



Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016)

FOCUS SUR LA POPULATION DE MOINS DE 15 ANS ET DE 65 ANS ET PLUS

RÉSUMÉ

Auteur

Dalia FELE

En collaboration avec

Elise MENDES DA COSTA
Peter VERDUYCKT
Melody YANNART
David HERCOT
Olivier GILLIS

Pour plus d'informations

Observatoire de la Santé et du Social de la Région de
Bruxelles-Capitale
Commission communautaire commune
71 rue Belliard, boîte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552.01.89
observat@ccc.brussels
<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Dalia FELE
Tél. : 02/552.01.78
dfele@ccc.brussels



CONTEXTE

L'activité des services d'urgence a augmenté ces dernières années en Belgique, entraînant une hausse annuelle de 5 % de leur budget en termes d'honoraires médicaux. Le phénomène d'augmentation des recours aux urgences hospitalières est observé tant à l'échelle nationale qu'internationale. En outre, l'activité des services d'urgence semble avoir évolué ces dernières décennies dans la mesure où ils joueraient également un rôle d'acteur de première ligne de soins.

Dans un tel contexte, de nombreuses études ont tenté d'identifier dans quelle mesure le recours aux urgences est justifié, en particulier chez les enfants. Ces derniers représenteraient la population utilisant le plus souvent les urgences hospitalières pour des symptômes ne nécessitant pas réellement de «soins urgents».

Selon la littérature scientifique, les principales raisons qui mènent les patients à recourir aux urgences hospitalières plutôt qu'à la médecine générale sont : la facilité d'accès (ouvert 7j/7 et 24h/24, proximité géographique) ; la gravité du problème ressentie par le patient ; l'accès à une haute technologie, le fait de pouvoir réaliser tous les examens nécessaires au même endroit et de pouvoir accéder immédiatement à un spécialiste (notamment le pédiatre pour les enfants) ; l'indisponibilité du médecin traitant, le fait de ne pas en avoir et le fait que les patients connaissent mieux les services d'urgence que les postes de garde en médecine générale, voire même ne connaissent pas d'autres structures qui reçoivent les patients en urgence ; et dans une moindre mesure, les raisons financières.

La question du recours aux urgences de la population bruxelloise doit être posée dans la mesure où Bruxelles dispose d'une offre de services d'urgence par densité de population plus élevée par rapport aux deux autres Régions. La littérature montre effectivement que les habitants de la Région bruxelloise ont, comparativement aux habitants des deux autres Régions, davantage recours aux urgences, que ces recours sont plus fréquemment non référés par un médecin, et que, chez les patients pédiatriques, les services d'urgence sont davantage utilisés de manière ambulatoire. La question du recours aux urgences par les enfants et les personnes âgées se pose spécifiquement dans la mesure où l'augmentation des recours aux urgences des Bruxellois par ces publics a été plus importante au cours des dernières années, que près de deux passages aux urgences sur cinq sont le fait de la population appartenant à ces deux publics cibles et que Bruxelles comme les deux autres Régions sera confrontée à l'avenir au vieillissement de la population.

OBJET DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Cette étude vise à analyser, sur base des données du Résumé Hospitalier Minimum, le phénomène du recours

aux urgences hospitalières des Bruxellois. Les objectifs sont, pour les Bruxellois, d'identifier les caractéristiques des passages aux urgences, de déterminer le profil des patients ayant recours aux urgences et d'étudier plus en détails le recours aux urgences de deux populations spécifiques : les enfants de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus.

MÉTHODES

Les analyses ont été réalisées sur la base des données issues du Résumé Hospitalier Minimum (RHM) de l'année 2016. Une évolution au cours du temps a été effectuée pour certains indicateurs sur la base des RHM de 2008 à 2016.

Les résultats présentés concernent les admissions hospitalières des Bruxellois, c'est-à-dire les admissions de patients domiciliés à Bruxelles, indépendamment de leur statut d'assurabilité et de la localisation de l'hôpital dans lequel ils sont pris en charge. Les admissions hospitalières des personnes sans-abri ou sans domicile fixe ne possédant pas d'adresse de référence ne sont pas incluses dans les analyses.

Les analyses se réfèrent au nombre d'admissions, et non au nombre de patients admis à l'hôpital. Un même patient peut être admis plusieurs fois dans un ou plusieurs hôpitaux au cours d'une même année. Cela représente ainsi plusieurs admissions.

Afin d'obtenir de plus amples informations sur les méthodes d'enregistrement des données dans le RHM et leurs limites, des rencontres ont été organisées sur quatre sites hospitaliers bruxellois avec des encodeurs des données RHM. Des rencontres ont également été organisées avec trois médecins urgentistes afin d'apporter des éléments explicatifs aux résultats obtenus.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

Durant l'année 2016, 498 841 passages via les services d'urgence ont été enregistrés chez les Bruxellois dans les hôpitaux au sein de toute la Belgique, dont un passage sur cinq (21,8 %) a donné lieu à une hospitalisation. Les recours aux urgences des patients bruxellois de moins de 15 ans et de 65 ans et plus représentent 41,2 % de l'ensemble des passages par les urgences.

PROFIL DES USAGERS DES SERVICES D'URGENCE ET CARACTÉRISTIQUES DES RECOURS

Entre 2008 et 2016, une augmentation du taux de recours aux urgences de 13,9 % est observée (de 368,1 à 419,3 admissions pour 1000 habitants), et plus particulièrement

chez la population âgée de 65 ans et plus (+32,7 %) et de moins de 15 ans (+20,6 %), comparativement à la tranche d'âge intermédiaire des 15-64 ans (+6,8 %) (figure 1).

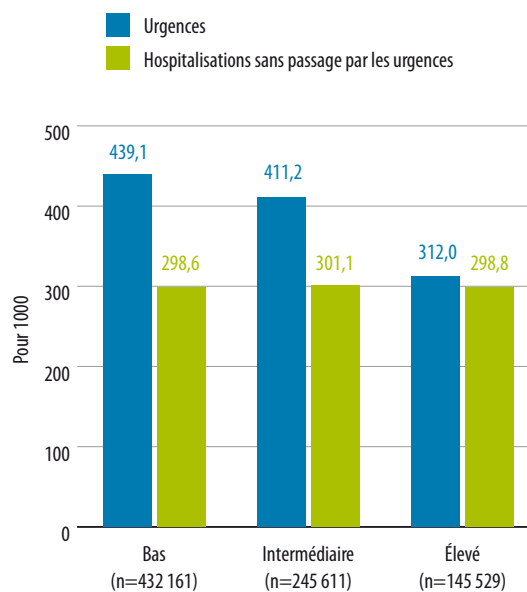
Une hausse des recours aux urgences a été plus marquée en 2014 chez les adultes de 15 ans et plus, et à partir de 2014 chez les enfants de moins de 15 ans (figure 1). Cette hausse s'exprime par une augmentation des recours aux urgences ambulatoires (résultats non illustrés) et correspond au changement du mode de financement des activités liées aux urgences courant l'année 2013.

Au sein des différentes catégories d'âge chez les moins de 15 ans, l'augmentation du taux de recours aux urgences entre 2008 et 2016 a été plus importante chez les moins d'un an et chez les 5-9 ans (résultats non illustrés).

Le taux de recours aux urgences (à âge égal) est plus faible dans les communes socio-économiquement plus favorisées. Ce taux varie de 439,1 pour 1000 habitants chez les patients résidant dans les communes les plus défavorisées à 312,0 pour 1000 habitants chez les patients issus des communes les plus aisées (figure 2). Ces constats peuvent être expliqués par différents éléments tels que : 1) l'état de santé globalement moins bon des personnes précarisées ; 2) l'offre locale en services d'urgence plus concentrée dans les communes aux niveaux socio-économiques (NSE) bas et intermédiaire par rapport à celles au NSE élevé ; 3) le fait que certaines personnes moins favorisées doivent postposer des soins de santé pour raisons financières et se retrouvent ainsi dans une situation urgente avant de se faire soigner ; 4) l'accessibilité financière des services d'urgence dans la mesure où ils appliquent le système du tiers payant et où le paiement des montants non-remboursés par l'assurance maladie se fait dans la plupart des cas après réception de la facture.

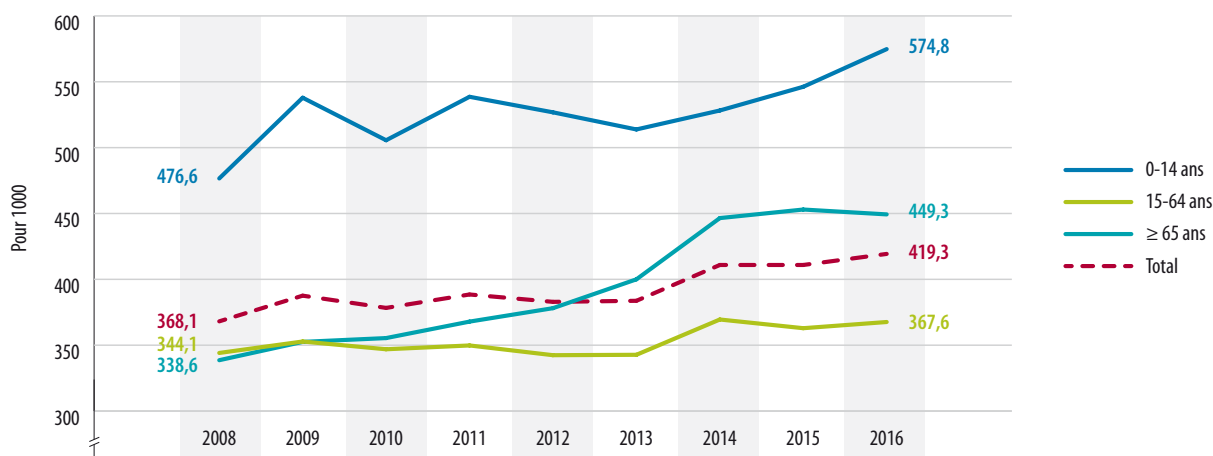
Il est à noter qu'aucune différence du taux d'hospitalisation sans passage par les urgences n'est observée selon le NSE de la commune de résidence (figure 2).

Figure 2 : Taux standardisé pour l'âge (pour 1000 habitants) de recours aux urgences et d'hospitalisation sans passage par les urgences, selon les catégories de niveau socio-économique des communes de résidence, chez les Bruxellois, 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

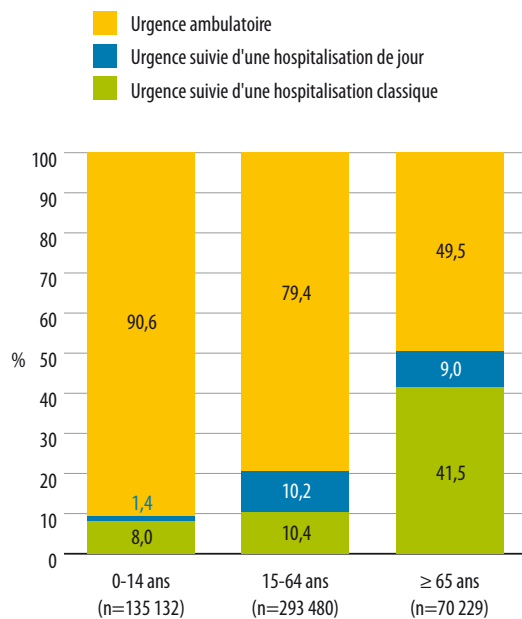
Figure 1 : Évolution du taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

En 2016, la moitié (50,5 %) des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus, contre 20,6 % chez les 15-64 ans et 9,4 % chez les moins de 15 ans. Lorsque le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation chez les enfants de moins de 15 ans et chez les patients de 65 ans et plus, il s'agit dans la grande majorité des cas d'une hospitalisation classique – c'est-à-dire un séjour hospitalier comprenant au moins une nuitée (figure 3).

Figure 3 : Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Notons que chez les personnes de 65 ans et plus, la part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation augmente avec l'âge (résultats non illustrés).

Près de neuf passages aux urgences sur dix sont le fait de patients n'étant pas référés par un médecin.

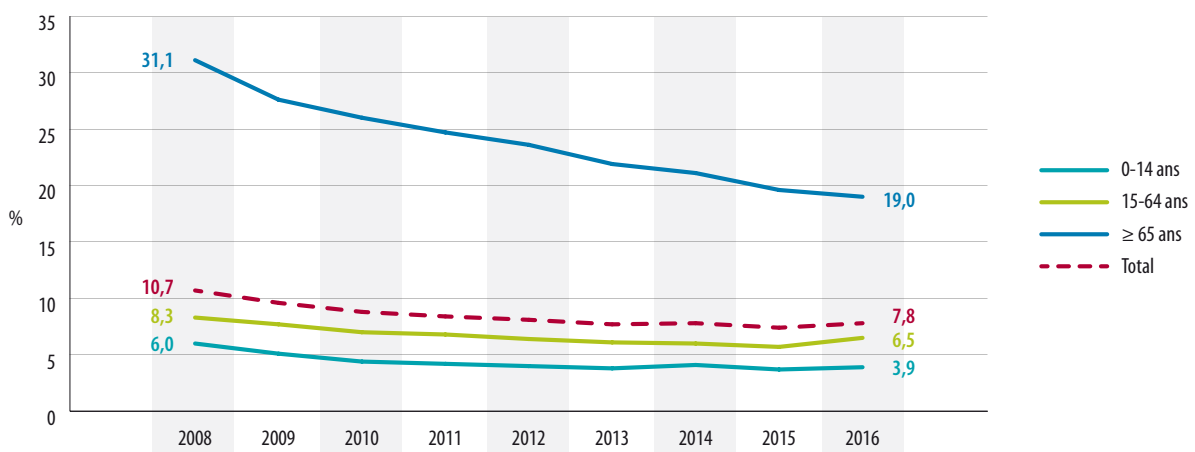
Les patients de 65 ans et plus sont davantage adressés aux urgences par un médecin, comparativement aux plus jeunes : 19,0 % contre 6,5 % chez les 15-64 ans et 3,9 % chez les enfants de moins de 15 ans.

La proportion de patients adressés aux urgences par un médecin a globalement diminué entre 2008 et 2016 (10,7 % à 7,8 %), et ce, de façon plus importante chez les 65 ans et plus. Elle est passée de 31,1 % en 2008 à 19,0 % en 2016 chez ces derniers (figure 4).

FOCUS SUR LES RECOURS AUX URGENCES DES BRUXELLOIS DE MOINS DE 15 ANS

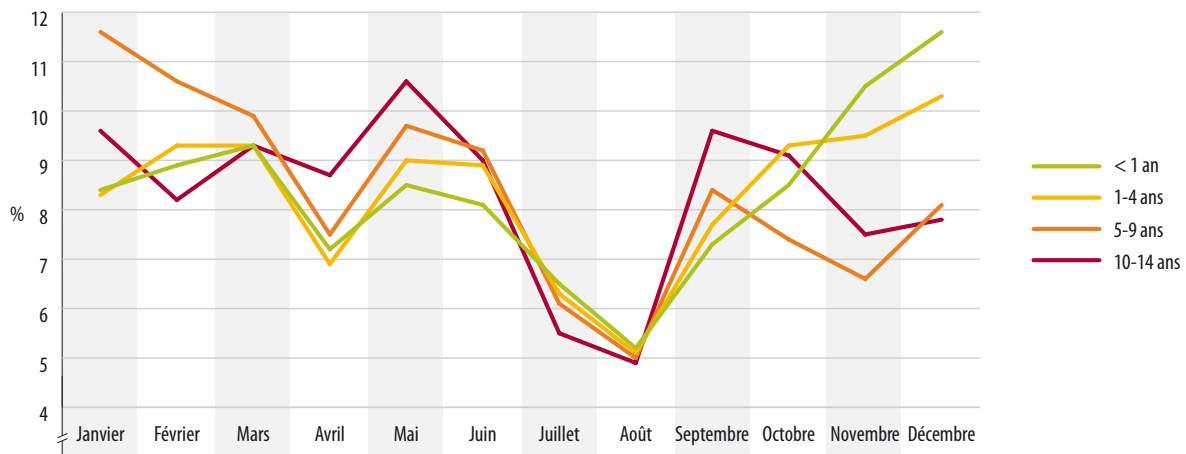
Globalement pour les moins de 15 ans, une chute des passages aux urgences est observée durant les vacances scolaires. L'activité des urgences est la plus forte en décembre chez les moins d'un an (11,6 %), et dans une mesure un petit peu moindre chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (10,3 %). Parmi la catégorie d'âge des 5-9 ans, c'est légèrement plus tard, en janvier, qu'un pic (11,6 %) s'installe (figure 5). Notons que la variabilité de l'activité des urgences au cours d'une année est largement moins prononcée dans les catégories d'âge adultes, comparativement aux patients de moins de 15 ans (résultats non illustrés).

Figure 4 : Proportion de recours aux urgences adressés par un médecin, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 5 : Distribution (en %) des recours aux urgences chez les moins de 15 ans selon les mois de l'année, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

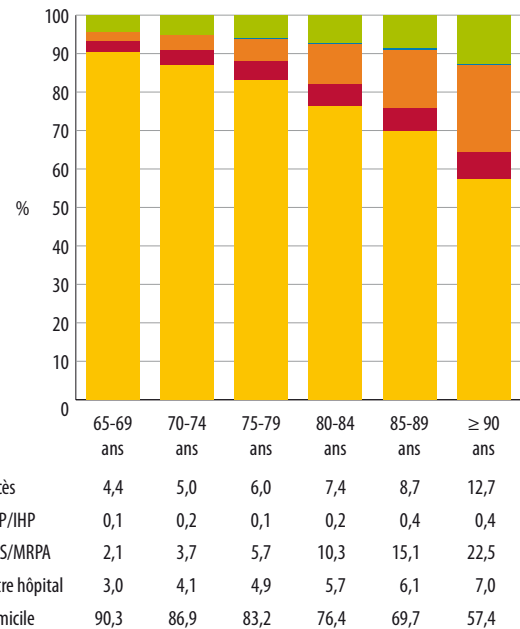
FOCUS SUR LES RECOURS AUX URGENCES DES BRUXELLOIS DE 65 ANS ET PLUS

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus ayant recours aux urgences, la grande majorité (81,1 %) vit à domicile (résultats non illustrés).

Lorsque l'hospitalisation est précédée d'un passage par les urgences, la proportion de retours au domicile diminue avec l'avancée en âge. Elle est de 90,3 % chez les 65-69 ans et de 57,4 % chez les 90 ans et plus. La part des patients institutionnalisés – après un séjour hospitalier avec passage par les urgences – en maison de repos et de soins (MRS) ou en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) augmente avec l'âge : elle passe de 2,1 % pour les 65-69 ans à 22,5 % pour les 90 ans et plus (figure 6).

Ainsi, l'hospitalisation, surtout lorsqu'elle est précédée d'un passage par les urgences, est un moment critique dans le parcours de vie des personnes âgées quant au risque de perte d'autonomie.

Figure 6 : Distribution (en %) du lieu de destination à la sortie de l'hôpital pour les personnes âgées de 65 ans et plus venant de leur domicile et qui ont été hospitalisées après avoir eu recours aux urgences, chez les Bruxellois, 2016



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

CONCLUSION, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Une augmentation de l'activité des urgences hospitalières est observée parmi la population bruxelloise, et en particulier dans la population pédiatrique de moins de 15 ans et dans la population âgée de 65 ans et plus.

L'offre locale importante en services d'urgence en Région bruxelloise, et par conséquent la facilité d'accès et la proximité géographique de ces services, favorise probablement une demande/utilisation de soins de deuxième ligne inadaptée. Ces services joueraient davantage un rôle d'acteur de première ligne de soins, notamment dans la population pédiatrique (utilisant davantage les urgences de manière ambulatoire et sans y avoir été référée par un médecin). En parallèle à l'augmentation des recours aux urgences, les résultats ont mis en évidence une chute des recours référés par un médecin ces dernières années, particulièrement chez les personnes plus âgées, et dans une mesure un peu moindre dans la population pédiatrique.

Outre l'offre de services d'urgence, d'autres éléments peuvent expliquer l'augmentation du recours aux urgences : le changement du mode de financement des urgences, l'augmentation du nombre de personnes en situation de précarités et du nombre de malades porteurs de (plusieurs) maladie(s) chronique(s), la diminution de la disponibilité des médecins généralistes et des pédiatres, et enfin le changement de mentalité et de comportement de la population confrontée à un besoin grandissant d'être rassurée par rapport à l'urgence ressentie.

Plus spécifiquement pour la population pédiatrique, les facteurs principaux pouvant expliquer l'augmentation des recours aux urgences et la chute des recours référés par un médecin sont : 1) la moindre disponibilité des pédiatres et des médecins généralistes, notamment en dehors des jours et heures ouvrables ; 2) le fait que les médecins généralistes prennent moins en charge les enfants ; 3) et le besoin croissant des parents d'être rassurés face à l'urgence ressentie.

Les fluctuations saisonnières de l'activité des urgences marquées chez les enfants entraîneraient des périodes d'encombrement des services d'urgence, notamment les services d'urgences pédiatriques, dans la mesure où le nombre d'équivalents temps plein est relativement constant durant l'année et n'est ainsi pas adapté aux variations de l'activité des urgences.

Dans la population plus âgée, d'autres éléments explicatifs spécifiques interviennent possiblement : 1) la moindre accessibilité des médecins traitants, dans la mesure où ils effectuent proportionnellement moins de visites à domicile ; 2) l'augmentation des maladies chroniques ; 3) ainsi que la précarisation grandissante de cette population.

Ces recours élevés aux urgences par les enfants et les personnes âgées sont les marqueurs du besoin d'adapter notre système des soins de santé actuel, afin de mieux répondre à leurs besoins de soins (non planifiés) et d'intégrer les spécificités socio-sanitaires propres aux personnes âgées (morbidités complexes, isolement, ...). Chez ces dernières, il faut être particulièrement attentif en termes de prévention, de soins à domicile et ambulatoires adaptés aux besoins, de coordination entre les lignes de soins et de continuité des soins après l'hospitalisation. Dans la population plus jeune, l'attention doit être axée sur la disponibilité des pédiatres et des médecins traitants, et sur la communication et la sensibilisation par rapport aux différentes structures existantes prenant en charge les soins non planifiés.

Ainsi, suite aux enjeux liés à l'augmentation des recours aux urgences hospitalières, quatre grandes recommandations ont été retenues : la révision de l'organisation et du financement des services d'urgence ; une plus grande lisibilité des alternatives aux urgences hospitalières ; le renforcement de la coordination et de la collaboration entre la première et la deuxième lignes de soins ; et l'adaptation du contenu du RHM afin d'améliorer la qualité et la standardisation des données collectées.