Annales françaises de
médecine d'urgence

Usagers fréquents des urgences : fondements théoriques et perspectives d'action

Frequent users of emergency departments: theoretical foundations and perspectives for action

R. Hellmann[1,2], E. Abraham[3], N. Thilly[4], O. Babel[3], A. Moyal[5], M. Michel[6], J. Chrusciel[7], A. Etienne[1], S. Sanchez[7], T. Chouihed[8]

[1] Agence régionale de santé Grand-Est, Nancy, France

[2] Service des urgences, hôpital Bichat, Claude Bernard, AP-HP, Paris, France

[3] Dispositif d'appui à la coordination de Meurthe et Moselle, DAC 54, Nancy, France

[4] Université de Lorraine, Inserm, INSPIIRE, F-54000 Nancy, France ; CHRU-Nancy, F-54000 Nancy, France

[5] Centre de sociologie des organisations, UMR CNRS 7116, Paris, France; EHESP, Laboratoire Arènes, UMR CNRS Inserm 6051, Rennes, France

[6] Université Paris Cité, ECEVE, UMR 1123, Inserm, F-75010 Paris, France ; Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, F-75019 Paris, France ; Université de Lorraine, Inserm, INSPIIRE, F-54000 Nancy, France

[7] Pôle Santé publique et performance, hôpitaux Champagne Sud, Troyes, France

[8] Université de Lorraine, Inserm UMR_S 1116, service SAS-Samu, Smur, Urgences, CHRU de Nancy, France

Reçu le 9 janvier 2025; accepté le 11 juin 2025

© SFMU et JLE 2026

Correspondance : R. Hellmann
romain.hellmann@ars.sante.fr

▼ Résumé

Les usagers fréquents des services d'urgence (UFU) représentent, de par l'utilisation excessive qu'ils ont de ces services, un défi majeur pour les systèmes de santé du monde entier. Cette étude examine les comportements des UFU en France, en explorant les tendances longitudinales et en évaluant les facteurs individuels, organisationnels et territoriaux influençant leur utilisation. D'après les données du Système national de données de santé, les UFU représentaient 16 % des patients des structures d'urgences (SU) en 2021, mais 34 % des visites. Ces patients, qui souffrent fréquemment de troubles psychiatriques, respiratoires ou cardiovasculaires, ont des dépenses de santé considérablement plus élevées que les autres usagers des SU. Contrairement aux attentes, aucune association significative n'a été constatée entre un recours fréquent aux SU et un accès limité aux soins primaires. Nos résultats soulignent la nécessité d'une approche multidimensionnelle, combinant les perspectives individuelles et systémiques, pour améliorer la prestation de soins et optimiser l'allocation des ressources. Dans ce cadre, l'Agence régionale de santé du Grand Est a développé une solution de cartographie dynamique afin de mieux comprendre ce phénomène et de permettre des interventions ciblées. Parallèlement, le dispositif d'accompagnement des usagers multiples des urgences (DAUM) mis en place sur le Grand Nancy utilise des méthodes de détection et des stratégies d'accompagnement sur mesure. Bien que des difficultés persistent concernant l'engagement des patients et la qualité des données, les premiers résultats confirment l'utilité de profils d'intervention individualisés pour répondre aux besoins des UFU. Ces résultats ouvrent la voie à l'élaboration de stratégies efficaces de prévention primaire ciblant les facteurs de risque associés à une fréquentation fréquente des urgences.

• **Mots clés :** utilisateurs fréquents, services d'urgences, détecter, comprendre, accompagner, prévention, complexité, coordination

▼ Abstract

Frequent users of emergency departments (EDs) pose a significant challenge to healthcare systems worldwide due to their disproportionately high utilization. This study addresses the behavioral patterns of frequent ED users in France by exploring longitudinal trends and assessing individual, organizational, and territorial factors influencing their use. Based on data from the French National Health

Pour citer cet article : Hellmann R, Abraham E, Thilly N, Babel O, Moyal A, Michel M, Chrusciel J, Etienne A, Sanchez S, Chouihed T. Usagers fréquents des urgences : fondements théoriques et perspectives d'action. *Ann Fr Med Urgence* 2026 ; 16 : 10-19. doi : 10.1684/afmu.2026.0683

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Data System, frequent ED users accounted for 16 % of ED patients in 2021, yet they generated 34 % of visits. These patients, who frequently suffer from psychiatric, respiratory, and cardiovascular conditions, incurred considerably higher healthcare expenditures than non-frequent users. Contrary to expectations, no significant association was found between frequent ED use and limited access to primary care. Our findings underscore the necessity of a multifaceted approach, merging individual and systemic perspectives, to improve healthcare delivery and optimize resource allocation. As part of this effort, the Grand Est Regional Health Agency has developed a dynamic mapping solution to better understand this phenomenon and enable targeted interventions. Concurrently, the DAUM initiative in Grand Nancy, employs improved detection methods and tailored support strategies. Although challenges persist regarding patient engagement and data quality, early findings support the utility of individualized intervention profiles to address the needs of frequent ED users. These results pave the way for the development of effective primary prevention strategies targeting risk factors associated with frequent ED consumption.

• ***Keywords:*** *frequent users, emergency services, detect, understand, support, prevention, complexity, coordination*

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

La croissance de l'activité des services d'urgence (SU) est indéniable, en France comme dans la plupart des pays développés [1]. En 2019, le nombre de consultations atteignait 22 millions, contre seulement 7 millions en 1990, traduisant une augmentation de plus de 200 % en trois décennies [2]. Cette évolution est loin de s'essouffler, malgré la mise en œuvre de plans d'action nationaux successifs visant à freiner cette dynamique. Ces plans reposaient principalement sur deux axes :

– améliorer la pertinence du recours aux urgences,
– élargir l'offre de soins non programmés, notamment via l'extension des horaires de la médecine générale ou la création de structures dédiées [3, 4].

Pourtant, si l'efficacité de ces mesures reste discutée, leur impact global sur la fréquentation des urgences apparaît limité dans la littérature [5]. En 2022, François Braun soulignait que la hausse de la consommation de soins non programmés (SNP) ne pouvait être réduite à la seule difficulté d'accès à un médecin généraliste. Il insistait sur la nécessité d'intégrer d'autres dimensions [4] : accessibilité logistique, financière et culturelle, mais aussi attractivité perçue des SU. Réduire cette problématique à un unique déficit d'offre constitue un biais d'analyse répandu. L'activité des SU résulte d'interactions complexes entre les besoins exprimés des usagers, leurs comportements de consommation et l'organisation du système de santé sur un territoire donné [6, 7]. Parmi les contributeurs significatifs à cette dynamique, figurent les usagers fréquents des urgences (UFU), définis par un nombre élevé de passages au SU sur une période donnée [8, 9]. Cette population, minoritaire en effectif mais génératrice d'un volume important d'activité, fait l'objet de nombreuses interrogations, tant sur le plan médical que socio-organisationnel. Leur prise en charge, souvent complexe, mobilise des ressources importantes et peut générer un sentiment d'inefficience ou d'épuisement professionnel chez les soignants. Pourtant, loin de relever uniquement de la « bobologie » ou de la désorganisation individuelle, la consommation répétée des urgences par ces patients traduit le plus souvent des parcours de vie fragmentés, des vulnérabilités accumulées et des ruptures de suivi médico-social. Face à ce constat, il devient indispensable de dépasser les explications simplistes pour adopter une approche intégrée, fondée sur la compréhension des comportements de recours. Cette mise au point narrative a ainsi plusieurs objectifs. Le premier est de conceptualiser les déterminants de la consommation fréquente des SU à travers une lecture croisée des facteurs individuels, structurels et territoriaux. Dans un second temps, il s'agit de présenter des données récentes issues de l'analyse du Système national des données de santé (SNDS), menée par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est, illustrant l'ampleur et la diversité du phénomène UFU. Enfin, le dernier objectif est de décrire une expérimentation territoriale originale, le dispositif d'accompagnement des usagers multiples des urgences (DAUM), visant à mieux détecter, accompagner et réorienter ces patients en lien avec les acteurs de ville. L'ambition de cet article est donc double : enrichir la compréhension théorique du phénomène UFU et proposer des pistes concrètes pour l'action.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Méthodologie de la revue narrative et sources mobilisées

Ce travail s'inscrit dans une démarche de mise au point narrative, centrée sur le phénomène des UFU dans le contexte français. L'objectif n'est pas d'extraire une synthèse exhaustive de l'ensemble de la littérature internationale, mais de proposer une lecture analytique et contextualisée des données disponibles, enrichie par l'expérience de terrain et l'analyse de données nationales. La revue repose sur une sélection d'articles scientifiques issus des bases PubMed, Scopus et Cairn, en combinant les mots-clés : *frequent emergency department users*, *high users*, *emergency department utilization*, *case management*, *healthcare consumption* et « France », sur la période allant de 2000 à 2024. Les articles inclus dans la revue ont été choisis sur la base de leur pertinence théorique (modèles comportementaux et sociologie de la santé), méthodologique (études quantitatives sur les UFU, analyses géographiques et évaluations de dispositifs d'accompagnement) et opérationnelle (rapports institutionnels et expérimentations locales). Cette synthèse est complétée par l'analyse de données issues du SNDS, collectées et exploitées par l'ARS du Grand Est entre 2017 et 2022, portant sur près de 95 millions de passages aux urgences en France. Enfin, les éléments empiriques relatifs au DAUM s'appuient sur le suivi de sa mise en œuvre dans la métropole du Grand Nancy, avec un retour d'expérience en temps réel des professionnels impliqués (médecins urgentistes, coordinateurs DAC, professionnels du médico-social). Ce croisement entre littérature, données populationnelles massives et retours opérationnels vise à proposer une vision systémique, étayée et utile à l'action.

Comportement de recours aux urgences : approches conceptuelles

Comprendre le comportement de recours aux SU implique de dépasser une lecture strictement biomédicale des besoins exprimés. La santé, comme le rappelle Anctil, est un concept dynamique qui résulte d'une interaction continue entre l'individu et son environnement physique, social, culturel et institutionnel [6]. Dans cette perspective, l'usager ne se résume pas à un patient atteint d'une pathologie, mais devient un acteur – un consommateur – dont le recours aux soins est influencé par une constellation de facteurs endogènes (état de santé, perception, expériences antérieures, valeurs personnelles, etc.) et exogènes (accessibilité, organisation territoriale, normes sociales, etc.).

Plusieurs modèles théoriques permettent de décrypter ces comportements. En 1972, Grossman conceptualise la santé comme un capital que l'individu cherche à entretenir et optimiser tout au long de sa vie [10, 11]. Le recours aux soins devient alors un investissement, influencé par l'éducation, les préférences et le revenu, mais aussi par les contraintes de temps et d'accès. Dans ce modèle, l'individu maximise son utilité globale, intégrant la santé comme ressource essentielle à sa productivité et à son bien-être.

Le modèle de Levesque, plus récent, propose une grille d'analyse de l'accessibilité aux soins reposant sur :
- cinq dimensions du côté de l'offre : approchabilité, acceptabilité, disponibilité, accessibilité financière et adéquation,
- cinq capacités correspondantes du côté des usagers : percevoir, chercher, atteindre, payer et s'engager [12].

Ce cadre met en lumière les décalages fréquents entre les services proposés et les capacités réelles des individus à y accéder, notamment dans les contextes de précarité ou de vulnérabilité psychosociale. Enfin, les travaux de Godin sur les comportements de santé rappellent que l'adoption, le maintien ou l'abandon de comportements ne répond pas uniquement à des motivations rationnelles [13]. Des déterminants psychosociaux, tels que la norme sociale perçue, l'intention, l'autoefficacité ou encore la perception des bénéfices, conditionnent largement le comportement de recours. Ainsi, le passage répété aux urgences peut parfois répondre davantage à des besoins de réassurance, de reconnaissance ou de légitimation, qu'à une urgence médicale au sens strict. Dans le cas des UFU, ces approches convergent pour souligner que leur comportement ne peut être dissocié de leurs conditions de vie, de leurs trajectoires de soins et de leur environnement de proximité. Le SU devient alors, pour une partie de ces patients, un espace refuge face aux ruptures de parcours, aux invisibilités institutionnelles ou à l'absence d'alternatives perçues comme accessibles et pertinentes. Adopter une lecture comportementale et contextuelle du recours aux urgences permet non seulement de mieux comprendre les motifs profonds de fréquentation, mais aussi d'orienter des interventions ciblées, efficaces et respectueuses de la complexité des situations individuelles. Sur le cas particulier des UFU, on peut noter plusieurs impacts positifs de l'intégration de la dimension comportementale dans la gestion des cas individuels. La mise en place de dispositifs d'accompagnement adaptés permet, en effet, de diminuer le nombre de passages aux urgences, le nombre d'hospitalisations et la durée des séjours hospitaliers, et d'augmenter la satisfaction des patients ainsi que la qualité des soins [14, 15]. L'impact de dispositifs

d'accompagnement des UFU sur les professionnels de santé des urgences n'est pas négligeable également [16]. Malone rapporte que les professionnels des urgences rencontrent un large éventail de difficultés liées à la perception d'une inadéquation existant entre les demandes des UFU et les capacités de réponse des SU, entraînant un sentiment d'échec et affectant leur moral [17].

Données françaises sur les usagers fréquents des services d'urgence : résultats du Système national de données de santé et cartographie régionale

Le phénomène UFU est important en termes d'impact sociétal puisque, dans la littérature internationale, ces usages peuvent générer de 21 à 31 % des passages, suivant le seuil choisi pour les définir [8, 9]. L'utilisation d'un seuil de passage élevé diminue la possibilité que les passages fréquents soient dus à des événements indépendants. L'analyse des données issues du SNDS, menée par l'ARS Grand Est entre 2017 et 2022, permet de documenter précisément le phénomène des UFU en France. Sur cette période, près de 95 millions de passages aux urgences ont été enregistrés.

Pour la seule année 2021, 18,7 millions de passages ont été recensés, et les UFU représentaient 2 millions de ces usagers, soit 16 % des patients fréquentant un SU, mais ils UFU généraient 34 % des passages au total (6,3 millions), soit un niveau plus élevé que ceux observés dans d'autres pays. La moyenne nationale du taux de recours de patients UFU pour 1 000 habitants était de 93, variant de 45 en Corse, à 118 dans les Hauts-de-France. Les caractéristiques de la population UFU sont présentées dans le *tableau 1*. L'approche longitudinale retenue permet non seulement de quantifier le recours fréquent, mais également d'en analyser les dynamiques temporelles et spatiales. Cette distribution très déséquilibrée illustre le poids organisationnel des UFU sur les SU. En élargissant l'analyse à l'échelle nationale, des disparités territoriales significatives apparaissent : certaines zones affichent des taux de recours fréquents nettement supérieurs à la moyenne nationale, indépendamment de la densité en médecine générale ou du niveau de précarité mesuré par l'indice français de désavantage social (indice FDep) de la commune de résidence. Les analyses croisées entre fréquence de recours et variables contextuelles (offre de soins, indicateurs socio-économiques ou typologie urbaine-rurale) mettent en évidence des profils contrastés. À titre d'exemple, certaines zones urbaines disposent d'une offre libérale relativement dense, mais concentrent un taux élevé d'UFU, suggérant un effet d'attractivité ou de spécialisation des SU. D'autres territoires cumulent vulnérabilités sociales et éloignement de l'offre, renforçant les logiques de recours répétés par défaut. L'accessibilité potentielle localisée des médecins généralistes des territoires des patients UFU ne diffère pas de celle des non UFU (moyenne de 3,8 consultations accessibles par habitant standardisé et par an). Ainsi, de façon contre-intuitive, on n'observe pas d'association entre le comportement d'utilisation fréquente des urgences et une accessibilité réduite aux soins en médecine de ville. Ces données confortent l'idée que le recours fréquent aux urgences ne peut être expliqué uniquement par une défaillance de l'offre de soins primaires. Il s'agit plutôt d'un marqueur de désajustement global entre les besoins des usagers, leur capacité à naviguer dans le système de santé et les réponses proposées sur le territoire. Ces constats justifient pleinement le développement d'interventions ciblées, à la fois au niveau individuel (accompagnement et coordination) et populationnel (analyse des flux, veille territoriale et outils prédictifs). En France, il est difficile d'avoir une vision exhaustive du phénomène UFU sur un territoire, notamment lorsque celui-ci dispose de plusieurs SU et que les établissements ne disposent pas de systèmes d'information communs. En effet, les UFU peuvent consulter dans plusieurs SU voisins, rendant compliqué son repérage. Le résumé de passage aux urgences (RPU) peut permettre d'identifier les UFU mais il reste limité dans sa capacité à approfondir la connaissance de ce comportement et sa répartition géographique [18]. Pourtant, la géolocalisation des problématiques de santé est devenue essentielle pour mieux calibrer et orienter les politiques en matière de santé. Elle permet de mieux comprendre les liens entre les facteurs environnementaux humains et les divers déterminants de santé publique [9, 19]. C'est pourquoi l'ARS Grand Est, sous l'égide de la Direction générale de l'offre de soins, développe une solution de cartographie dynamique basée sur les données du SNDS. Elle vise à mieux appréhender le phénomène UFU, notamment sa répartition géographique et son évolution dans le temps (*figure 1*). Cet outil d'aide à la décision devrait permettre de mieux identifier les actions à mener, de mieux cibler les territoires où existe une forte prévalence d'UFU et d'évaluer l'impact des actions mises en place, soit pour prévenir le phénomène, soit pour accompagner ces patients. Initialement élaboré à l'usage des ARS et des comités d'allocation de ressources urgences (CARU) [20], cet outil sera à terme accessible aux différents acteurs de santé dans les territoires (professionnels de la ville ou de l'hôpital, responsables de SU, etc.), pour développer des actions de prévention secondaire

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

TABLEAU 1 • Caractéristiques des patients utilisateurs fréquents des urgences (UFU) et non UFU en 2021 (sources système national des données de santé, Agence régionale de santé Grand-Est).

	Non utilisateurs fréquents des urgences (< 3 passages sur 12 mois)	Utilisateurs fréquents des urgences (≥ 3 passages sur 12 mois)
Patients (nombre)	10 494 451	2 014 242
Passages (nombre)	12 404 675	6 246 899
Âge moyen en années (écart type)	40 (26)	41 (28)
Sexe féminin (%)	5 272 421 (50)	1 082 050 (54)
Dépenses moyennes générées en euros (écart type)		
Dépenses biologie	144 (197)	214 (275)
Dépenses dentaire	81 (199)	77 (211)
Dépenses généraliste	153 (162)	228 (235)
Dépenses spécialiste	227 (623)	314 (829)
Dépenses IDE	257 (1 392)	598 (2 I87)
Dépenses kiné	117 (390)	172 (508)
Dépenses pharmacie	645 (4 009)	1065 (4 979)
Dépenses sage-femme	1 2(83)	24 (119)
Dépense transport	147 (1 007)	413 (1 727)
Dépenses totales en ville	2 863 (9 730)	7731 (17 248)
Dépenses totales à l'hôpital	2 031 (5 261)	3598 (7 354)
Dépenses totales	4 894 (12 242)	11329 (20 810)
Accessibilité potentielle localisée*	3,8	3,8
Indice de défavorisation sociale (%)**		
Quintile 1	1 829 428 (18)	307 173 (15)
Quintile 2	1 979 96 (19)	342 737 (17)
Quintile 3	2 096 380 (20)	396 424 (20)
Quintile 4	2 164 703 (21)	427 667 (21)
Quintile 5	2 309 347 (22)	522 453 (26)
Pathologies chroniques* (%)**		
Cardiologiques	1 308 944 (12)	409 141 (20)
Cancers	670 289 (6)	196 970 (10)
Respiratoire	794 321 (8)	259 311 (13)
Neurologiques	434 833 (4)	184 700 (9)
Psychiatriques	650 655 (6)	294 079 (15)

* L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pour la médecine générale a été développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.
** L'indice français de désavantage social de la commune de résidence (FDEP, pour *french deprivation index*) a été créé pour fournir un indicateur géographique en population générale du désavantage social spécifiquement adapté aux études de santé sur la population française. Le premier quintile fait référence aux 20 % les plus favorisés et le cinquième aux 20 % les plus défavorisés
*** Groupe de pathologies et des dépenses associées produits par l'Assurance Maladie couvrant une cinquantaine de pathologies, de traitements chroniques et d'épisodes de soins repérables dans le système national des données de santé (SNDS).

(dispositif d'accompagnement) ou primaire (littératie en santé). En effet, identifier les territoires concernés permet de travailler conjointement sur des politiques synergiques avec d'autres partenaires (collectivités territoriales, municipalités, acteur de l'éducation ou des transports, etc.), permettant d'agir sur les facteurs contribuant au comportement d'utilisation fréquente de l'offre de soins [9, 19, 21].

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

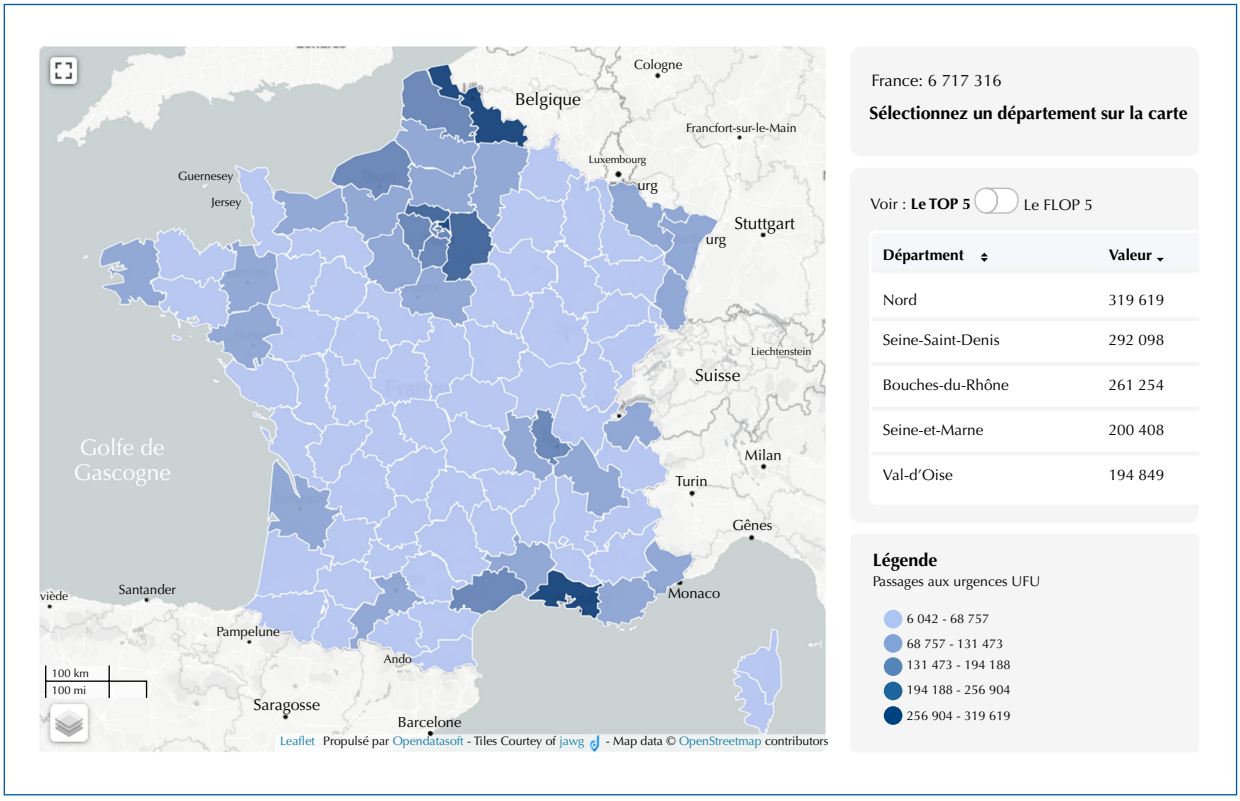


Figure 1 • Portail de données développé avec la plateforme Opendatasoft. Répartition géographique du nombre de passages aux urgences générés par les usagers fréquents des urgences (UFU). (Reproduit avec l'autorisation d'Opendatasoft [Paris, France].)

Le dispositif d'accompagnement des usagers multiples des urgences : conception, critères d'inclusion, mise en œuvre et premiers résultats

Face aux constats issus de l'analyse des données du SNDS et aux limites des dispositifs d'orientation classiques, le territoire du Grand Nancy a expérimenté, à partir de 2022, une approche innovante d'accompagnement des UFU : le DAUM. Ce programme repose sur une collaboration étroite entre le service des urgences du CHRU de Nancy, le dispositif d'appui à la coordination (DAC 54), l'ARS Grand Est et les acteurs de ville. Il vise à repérer précocement les patients présentant un recours répété aux SU, à analyser les causes sous-jacentes de cette fréquentation par de l'« aller-vers » (évaluation des besoins du patient dans son écosystème de vie) et à proposer un accompagnement coordonné et individualisé. La cible du programme sont les patients ayant réalisé au moins quatre passages aux urgences sur les 12 mois précédents, résidant sur la métropole du Grand Nancy. Une extraction régulière à partir du système d'information du CHRU permet de générer une liste d'usagers potentiellement éligibles.

En 2022, sur 306 patients repérés comme répondant aux critères d'éligibilité, seuls 149 ont pu être inclus dans le programme. Les principales causes de non-inclusion étaient liées à des problèmes d'identitovigilance, à une résidence hors territoire d'intervention du DAC 54, à des privations de liberté ou à un décès survenu avant la prise de contact. Le parcours proposé repose sur quatre temps successifs :

- un repérage en amont via les données informatisées du SU,
- un signalement du phénomène au DAC 54 par le SU via messagerie sécurisée,
- une évaluation médico-psycho-sociale conjointe (référent DAC),
- la mise en œuvre d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) avec désignation d'un acteur référent de proximité.

La mobilisation du DAC permet un accès rapide à un réseau de partenaires (soins primaires, travailleurs sociaux, acteurs du logement, psychiatrie de secteur, etc.). Un suivi est organisé à trois mois pour évaluer l'impact du plan d'accompagnement, avec possibilité d'ajustement en fonction de la situation du patient (*figure 2*).

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

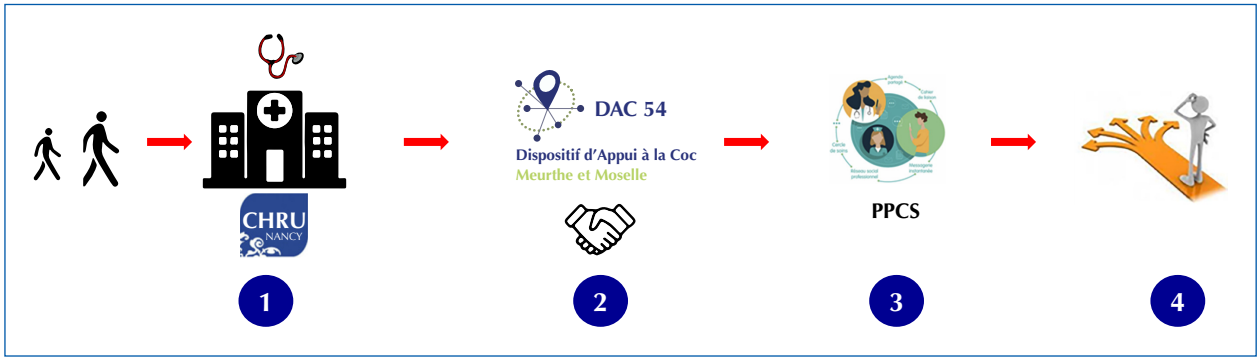


Figure 2 • les différentes étapes du dispositif d'accompagnement des usagers multiples des urgences (DAUM). **Étape 1** : détection des UFU à partir de quatre passages par le logiciel DXCare (Dedalus, Le Plessis-Robinson, France). **Étape 2** : signalement au DAC 54 par messagerie sécurisée, prise de contact, compréhension des motivations de la consommation fréquente. **Étape 3** : élaboration d'un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS). **Étape 4** : mise en œuvre du PPCS avec activation des acteurs du champ sanitaire, médicosocial ou social en fonction des besoins.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

Rapidement, quatre grands profils dominants d'UFU, nécessitant un accompagnement spécifique, ont été identifiés par le DAC 54 :

- profil « autonomie à domicile » : ce sont non seulement des patients dont le maintien à domicile est difficile, mais également des sujets dont les repères changent dans leur écosystème à la suite d'une découverte de maladie chronique ou grave (consommation de soin par angoisse ou perte de repère),
- profil « précarité » : il regroupe différentes situations, allant de la grande précarité à la précarité estudiantine,
- profil « consommateurs » : il s'agit d'UFU avec une problématique prépondérante d'addiction (alcool, stupéfiants, médicaments, etc.),
- profil « santé mentale » : il s'agit d'UFU présentant des pathologies mentales sous-jacentes (dépression, tentatives de suicide, psychose, etc.).

Bien sûr, les UFU pouvaient cumuler les traits de plusieurs profils, mais c'est en fonction du profil dominant que les modalités d'accompagnement se mettaient en place au DAC. Ce dispositif, bien que récent, constitue un exemple de réponse coordonnée et territorialisée au phénomène UFU, en s'appuyant sur la capacité des SU à jouer un rôle de guichet d'identification précoce des ruptures de parcours. Le DAUM a rapidement déconstruit certains clichés vis-à-vis de ces patients consommateurs fréquents des urgences (consommation de soins pour de la « bobologie », absence de médecin traitant…). La quasi-totalité des passages au SU étaient centrés sur une demande et un besoin de soins, justifiant ou pas une hospitalisation. Dans la cohorte des patients inclus, 91 % avaient un médecin traitant, la grande majorité présentaient des troubles mentaux, sociaux ou somatiques, ou encore des comportements à risque. La plupart étaient devenus « invisibles » des professionnels du système de santé. En effet, si un tiers d'entre eux étaient déjà connus pour leur situation complexe, l'équipe de soins qui les entourait, notamment le médecin traitant, n'avait pas connaissance de ces passages multiples au SU. Plus de 70 % des UFU étant méconnus du DAC 54, ces patients passaient « sous les radars » du système de dépistage de la complexité dans un territoire où, pourtant, la coordination ville/hôpital est très développée.

Discussion : implications pratiques, déconstructions des stéréotypes et rôle des structures d'urgences

L'analyse du phénomène UFU appelle une réévaluation des représentations dominantes qui entourent leur profil et leur comportement. Trop souvent perçus à travers le prisme de l'abus ou de la désorganisation du système de santé, les UFU sont en réalité au carrefour de vulnérabilités multiples, d'un manque d'alternatives perçues et d'une complexité des parcours qui dépasse largement le cadre médical *stricto sensu*. Ces patients ont, dans leur grande majorité, un médecin traitant ; ils ont également une consommation de soins de ville importante avec des dépenses de santé plus élevées (*tableau 1*) [9]. Les données issues du SNDS et l'expérimentation du DAUM mettent en évidence la diversité des profils d'UFU, qui sont à la fois des consommateurs de la médecine de ville et des SU. Il ne s'agit pas d'un groupe homogène, mais plutôt d'une constellation de trajectoires où coexistent des personnes âgées polypathologiques, des jeunes adultes en souffrance psychique, des personnes en grande précarité sociale ou encore des patients sans médecin traitant naviguant entre différents professionnels. Cette

hétérogénéité impose une réponse différenciée et adaptée aux besoins spécifiques de chacun. Dans ce contexte, les SU jouent un rôle pivot, non seulement dans la réponse immédiate, mais aussi comme point d'identification d'un besoin de coordination ou de réévaluation globale du parcours, notamment pour ces patients « invisibles ». Cette fonction, longtemps marginale, doit être reconnue et structurée (*tableau 2*) car elle apporte une plus-value sociale et humaine [14-16]. Le signalement à un dispositif d'appui, la désignation d'un référent de parcours, la construction d'un plan personnalisé de soins deviennent autant d'actions possibles pour engager une dynamique de sortie de la spirale des passages répétés. Cette action ne peut s'envisager sans avoir engagé une coordination avec des partenaires (DAC, communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS] ou autres) permettant un accompagnement de ces patients. Il s'agit de faire entrer le concept de coordination dans la réalité, cette coordination étant un puissant catalyseur de dynamiques collectives nouvelles au niveau des territoires. C'est un enjeu d'efficience, en ce qu'elle évite la redondance des prises en charge et la non-pertinence des consommations de soins. C'est aussi un enjeu de sens. Répondre de façon adaptée aux véritables besoins de cette population passant « sous les radars » peut permettre de lutter contre le sentiment d'absurdité ressenti par les professionnels des SU face à ces consultations itératives. Camus disait : « *L'absurde naît de la confrontation de l'appel humain avec le silence déraisonnable du monde* » [22]. Une régulation d'accès aux SU sans prise en compte de la problématique des UFU contribuerait potentiellement à ce « silence déraisonnable », car elle ne réglerait pas la problématique individuelle et structurelle de ce comportement de consommation. En revanche, une détection dès la demande de soins non programmés, notamment par le biais du service d'accès aux soins (SAS), pourrait être une piste complémentaire pour accompagner d'éventuels « appelants fréquents » [23].

TABLEAU 2.• Clés pratiques pour les urgentistes face aux utilisateurs fréquents des urgences (UFU).

Domaine	Recommandation concrète
Repérage	Seuil à ≥ 4 à 6 passages/an (à adapter en fonction de la cible souhaitée) ; inclure contexte psychosocial ; croiser avec médecin traitant
Communication	Aborder sans jugement, repérer les attentes réelles, reformuler le besoin de soin
Signalement	Utiliser un canal identifié de type référent du dispositif d'appui à la coordination (DAC). Préférer un dispositif de signalement automatisé par messagerie entre structure d'urgence (SU) et DAC
Partenariat	Identifier un référent en ville pour assurer la coordination (DAC ou autre) et des acteurs de santé (infirmier diplômé d'État Asalée, travailleur social, médecin coordonnateur)
Continuité	Partager un plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) via outils régionaux
Formation	Sensibiliser les équipes à la complexité des UFU et aux biais cognitifs
Évaluation	Suivre les effets de la réorientation : baisse des passages, satisfaction et parcours

La formation des équipes à la complexité de ces situations est un levier essentiel. Trop souvent, le discours culpabilisant ou stigmatisant renforce la distance entre professionnels et patients. À l'inverse, une approche empathique, contextualisée et pluridisciplinaire permet de restaurer une alliance thérapeutique, même partielle, et de poser les premiers jalons d'un accompagnement adapté.

Enfin, la mise en œuvre de dispositifs territoriaux comme le DAUM invite à penser la fréquentation des SU comme un indicateur de fragilité du système plus que comme une déviance individuelle. Les UFU sont les symptômes visibles d'une chaîne de soins et d'accompagnements parfois défaillante. Les réponses doivent donc être transversales, articulées entre ville et hôpital, entre sanitaire et social.

Perspectives : outils prédictifs, prévention primaire, articulation ville-hôpital

La prise en charge des UFU ne saurait se limiter à des dispositifs curatifs ou à des réponses ponctuelles. Elle appelle le développement d'outils structurels capables de prévenir l'installation de parcours complexes, d'anticiper les risques de désajustement et de coordonner les réponses entre les différents acteurs du territoire. L'un des leviers les plus prometteurs repose sur le développement de modèles prédictifs à partir des données de santé disponibles, notamment les systèmes d'information hospitaliers et le SNDS. En croisant des données sociodémographiques, cliniques et territoriales, il devient possible de repérer en amont les patients à risque de devenir UFU. Ces algorithmes, intégrés aux logiciels métiers ou aux outils de veille populationnelle, pourraient aider à déclencher précocement des actions d'évaluation ou d'orientation, avant même que la spirale de la fréquentation ne s'installe durablement.

En parallèle, une stratégie de prévention primaire ciblée doit être développée. L'analyse cartographique des passages récurrents permet d'identifier des territoires

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

ou des quartiers où les tensions sont les plus fortes. À partir de ces zones, des actions territoriales peuvent être menées : déploiement de littératie en santé, renforcement de l'offre de soins de premier recours, développement de permanences médico-sociales, intégration de médiateurs en santé ou d'équipes mobiles. Ces interventions ne visent pas seulement à réduire la pression sur les urgences, mais à reconstruire une offre accessible, lisible et adaptée aux besoins réels des populations concernées.

Enfin, l'articulation entre les SU, les DAC, les soins de ville, les structures médico-sociales et les collectivités territoriales doit être renforcée. Le repérage des UFU doit pouvoir déclencher une chaîne de coordination intégrée, où chaque acteur joue un rôle spécifique, dans un cadre concerté. Des protocoles partagés, des outils numériques de suivi et une gouvernance territoriale claire sont les conditions nécessaires à cette intégration.

Le cas du DAUM montre qu'un projet bien construit, ancré localement et soutenu par une volonté institutionnelle forte peut faire émerger des pratiques nouvelles. L'enjeu est désormais d'essaimer ces initiatives, de les évaluer rigoureusement et de construire une politique publique cohérente autour de la problématique des UFU.

Conclusions

Les UFU constituent un phénomène à la fois visible, complexe et révélateur des fragilités structurelles du système de santé. Loin d'être des consommateurs irrationnels ou des « profiteurs » du service public, ils traduisent souvent une inadéquation entre l'offre de soins disponible, la lisibilité du système et la réalité des parcours de vie marqués par les ruptures, la précarité ou la chronicité. Ce travail de mise au point a permis de revisiter les fondements théoriques du comportement de recours, de documenter la situation française à travers les données SNDS, et de proposer un exemple concret d'accompagnement avec le DAUM. Ces éléments soulignent la nécessité d'agir à plusieurs niveaux : micro (accompagnement individualisé), méso (coordination territoriale) et macro (politiques de prévention, gouvernance partagée). Les SU ont un rôle stratégique à jouer dans la détection, la régulation et la coordination autour des patients les plus fragiles. Reconnaître et soutenir cette fonction suppose de doter les équipes d'outils, de temps et de relais en ville. Enfin, au-delà de l'innovation organisationnelle, c'est un changement de regard qui est en jeu : passer d'une logique de tri et de dissuasion à une logique de compréhension et d'accompagnement. C'est à cette condition que l'on pourra durablement réguler les usages, restaurer du sens dans la pratique des professionnels et améliorer l'expérience des patients dans leur globalité.

Liens d'intérêts :
Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1 • De Lagasnerie G, Kumar A, Paris V, Mueller M (2025). Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de L'OCDE. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2756/ocde_2015_paiement_des_hopitaux_et_degressivite_tarifaire.pdf [Dernier accès le 26 mai 2025]

2 • Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2019). Les établissements de santé. Ministère de la santé : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Panoramas de la DREES). https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2019 [Dernier accès le 20 avril 2025].

3 • Pech ME (2022). Crise des urgences: la « bobologie » n'explique pas tout…. Marianne https://www.marianne.net/societe/sante/crise-des-urgences-la-bobologie-nexplique-pas-tout [Dernier accès le 22 avril 2025].

4 • Braun F (2022) Mission flash sur les urgences et soins non programmés. Ministère de la Santé et de la Prévention.]. https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/mission-flash-sur-les-urgences-et-soins-non-programmes-le-gouvernement-mobilise [Dernier accès le 23 avril 2025]

5 • Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, Rowe B (2017). Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: a systematic review. Acad Emerg Med. 24 :40-52.

6 • Anctil H, Jobin L, Pigeon M, Émond A (2012). La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/ [Dernier accès le 26 mai 2025]

7 • Chauveau S, Chatriot A, Chessel M-E, Hilton M (2005). Malades ou consommateurs ? La consommation de médicaments en France (second XXe siècle). Au nom du consommateur. Consommation et politique en Europe et aux Etats-Unis au XXe siècle., La Découverte, pp.182-98.

8 • LaCalle E, Rabin E (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. Ann Emerg Med 56:42-8.

9 • Hellmann R, Feral-Pierssens AL, Michault A, et al (2021). The analysis of the geographical distribution of emergency departments' frequent users : a tool to prioritize public health policies? BMC Public Health 21:1689.

10 • Becker GS (1999). Human capital : a theoretical and empirical analysis with special reference to education. 3. ed. Chicago, Ill : University of Chicago Press.

11 • Grossman M (1972). The demand for health: A theoretical and empirical investigation. J Polit Econ 80 :223-255.

12 • Levesque JF, Harris MF, Russell G (2013). Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health 18.

13 • Godin G (2012). Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir. Presses de l'Université de Montréal.

14 • Grazioli VS, Moullin JC, Kasztura M, et al (2019). 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 19: 28.

15 • Brodeur M, Margo-Dermer E, Chouinard MC, Hudon C (2020). Experience of being a frequent user of primary care and emergency department services: a qualitative systematic review and thematic synthesis. BMJ Open.10: e033351.

16 • Chastonay OJ, Lemoine M, Grazioli VS, et al (2021). Health care providers' perception of the frequent emergency department user issue and of targeted case management interventions : a cross-sectional national survey in Switzerland. BMC Emerg Med 21:24.

17 • Malone RE (1996). Almost 'like family' : Emergency nurses and 'frequent flyers'. J Emerg Nurs 22:176-83.

Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.

18 • Pourcel L (2022). Validation d'une méthode d'identification des passages itératifs d'un même patient aux urgences à partir des Résumés de Passages aux Urgences. Congrés Urgences. https://oruoccitanie.fr/validation-dune-methode-didentification-des-passages-iteratifs-dun-meme-patient-aux-urgences-a-partir-des-resumes-de-passages-aux-urgences/ [Dernier accès le 22 avril 2025]

19 • Bilheimer LT, Klein RJ (2010). Data and measurement issues in the analysis of health disparities: disparities data and measurement. Health Serv Res 45(5 Pt 2) :1489-507.

20 • République française (2021). Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé. Code de santé publique, SSAH2033151D. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043185042 [Dernier accès le 22 avril 2025]

21 • Dubowitz T, Heron M, Bird CE, et al (2008). Neighborhood socioeconomic status and fruit and vegetable intake among whites, blacks, and Mexican Americans in the United States. Am J Clin Nutr 87:1883-1891.

22 • Albert Camus (1942). Le mythe de Sisyphe: essai sur l'absurde. Paris: Gallimard; (NRF Essais), Réédition 1990.

23 • Edwards MJ, Bassett G, Sinden L, Fothergill RT (2015). Frequent callers to the ambulance service: patient profiling and impact of case management on patient utilisation of the ambulance service. Emerg Med J.32:392-6.



Copyright © 2026 JLE. Téléchargé par MME BERENGERE BRUN le 28/05/2026.