. *JAMA* 2013;309:1145-53.

15 van Tiel S, Rood PPM, Bertoli-Avel-la AM, et al. Systematic Review of Frequent Users of Emergency Departments in non-US Hospitals: State of the Art. *Eur J Emerg Med* 2015;22:306-15.

16 Bodenmann P, Velonaki VS, Griffin JL, et al. Case Management May Reduce Emergency Department Frequent Use in a Universal Health Coverage System: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med* 2017;32:508-15.

17 Bieler G, Paroz S, Faouzi M, et al.

- Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. *Acad Emerg Med* 2012;19:63-8.
- 18 Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, et al. "Hospital Was the Only Option": Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Adm Policy Ment Health Ment Health* 2017;44:405-12.
- 19 Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I. Individual Predictors of Frequent Emergency Department Use: A Scoping Review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:594.
- 20 Taubman SL, Allen HL, Wright BJ, Baicker K, Finkelstein AN. Medicaid Increases Emergency-Department Use: Evidence from Oregon's Health Insurance Experiment. *Science* 2014;343:263-8.
- 21 Yip JYC. Overcrowding in Emergency Departments: Revealing the Social Perspectives through a Medical Sociological Analysis. *J Health Soc Sci* 2019;4:305-12.
- 22 *Bourgeois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Acad Med* 2017;92:299-307.
- 23 Samra S, Schneberk T, Hsieh D, Bourgeois P. Interpersonal and Structural Violence in the Wake of COVID-19. *Am J Public Health* 2020;110:1659-61.
- 24 Berg J, Harting J, Stronks K. Individualisation in Public Health: Reflections from Life Narratives in a Disadvantaged Neighbourhood. *Crit Public Health* 2021;31:101-12.
- 25 Ridet D. Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences. *Anthropol Santé* (En ligne). 31 mai 2021. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9558>
- 26 Pascal J, Quélier C, Agard C, Nguyen JM, Lombrail P. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Soc Sci Sante* 2006;24:33-58.
- 27 *Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med* 2017;24:1137-49.
- 28 O'Cathain A, Connell J, Long J, Coster J. "Clinically Unnecessary" Use of Emergency and Urgent Care: A Realist Review of Patients' Decision Making. *Health Expect* 2020;23:19-40.
- 29 Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to Reduce Emergency Department Utilisation: A Review of Reviews. *Health Policy* 2016;120:1337-49.
- 30 **Raven MC, Kushel M, Ko MJ, Penko J, Bindman AB. The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Ann Emerg Med* 2016;68:467-83.e15.
- 31 Althaus F, Paroz S, Hugli O, et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Ann Emerg Med* 2011;58:41-52.e42.
- 32 **Moe J, Kirkland SW, Rawe E, et al. Effectiveness of Interventions to Decrease Emergency Department Visits by Adult Frequent Users: A Systematic Review. *Acad Emerg Med* 2017;24:40-52.
- 33 Iglesias K, Baggio S, Moschetti K, et al. Using Case Management in a Universal Health Coverage System to Improve Quality of Life of Frequent Emergency Department Users: A Randomized Controlled Trial. *Qual Life Res* 2018;27:503-13.
- 34 Moschetti K, Iglesias K, Baggio S, et al. Health Care Costs of Case Management for Frequent Users of the Emergency Department: Hospital and Insurance Perspectives. *PLoS One* 2018;13:e0199691.
- 35 Malebranche M, Grazioli VS, Kasztura M, Hudon C, Bodenmann P. Case Management for Frequent Emergency Department Users: No Longer a Question of if but When, Where and How. *CJEM* 2021;23:12-4.
- 36 Grazioli VS, Moullin JC, Kasztura M, et al. Implementing a Case Management Intervention for Frequent Users of the Emergency Department (I-CaM): An Effectiveness-Implementation Hybrid Trial Study Protocol. *BMC Health Serv Res* 2019;19:28.
- 37 Schoenmakers B, Delmeiren L, Pietermans S, et al. The Implementation of the Nationwide out-of-Hours Phone Number 1733 in Belgium: Analysis of Efficiency and Safety. *Prim Health Care Res Dev* 2021;22:e7.
- 38 *Jeyaraman MM, Copstein L, Al-Yousif N, et al. Interventions and Strategies Involving Primary Healthcare Professionals to Manage Emergency Department Overcrowding: A Scoping Review. *BMJ Open* 2021;11:e048613.
- 39 *Morel S. La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. *Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé*. *Agone* 2016;58:73-88.
- 40 Belorgey N. Contrainte budgétaire, accès aux soins et inégalités sociales de santé. *Savoir/Agir* 2009;8:89-94.

* à lire