

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



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

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



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

COLOPHON

Auteur

Dalia FELE

En collaboration avec

Elise MENDES DA COSTA

Peter VERDUYCKT

Melody YANNART

David HERCOT

Olivier GILLIS

Remerciements

Nous remercions chaleureusement les médecins urgentistes et les personnes traitant les données des hôpitaux rencontrés pour leur contribution dans la compréhension des données traitées et des résultats obtenus.

Traduction

Brussels Language Services sprl

Mise en page

Nathalie DA COSTA MAYA

Numéro de Dépôt Légal

D/2019/9334/47

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

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 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. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019

Deze Publicatie bestaat ook in het Nederlands.

TABLES DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	6
1.1. Contexte	6
1.2. Objet de la présente étude	7
1.3. Offre hospitalière et de soins à Bruxelles	7
1.3.1. Services d'urgence, de pédiatrie et de gériatrie	7
1.3.2. Médecine générale	9
2. MÉTHODOLOGIE	10
2.1. Source des données, population et période étudiées	10
2.2. Rencontres organisées avec des personnes de terrain	10
2.3. Types de séjours hospitaliers	10
2.4. Présentation et interprétation des résultats	11
2.4.1. Admissions hospitalières et recours aux urgences	11
2.4.2. Taux de recours aux urgences	11
2.4.3. Décès aux urgences	11
2.4.4. Taux de réadmission précoce aux urgences	11
2.5. Limites de l'étude	12
3. RÉSULTATS	13
3.1. Caractéristiques des recours aux urgences et évolution au cours du temps	13
3.1.1. Taux de recours aux urgences sur la période 2008-2016	13
3.1.2. Taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe	15
3.1.3. Types de recours aux urgences	16
3.1.4. Variation des recours aux urgences par commune de résidence et nationalité	17
3.1.5. Période du recours aux urgences	18
3.1.5.1. Recours aux urgences selon les mois	18
3.1.5.2. Recours aux urgences selon les jours de la semaine	19
3.1.5.3. Recours aux urgences au cours d'une journée	20
3.1.6. Recours aux urgences référés par un médecin	21
3.1.7. Durée moyenne de séjour	22
3.1.8. Réadmissions précoces aux urgences	24
3.2. Focus sur les recours aux urgences des Bruxellois de moins de 15 ans	25
3.2.1. Évolution du taux de recours aux urgences	25
3.2.2. Types et motifs (raisons) de recours aux urgences	25
3.2.3. Recours aux urgences au cours d'une année	26
3.2.4. Réadmissions précoces aux urgences	27
3.3. Focus sur les recours aux urgences des Bruxellois de 65 ans et plus	27
3.3.1. Types et motifs (raisons) de recours aux urgences	27
3.3.2. Lieu de vie des patients âgés de 65 ans et plus ayant recours aux services d'urgence	28
4. CONCLUSION	30
5. RECOMMANDATIONS	31
6. BIBLIOGRAPHIE	32
7. ANNEXE	34
7.1. Annexe 1	34

TABLE DES FIGURES, CARTES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

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.....	14
Figure 2 :	Taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences selon le sexe et l'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	15
Figure 3 :	Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	16
Figure 4 :	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 (NSE) des communes de résidence, chez les Bruxellois, 2016.....	17
Figure 5 :	Taux standardisé pour l'âge (pour 1000 habitants) de recours aux urgences par nationalité, chez les Bruxellois, 2016.....	18
Figure 6 :	Distribution (en %) des recours aux urgences selon les mois de l'année et par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	19
Figure 7 :	Distribution (en %) des recours aux urgences ambulatoires selon l'heure de la journée, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	20
Figure 8 :	Distribution (en %) des recours aux urgences suivis d'une hospitalisation selon l'heure de la journée, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	21
Figure 9 :	Proportion de recours aux urgences adressés par un médecin, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016.....	22
Figure 10 :	Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation classique suite à un recours aux urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 et 2016.....	23
Figure 11 :	Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation classique en l'absence de passage par les urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 et 2016.....	23
Figure 12 :	Proportion de réadmissions précoces aux urgences (entre 1 et 30 jours), par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016.....	24
Figure 13 :	Taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences chez les moins de 15 ans, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016.....	25
Figure 14 :	Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences chez les moins de 15 ans, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	26
Figure 15 :	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.....	26
Figure 16 :	Proportion de réadmissions précoces aux urgences (entre 1 et 30 jours) chez les moins de 15 ans, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 à 2016.....	27
Figure 17 :	Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences chez les 65 ans et plus, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	28
Figure 18 :	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.....	28
Figure 19 :	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 sans être passées par le service des urgences, chez les Bruxellois, 2016.....	29

LISTE DES CARTES

Carte 1 :	Offre en services d'urgence par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016.....	8
Carte 2 :	Offre en services d'urgence et en services de pédiatrie par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016.....	8
Carte 3 :	Offre en services d'urgence et en services de gériatrie par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016.....	8

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Nombre (et %) de recours aux urgences selon les jours de la semaine, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016.....	19
-------------	--	----

LISTE DES ACRONYMES

APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
GBBW	Garde bruxelloise - Brusselse wachtdienst
ICD	International Classification of Diseases
IHP	Initiative d'habitation protégée
IMA	Agence InterMutualiste
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
MSP	Maison de soins psychiatriques
NSE	Niveau socio-économique
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
Sciensano	Institut belge de santé (anciennement: Institut Scientifique de Santé Publique)

I. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

Les urgences hospitalières ont pour principale mission de dispenser des soins afin de préserver, stabiliser et restaurer les fonctions vitales, ou du moins de dispenser des soins de premiers secours, à toute personne s’y présentant et nécessitant des soins urgents¹ (Van den Heede et al., 2016a). L’activité des services d’urgence semble néanmoins avoir évolué ces dernières décennies dans la mesure où ils joueraient également un rôle d’acteur de première ligne de soins (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010 ; BePASSTA Study Group, 2011). En effet, la littérature scientifique indique qu’une part importante des patients se présentant aux urgences pourrait être prise en charge par un médecin généraliste (Clumeck et al., 2005 ; Benahmed et al., 2012 ; Van den Heede et al., 2016a).

Une augmentation de l’activité des urgences hospitalières est observée au niveau national et international (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010 ; Niska et al., 2010 ; Lowthian et al., 2011 ; Pines et al., 2011 ; Vilpert, 2013 ; Avalosse et al., 2015 ; Charafeddine, 2015 ; Van den Heede et al., 2016a ; Cour des comptes, 2019). À titre indicatif, en Belgique, le budget des honoraires médicaux en services d’urgence a augmenté de 5 % annuellement ces dernières années. Cette augmentation est liée à l’accroissement de l’utilisation de ces services par la population (Van den Heede et al., 2016a). Un dossier réalisé par l’Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles sur les caractéristiques des séjours hospitaliers des Bruxellois en 2014 a également mis en évidence une augmentation ces dernières années des recours aux urgences, principalement chez les enfants et les personnes âgées (Hercot et al., 2017).

Dans un tel contexte, de nombreuses études, principalement internationales, ont tenté d’identifier dans quelle mesure le recours aux urgences est justifié (Lang et al., 1996 ; BePASSTA Study Group, 2011 ; De Wolf, 2011 ; Kubicek et al., 2012 ; Ismail et al., 2013), sachant que leur organisation est plus onéreuse (car elle répond à des normes strictes) que celle de la médecine générale (Charafeddine, 2015). Ces études ont ainsi essayé de classer les passages aux urgences en recours « appropriés » et recours « inappropriés », 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 » (Belgian Paediatric Emergency Department Organization,

2010 ; BePASSTA Study Group, 2011 ; Uscher-Pines et al., 2013 ; Charafeddine, 2015). En Belgique, il ressort de l’étude BePASSTA que près de deux passages aux urgences pédiatriques sur cinq sont considérés comme « inappropriés » (BePASSTA Study Group, 2011). Il ressort également de cette étude que l’utilisation des services d’urgence de manière inappropriée est plus fréquente chez les enfants les plus jeunes, lorsque les parents habitent près de l’hôpital, lorsque le recours a lieu durant la nuit, les week-ends ou les jours fériés (BePASSTA Study Group, 2011). Bon nombre de médecins urgentistes expliquent néanmoins que, sur le terrain, la situation des recours aux urgences n’est pas dichotomique (Charafeddine, 2015). Il est déjà difficile pour les médecins d’identifier le degré d’urgence de la situation, ça l’est d’autant plus pour la population². Par ailleurs, il n’existe pas de définition claire de l’adéquation de l’utilisation des services d’urgence (Charafeddine, 2015).

Début des années 2000, ont été créés en Région bruxelloise des postes de garde en médecine générale en partie pour proposer une alternative aux urgences hospitalières lorsque le médecin traitant du patient est indisponible (Garde bruxelloise, 2015). S’il y a à l’heure actuelle peu d’informations sur l’utilisation des postes de garde en médecine générale à Bruxelles³, il semble que leur création n’a eu que peu d’impact sur les recours aux services d’urgence des patients se présentant pour des symptômes non-urgents (Van den Heede et al., 2016a). Il a par ailleurs été observé dans la province d’Anvers que l’ouverture des postes de garde a eu pour conséquence une hausse du nombre de patients s’y rendant le week-end pour éviter de prendre congé un jour ouvré de la semaine pour aller chez leur médecin traitant, sans pour autant que l’activité des urgences hospitalières ne diminue (Philips et al., 2010a ; Van den Heede et al., 2016a).

Certaines études belges ont tenté d’identifier les raisons socio-culturelles, géographiques et financières qui mènent les patients à recourir aux urgences hospitalières plutôt qu’à la médecine générale (Clumeck et al., 2005 ; Gourbin et al., 2005 ; Philips et al., 2010b ; Charafeddine, 2015 ; Van den Heede et al., 2016a) :

1 Arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction «soins urgents spécialisés».

2 Ces propos ont été explicités lors des rencontres organisées avec les médecins urgentistes (voir le point 2.2 pour plus d’explications).

3 À notre connaissance, seule la GBBW possède quelques éléments d’informations sur l’activité des postes de garde en médecine générale dans leur rapport «Nouvelles gardes de médecine générale à Bruxelles : premier bilan et perspectives» de 2015, disponible à l’URL : http://www.gbbw.be/images/PDF/Dossier_Presse_GBBW_Oct2015.pdf

- 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 (application du tiers-payant aux urgences)⁴.

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 et d'hôpitaux par densité d'habitants plus élevée par rapport aux deux autres Régions (Van den Heede et al., 2016a), ce qui constituerait une alternative à la visite chez un médecin généraliste (Charafeddine, 2015). La littérature montre effectivement que les habitants de la Région bruxelloise ont, comparativement aux habitants des deux autres Régions, davantage recours aux urgences⁵, 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 (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010; Avalosse et al., 2015; Charafeddine, 2015).

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 (données issues du RHM) et que Bruxelles comme les deux autres Régions sera confrontée à l'avenir au vieillissement de la population (Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique, 2018).

⁴ Les trois derniers points ont également été mentionnés lors d'une conférence «Santé-Précarité» dans le cadre des 400 ans du Mont-de-Piété le 08/11/2018.

⁵ Résultats fournis par le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

1.2. 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 de la présente étude 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.

1.3. OFFRE HOSPITALIÈRE ET DE SOINS À BRUXELLES

1.3.1. SERVICES D'URGENCE, DE PÉDIATRIE ET DE GÉRIATRIE

La région bruxelloise comptabilise un total de 29 sites d'hôpitaux généraux, dont 18 possèdent un service d'urgence (15 ayant un service de soins urgents spécialisés et 3 ayant un service de première prise en charge des urgences⁶) (carte 1).

⁶ «La fonction **«soins urgents spécialisés»** doit être en mesure de préserver, de stabiliser et de restaurer les fonctions vitales et est chargée de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transportée et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats» (source : Arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction «soins urgents spécialisés»).

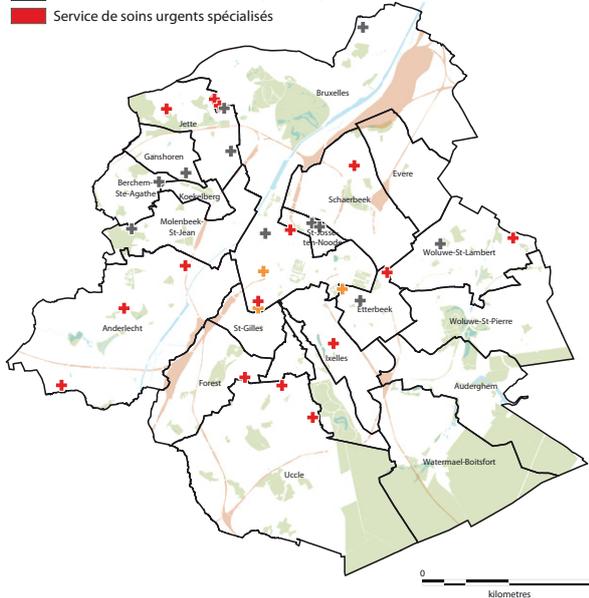
«La fonction **«première prise en charge des urgences»** vise l'accueil et le traitement de patients atteints d'une pathologie aiguë dans les hôpitaux ne disposant pas d'une fonction «soins urgents spécialisés»» (source : Arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction «première prise en charge des urgences»).

Ces deux types de service d'urgence se distinguent par les critères d'agrément : la fonction «première prise en charge des urgences» doit répondre à des normes moins strictes, notamment en termes de qualification du personnel médical présent (sources : Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée ; Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction «première prise en charge des urgences» pour être agréée).

Carte 1⁷ : Offre en services d'urgence par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016

Services d'urgence

- Pas de service d'urgence
- Service de première prise en charge des urgences
- Service de soins urgents spécialisés

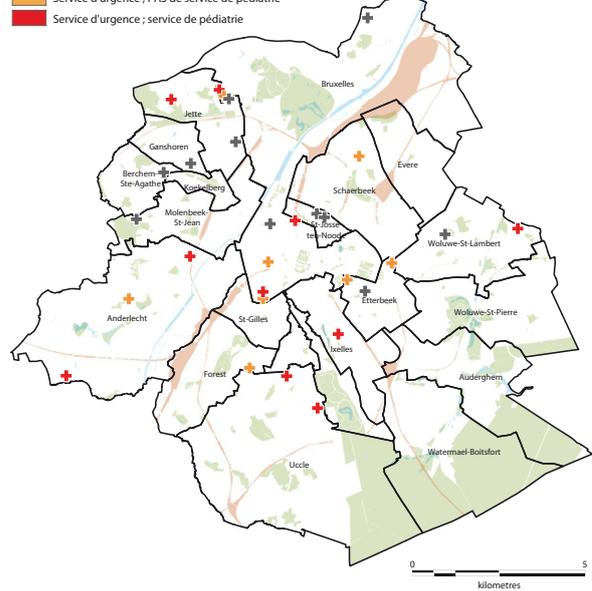


Source : SPF Santé Publique. Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Carte 2 : Offre en services d'urgence et en services de pédiatrie par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016

Services d'urgence - pédiatrie

- PAS de service d'urgence ; PAS de service de pédiatrie
- Service d'urgence ; PAS de service de pédiatrie
- Service d'urgence ; service de pédiatrie



Source : SPF Santé Publique. Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

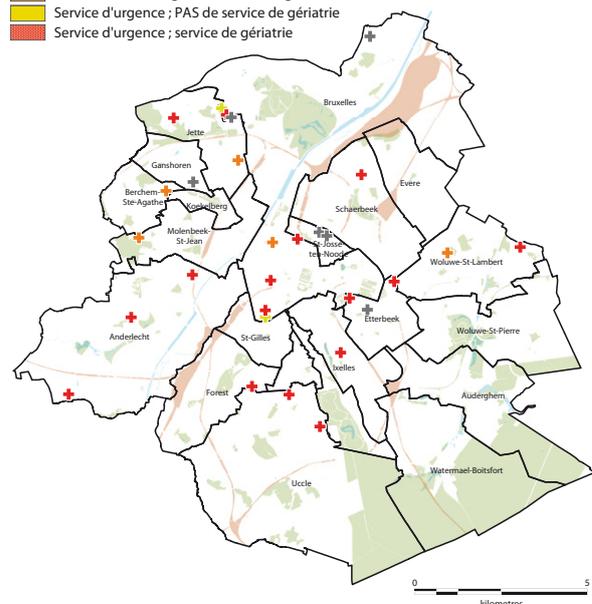
Parmi les 18 sites hospitaliers ayant un service d'urgence en Région bruxelloise, 10 possèdent un service de pédiatrie. Ainsi, 11 sites hospitaliers ne possèdent ni un service d'urgence, ni un service de pédiatrie (carte 2).

La grande majorité des sites hospitaliers ayant un service d'urgence en Région bruxelloise possèdent également un service de gériatrie (16 sites hospitaliers sur les 18). Parmi les 11 sites n'ayant pas de service d'urgence, 5 ont un service de gériatrie (carte 3).

Carte 3 : Offre en services d'urgence et en services de gériatrie par site d'hôpitaux généraux à Bruxelles, 2016

Services d'urgence - gériatrie

- PAS de service d'urgence ; PAS de service de gériatrie
- PAS de service d'urgence ; service de gériatrie
- Service d'urgence ; PAS de service de gériatrie
- Service d'urgence ; service de gériatrie



Source : SPF Santé Publique. Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

7 • Le site hospitalier Pacheco a fermé en 2014 mais est repris dans les cartographies car des admissions hospitalières ont été enregistrées dans le RHM jusqu'en 2016.
 • Selon l'arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, tous les services d'urgence, c'est-à-dire ceux ayant la fonction de soins urgents spécialisés et ceux ayant une première prise en charge des urgences comme fonction, sont tenus d'enregistrer chacun des passages au sein de leur service. Il a cependant été observé, sur base des données RHM, que deux des trois services de première prise en charge des urgences n'enregistrent aucun passage dans leur service. Effectivement, il a été mentionné lors des rencontres avec les urgentistes (détaillées au chapitre 2.2.) que ces services d'urgence correspondent, pour certains sites hospitaliers, à un système de tri dans lesquels il n'y a pas de prise en charge du patient ; celui-ci étant directement redirigé soit vers un service de soins urgents spécialisés d'un site hospitalier du même hôpital, soit vers un médecin généraliste.

1.3.2. MÉDECINE GÉNÉRALE

En Région bruxelloise, cinq postes de garde en médecine générale reconnus par l'INAMI⁸ proposent des consultations en dehors des heures de travail habituelles des médecins généralistes (la semaine en soirée, les week-ends et jours fériés). Quatre de ces postes médicaux sont situés à proximité d'un site hospitalier (voire sur le site-même) ayant un service d'urgence : Paul Brien (CHU Brugmann), Molière Longchamp (Hôpitaux Iris Sud), Botanique (Clinique Saint-Jean) et Saint-Michel (Cliniques de l'Europe).

Le cinquième poste médical de garde est situé dans la commune de Molenbeek-Saint-Jean⁹. Signalons également que deux des cinq postes de garde ont ouvert récemment et n'étaient donc pas en activité lorsque les données RHM ont été utilisées pour cette étude.

En plus de ces 5 postes médicaux de garde reconnus par l'INAMI¹⁰, les sites hospitaliers Saint-Luc et Erasme ont ouvert un poste de garde (non reconnu par l'INAMI) à proximité de leur site dans le but de désengorger leur service d'urgence. Le poste de garde à proximité d'Erasme n'est néanmoins pas ouvert les week-ends et jours fériés¹¹.

Une garde de médecine générale mobile effectuant des soins à domicile est également mise en place en Région bruxelloise pour les patients ne pouvant pas se déplacer jusqu'aux postes médicaux de garde fixes¹².

Enfin, il y a 1 468 médecins généralistes actifs en Région bruxelloise en 2017, soit près d'1 médecin généraliste pour 812 habitants. Certains quartiers en Région bruxelloise sont actuellement confrontés à une pénurie de médecins généralistes¹³. Ces quartiers sont dispersés sur l'ensemble de la Région, ne formant pas de tendance spatiale apparente (Missinne et al., 2018).

8 Ces postes de garde en médecine générale doivent répondre à certaines normes définies dans l'Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Ces normes sont notamment l'activité assurée au minimum durant les week-ends et les jours fériés, et la disponibilité d'au moins un médecin en permanence durant les périodes d'activité du poste. Un sixième poste de garde devrait ouvrir début 2020 en Région bruxelloise.

9 Source : Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Postes médicaux de garde [En ligne] (page consultée le 16/04/2019). Disponible à l'URL : <http://gbbw.be/index.php/fr/doctors-on-call#postes-medicaux-de-garde>

10 Source : Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Tarifs conventionnés [En ligne] (page consultée le 16/04/2019). Disponible à l'URL : <http://www.gbbw.be/index.php/fr/practical-info/price>

11 Sources : Cliniques universitaires Saint-Luc – UCL Bruxelles. Service des urgences [En ligne] (page consultée le 13/03/2019). Disponible à l'URL : <https://www.saintluc.be/services/medicaux/urgences/index.php> ; Hôpital Erasme – ULB. Consultations tardives ou d'urgence [En ligne] (page consultée le 13/03/2019). Disponible à l'URL : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/consultations/consultations-tardives-ou-d-urgence>

12 Source : Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Consultations à domicile [En ligne] (page consultée le 13/03/2019). Disponible à l'URL : <http://gbbw.be/index.php/fr/doctors-on-call#consultations-a-domicile>

13 Source : Arrêté Ministériel du 13 mai 2019 fixant la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes au sens de l'Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. SOURCE DES DONNÉES, POPULATION ET PÉRIODE ÉTUDIÉES

Les analyses ont été réalisées sur 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 avec les RHM de 2008 à 2016. Une année RHM contient les séjours hospitaliers clôturés durant l'année en question, et les séjours toujours en cours au 31 décembre de cette année à condition que l'admission ait eu lieu avant le 1er juillet de cette même année¹⁴.

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 (sauf mention explicite). 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 effectuées par le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement montrent qu'en 2016, 3 319 passages aux urgences (soit 0,5 %) dans les hôpitaux situés en Région bruxelloise sont le fait de personnes sans-abri ou sans domicile fixe.

Signalons que les passages par les postes de garde en médecine générale ne sont pas enregistrés dans le RHM. Il est à noter que si un patient se présente toutefois à l'accueil du service des urgences hospitalières et est immédiatement redirigé vers un poste de garde sans qu'il y ait eu une prise en charge aux urgences, ce contact peut potentiellement être enregistré comme un passage par les urgences dans le RHM.

En ce qui concerne la population pédiatrique de moins de 15 ans, le choix de l'âge s'est basé sur l'âge des enfants pris en charge dans le programme de soins pour enfants des hôpitaux disposant de ce programme¹⁵.

2.2. RENCONTRES ORGANISÉES AVEC DES PERSONNES DE TERRAIN

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 (Saint-Luc, Porte de Hal, Saint-Michel, Etterbeek-Ixelles) 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 (urgences pédiatriques et pour adultes du site Porte de Hal du CHU Saint-Pierre et urgences du site Saint-Michel et du site Sainte-Elisabeth des Cliniques de l'Europe).

2.3. TYPES DE SÉJOURS HOSPITALIERS

Le RHM contient des informations sur trois catégories d'admissions hospitalières : les hospitalisations classiques (comprenant au moins une nuitée)¹⁶, les hospitalisations de jour (sans nuitée) et les recours aux urgences (tous contacts avec le service des urgences).

En ce qui concerne les recours aux urgences, il existe trois situations distinctes :

- a. Les urgences ambulatoires :** il s'agit d'un passage au service des urgences pour lequel aucun forfait ni aucune journée d'hospitalisation n'est facturée durant le séjour¹⁷.
- b. Les urgences suivies d'une hospitalisation de jour :** cette notion se réfère au fait que le patient soit entré par le service des urgences et a reçu des soins générant

¹⁶ Une hospitalisation classique est facturée lorsque le patient est admis à l'hôpital avant minuit et sort après 8h00, ou bien lorsque le patient décède (source : Convention avec les établissements hospitaliers et les organismes assureurs conclue le 24 janvier 1996. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Bruxelles. Disponible à l'URL : http://www.gbs-vbs.org/uploads/media/0208fr_convention_texte_fr.pdf).

¹⁷ Notons qu'il a été mentionné lors des rencontres avec les encodeurs des données RHM que si le patient a eu un contact avec l'accueil des urgences et ressort aussitôt du service sans avoir été pris en charge par un médecin (car par exemple, il estime que la file d'attente est trop longue), ce passage sera également enregistré dans le RHM. Il ne nous est cependant pas possible de déterminer si un acte a été facturé pour ces passages.

¹⁴ Pour plus d'explications sur le RHM, voir l'annexe 1.

¹⁵ Arrêté royal du 02 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé.

un forfait d'hospitalisation de jour (tout en restant physiquement dans le service des urgences durant l'entièreté de son séjour); soit a été redirigé vers un autre service hospitalier après être passé par le service des urgences (ex. en one-day), au sein duquel des soins générant un forfait d'hospitalisation de jour lui ont été administrés.

Ainsi, ce sont les actes médicaux administrés qui distinguent une urgence ambulatoire d'une urgence suivie d'une hospitalisation de jour, et non les unités de soins par lesquels est passé le patient.

c. Les urgences suivies d'une hospitalisation classique : ces admissions hospitalières correspondent à un séjour durant lequel le patient est passé par le service des urgences, et a ensuite été hospitalisé pendant au moins une nuit ou s'il décède aux urgences¹⁸. Ceci vaut également pour les patients ayant été hospitalisés pendant au moins une nuit dans le service des urgences.

2.4. PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

2.4.1. ADMISSIONS HOSPITALIÈRES ET RECOURS AUX URGENCES

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.

Les recours aux urgences incluent les urgences ambulatoires et celles suivies d'une hospitalisation (classique ou de jour). Il est précisé lorsque les résultats présentés se réfèrent uniquement à l'un ou à l'autre type de recours aux urgences.

En ce qui concerne les séjours hospitaliers sans passage par les urgences, les admissions suivantes ont été exclues :

- Les séjours exclusivement psychiatriques. La raison est la suivante : les hôpitaux ayant des pratiques d'encodage différentes pour ces patients, il n'est pas possible de présenter à ce jour des données représentatives sur base du RHM.
- Les séjours des nouveau-nés en service de maternité uniquement (ils ont été systématiquement exclus de la tranche d'âge des moins d'un an). L'exclusion de ces naissances permet d'avoir une meilleure estimation des problèmes de santé chez les enfants de moins d'un an.

En 2016, 15 688 séjours ont été exclus, y compris les mortinaissances et les décès néonataux très précoces qui n'ont pas été pris en charge par un service de néonatalogie. Les séjours des mères pour accouchement sont inclus.

2.4.2. TAUX DE RECOURS AUX URGENCES

Les taux de recours aux urgences sont calculés sur base de la population inscrite au Registre National et sont présentés pour mille habitants.

Le numérateur correspond à la somme des recours des Bruxellois durant une année considérée x. Le dénominateur se réfère à la population bruxelloise mi-année ((nombre de personnes inscrites au Registre National au 1er janvier de l'année x + nombre de personnes inscrites au Registre National au 1er janvier de l'année x+1) / 2) de l'année considérée.

Les résultats présentés sont des résultats bruts, c'est-à-dire non standardisés (sauf mention explicite).

2.4.3. DÉCÈS AUX URGENCES

Les hôpitaux ont pour obligation de facturer une hospitalisation classique lorsque le patient décède aux urgences. Les patients décédés aux urgences se retrouvent donc systématiquement dans la catégorie «urgences suivies d'une hospitalisation (classique)» et ceci doit être pris en considération dans l'interprétation de certains résultats, notamment ceux illustrant la distribution de la proportion des différents types de passages aux urgences selon les catégories d'âge.

2.4.4. TAUX DE RÉADMISSION PRÉCOCE AUX URGENCES

Une réadmission précoce se réfère à une réadmission entre 1 et 30 jours avec passage via les urgences dans le même hôpital, c'est-à-dire au sein du même site hospitalier ou au sein d'un autre site hospitalier appartenant au même hôpital (urgences ambulatoires ou suivies d'une hospitalisation, classique ou de jour). Ces réadmissions concernent les séjours terminés la même année. Les réadmissions le jour-même¹⁹ n'ont pas été prises en considération. De même, les réadmissions dans un autre hôpital n'ont pas été prises en compte dans la mesure où le numéro d'identification anonyme du patient change lorsque celui-ci est admis dans un autre hôpital. Par conséquent, le nombre de réadmissions est sous-estimé.

Le numérateur correspond à la somme des réadmissions précoces de chaque patient sur une même année (exceptées les réadmissions le jour-même): si au cours d'une année, le patient a été admis une première fois aux

18 Voir le point 2.4.3. ci-après pour plus d'explications.

19 En 2016, elles représentent 2,0 % des passages aux urgences.

urgences et ensuite deux autres fois entre 1 et 30 jours (inclus), le nombre de réadmissions pour ce patient et pour cette année sera égal à deux. Le dénominateur correspond à la somme de tous les passages par les urgences, exceptés les doublons (réadmission le jour-même), durant cette même année.

2.5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Le diagnostic principal d'admission et le niveau de sévérité de la pathologie n'ont pas été étudiés dans ce dossier bien qu'il s'agisse d'informations utiles pour déterminer les raisons de l'admission hospitalière après le passage par les urgences et identifier dans quelle mesure le passage aux urgences était une «urgence». Les différentes raisons de l'absence d'utilisation de ces informations sont les suivantes :

- Les hôpitaux ne doivent pas encoder de diagnostic d'admission pour les urgences ambulatoires, ni pour les urgences suivies d'une hospitalisation de jour avec miniforfait ou sans forfait, réduisant ainsi fortement l'exploitation de cette information ;
- Les diagnostics étaient classés selon l'ICD-9 (International Classification of Diseases, 9th Revision) jusqu'en 2014, et ont été classés en ICD-10 en 2016. En 2015, les hôpitaux ne devaient pas encoder le diagnostic ou le niveau de sévérité de la pathologie en raison du passage de l'ICD-9 à l'ICD-10 ;
- Chez les personnes plus âgées, il a été mentionné lors des rencontres avec les médecins urgentistes que ces personnes présentent souvent des comorbidités complexes et qu'il est ainsi difficile de poser un seul diagnostic d'admission ;
- Un des objectifs du RHM est avant tout l'organisation du financement des hôpitaux²⁰ et non la récolte de données épidémiologiques. En effet, une grande part du financement des hôpitaux est basée sur les données contenues dans le RHM, telles que l'APR-DRG et le niveau de sévérité de la pathologie. Effectivement, avec un tel système de financement, les hôpitaux pourraient être influencés dans l'encodage de ces données lorsqu'il y a présence de diagnostics multiples.

De même, les services hospitaliers par lesquels sont passés le(s) patient(s) après le contact aux urgences n'ont pas fait l'objet d'analyses. La raison principale est que les index

de lit reflètent parfois les actes prodigués plutôt que les services dans lesquels les patients ont réellement séjourné.

Par ailleurs, le motif du recours et le type de prise en charge dans le service (traitements administrés, examens effectués, soins prodigués, ...) doivent être enregistrés quel que soit le type de passage aux urgences. Ces informations n'ont pas non plus pu être exploitées par manque de fiabilité. Les modalités sont nombreuses et nécessitent un temps d'encodage non négligeable. Par conséquent, le nombre de traitements, de soins et d'exams serait sous-estimé. De plus, des différences importantes ont été observées entre les hôpitaux. Les raisons qui ont menées les patients à recourir aux urgences nous sont donc inconnues.

20 SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Résumé Hospitalier Minimum (RHM) [En ligne] (page consultée le 06/02/2019). Disponible à l'URL : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm>

3. RÉSULTATS

Rappel de quelques définitions

- **Recours aux urgences :**
inclut tous les passages par le service des urgences (urgences ambulatoires et urgences suivies d'une hospitalisation classique ou de jour) ;
- **Recours aux urgences ambulatoires :**
tous les contacts avec le service des urgences pour lesquels aucun forfait ni aucune journée d'hospitalisation n'a été facturé ;
- **Recours aux urgences suivi d'une hospitalisation de jour :**
contacts avec le service des urgences pour lesquels des actes médicaux générant un forfait d'hospitalisation de jour ont été administrés (même si le patient est resté physiquement dans le service des urgences) ;
- **Recours aux urgences suivi d'une hospitalisation classique :**
contacts avec le service des urgences préalables à une hospitalisation classique comprenant au moins une nuit, hospitalisations provisoires aux urgences d'au moins une nuit et recours aux urgences suivi d'un décès.

3.1. CARACTÉRISTIQUES DES RECOURS AUX URGENCES ET ÉVOLUTION AU COURS DU TEMPS

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. Parmi les recours aux urgences des résidents bruxellois, 96,6 % sont des recours dans un site hospitalier situé en Région bruxelloise. 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.

En Région bruxelloise, parmi toutes les admissions hospitalières (n=759 003) des Bruxellois dans les hôpitaux ayant un service d'urgence, 64,8 % sont des passages par les urgences. Les services d'urgence semblent ainsi être la porte d'entrée de nombreux hôpitaux bruxellois (proportions variant de 31,4 % à 86,9 % selon les hôpitaux).

Un recours aux urgences sur cinq (21,8 %)²¹ au sein des sites hospitaliers en Région bruxelloise est le fait de personnes ne résidant pas dans la Région.

3.1.1. TAUX DE RECOURS AUX URGENCES SUR LA PÉRIODE 2008-2016

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).

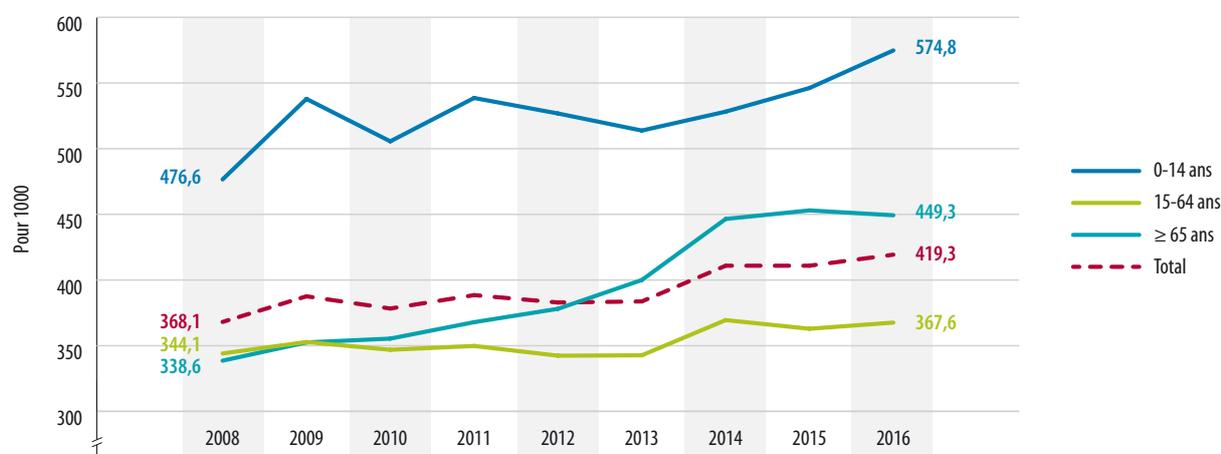
Chez les enfants de moins de 15 ans, l'augmentation observée s'exprime principalement par une hausse du taux de recours aux urgences ambulatoires (+21,5 %), et dans une moindre mesure aux urgences suivies d'une hospitalisation (+12,2 %) (résultats non illustrés).

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. L'augmentation des recours aux urgences observée entre 2008 et 2013 chez les 65 ans et plus est, quant à elle, principalement due à un accroissement des urgences suivies d'une hospitalisation (+19,5 % contre +10,0 % pour les urgences ambulatoires) (résultats non illustrés).

Note : Les augmentations observées entre 2008 et 2016 des recours aux urgences sont indépendantes de la croissance démographique des Bruxellois durant cette période puisqu'il s'agit de taux de recours (voir le chapitre « Méthodologie » pour le calcul d'un taux).

²¹ Analyse provenant du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Les personnes sans-abri ou sans domicile fixe ne possédant pas d'adresse de référence ont été exclues.

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

Contrairement aux recours aux urgences, le taux d'hospitalisation sans passage au préalable par les urgences est resté globalement stable entre 2008 et 2016, sauf chez les personnes de 65 ans et plus chez qui ce taux a augmenté de 21,1 % (résultats non illustrés).

Éléments de discussion

La forte augmentation entre 2013 et 2014 correspond au changement du mode de financement des activités liées aux urgences en 2013. Jusqu'en juin 2013, le financement des services d'urgence se basait essentiellement sur la taille et le case-mix²² de l'hôpital. À partir de juillet 2013, le financement a été progressivement déterminé par le nombre de contacts enregistrés dans le service des urgences, et non plus par la taille de l'hôpital. Ainsi, pour chaque contact enregistré dans le service des urgences, l'hôpital se voit attribuer un «point» dans le cadre du financement. De même, celui-ci reçoit des points supplémentaires lors de contacts aux urgences de patients pédiatriques et des aînés (Van den Heede et al., 2016b).

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) fait l'hypothèse que certains hôpitaux pour lesquels le nouveau système est défavorable, notamment les grands hôpitaux ayant une faible activité liée au service des urgences, feraient transiter certaines admissions hospitalières programmées par les urgences (Van den Heede et al., 2016a).

22 Le terme «case-mix» fait référence au nombre de séjours par groupe de diagnostics (appelé APR-DRG) et par niveau de sévérité des pathologies au cours d'une année de référence (source : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays. Synthèse. 2013. Disponible à l'URL : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_207Bs_Financement_soins_hospitaliers_Synthese.pdf).

Ce nouveau système de financement induirait donc une augmentation «administrative» du nombre de passages aux urgences et peut potentiellement être un frein à la collaboration entre ces services et les professionnels de la première ligne de soins. Les hôpitaux ayant pris des mesures pour «désengorger» leur service d'urgence (par exemple l'ouverture d'un poste de garde en médecine générale à proximité de leur site) se voient ainsi pénalisés (Van den Heede et al., 2016a).

L'impact du nouveau système de financement sur l'augmentation du recours aux urgences est à nuancer dans la mesure où une tendance à l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence ces dernières décennies pour tous les âges confondus est observée pour les pays voisins²³ (Pines et al., 2011 ; Vilpert, 2013 ; Cour des comptes, 2014 ; Avalosse et al., 2015).

Au-delà de la réforme du financement des urgences, les rencontres organisées avec les urgentistes ont permis d'identifier quelques pistes pouvant expliquer l'augmentation globale plus importante du recours aux urgences chez les enfants :

- Dans un souci de bénéficier d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les pédiatres seraient de moins en moins nombreux à être disponibles ou joignables en-dehors des heures ouvrables ;
- Les médecins généralistes prendraient moins en charge les enfants en bas âge²⁴ ;
- Un dernier élément explicatif serait le fait de changements de mentalité : l'urgence ressentie par les parents pour leur enfant est souvent élevée. Le progrès de la

23 France, Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni, Italie, Suisse.

24 Ce phénomène a également été évoqué par des médecins généralistes lors d'une conférence-débat «La parole aux pédiatres» organisée par les Mutualités Libres le 24/05/2018.

médecine et de l'éducation à la santé rend les parents plus attentifs et sensibles aux problématiques de santé, et ils ressentent ainsi davantage le besoin d'être rassurés face aux éventuelles complications qui pourraient survenir chez les tout-petits. De telles hypothèses ont également été appuyées par des auteurs canadiens, français et belges (Cresson, 1999 ; Lacroix et al., 1999 ; Massin et al., 2002).

Par ailleurs, le pic observé en 2009 chez les moins de 15 ans pourrait être lié à la grippe A(H1N1) apparue cette année-là, selon les urgentistes rencontrés.

Chez les personnes plus âgées, une hypothèse qui permet d'expliquer l'augmentation du recours aux urgences serait la précarisation grandissante chez ces personnes en Région bruxelloise ; ceci dans la mesure où les personnes précarisées ont davantage recours aux urgences (cfr. point 3.1.4). En effet, selon les données de l'IMA²⁵, la part des personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'un revenu de remplacement a fortement augmenté ces dernières années en Région bruxelloise. Il est à noter que, selon des résultats issus du RHM et fournis par le SPF Santé Publique, l'évolution du taux de recours aux urgences de 2010²⁶ à 2016 chez les personnes de 65 ans et plus a été plus importante chez les Bruxellois (+26,4 %), comparativement aux Wallons (+14,7 %) et aux Flamands (+6,9 %).

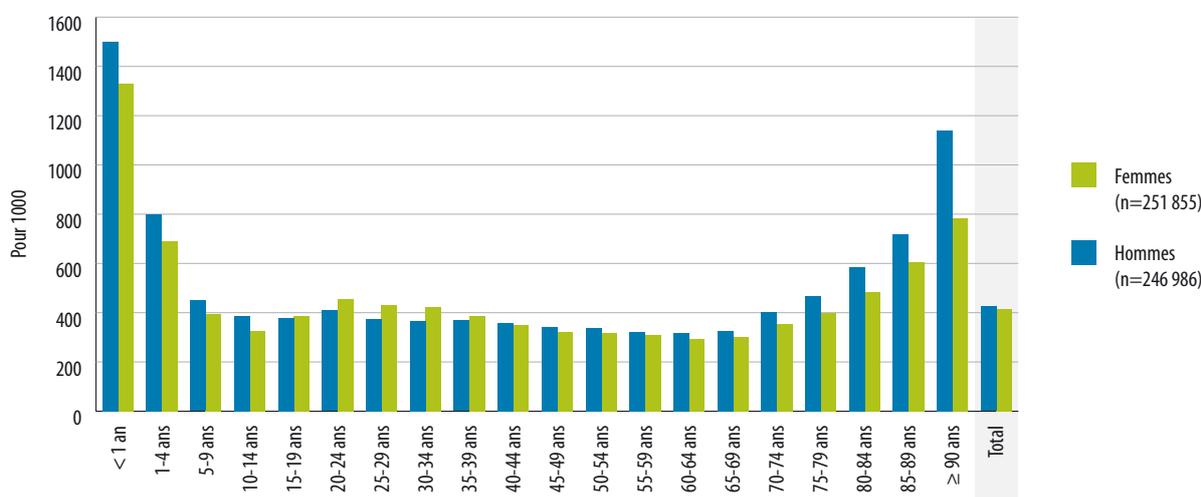
Une autre hypothèse expliquant l'augmentation plus marquée du recours aux urgences des personnes plus âgées par rapport à la population d'âge intermédiaire serait l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. À titre indicatif, une étude des Mutualités Libres montre, sur la période 2010-2013, que cette augmentation a été plus importante chez les personnes plus âgées par rapport aux plus jeunes (Karakaya, 2015).

3.1.2. TAUX DE RECOURS AUX URGENCES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Le taux global de recours aux urgences est de 419,3 pour 1000 habitants. Ce taux est le plus élevé chez les jeunes enfants (moins de 5 ans) et chez les personnes plus âgées (70 ans et plus). Ce taux diminue progressivement avec l'avancée en âge, des moins de 1 an jusqu'à 10-14 ans. Il tend à se stabiliser aux âges adultes avec un léger pic dans la tranche d'âge des 20-24 ans chez les hommes et entre 20-34 ans chez les femmes, puis augmente à partir de 70 ans (figure 2).

Le taux de recours aux urgences plus élevé chez les jeunes enfants reflète des situations de santé spécifiques puisqu'ils sont plus exposés en collectivité à de nombreux agents

Figure 2 : Taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences selon le sexe et l'âge²⁷, 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

25 Atlas-IMA : <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

26 Les résultats de 2008 et 2009 n'ont pas pu être obtenus.

27 Dans la base de données originale, l'âge du patient à l'admission est calculé sur base de la différence entre l'année d'admission et l'année de naissance. L'âge est donc parfois surestimé. Un enfant né le 31 décembre aura 1 an dès le 1er janvier. Pour les tranches d'âge à partir de 5 ans, les écarts sont compensés entre le début et la fin de la tranche d'âge mais la tranche d'âge de la première année est plus petite et elle n'est pas compensée par la période précédente. L'âge réel en jours est disponible uniquement pour les moins d'un an. Sur cette base, nous avons pu corriger l'âge des enfants de 0 à 1 an. Par conséquent, la tranche d'âge des 1-4 ans est la seule qui soit sous-estimée et ce paramètre doit être pris en compte pour l'interprétation des résultats.

infectieux et doivent construire leur immunité. Chez les enfants plus âgés, les traumatismes sont plus fréquents (Guédeney et al., 2004 ; Sethi et al., 2008 ; Gagné et al., 2009 ; Moreau et al., 2017). Dans la population plus âgée, le taux de recours aux urgences augmente avec l'âge de par les situations de santé spécifiques de cette population ; la prévalence des multimorbidités étant plus élevée chez les plus âgés (Van der Heyden, 2014).

La population âgée de 0 à 74 ans a davantage recours aux urgences ambulatoires, tandis que les recours aux urgences suivis d'une hospitalisation sont plus fréquents chez les plus âgés à partir de 75 ans (résultats non illustrés).

Le taux global de recours aux urgences est légèrement plus élevé chez les hommes (425,0 pour 1000 habitants) que chez les femmes (413,8 pour 1000 habitants). Néanmoins, entre les âges de 20 et 39 ans, il est plus élevé chez les femmes (figure 2). Le recours aux urgences plus important chez les femmes de 20 à 39 ans est lié principalement aux urgences suivies d'une hospitalisation et est lié en partie à la santé reproductive (résultats non illustrés).

Dans la tranche d'âge des 15-19 ans et 40-44 ans, le taux de recours aux urgences est identique selon le sexe. Chez les personnes plus âgées, les résultats montrent que l'écart entre les hommes et les femmes augmente avec l'âge (figure 2). Cette différence selon le sexe est principalement expliquée par une différence de taux de recours aux urgences suivis d'une hospitalisation pour lesquelles le taux est plus élevé chez les hommes, et non par une différence du taux de recours aux urgences ambulatoires qui est quasiment identique selon le sexe (sauf chez les 90 ans et plus) (résultats non illustrés).

Les données de facturation des affiliés belges aux mutualités socialiste et chrétienne confirment ces résultats. Elles montrent également un taux de recours aux urgences (tous types) légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour tous les âges confondus (De Wolf et al., 2011 ; Avalosse et al., 2015).

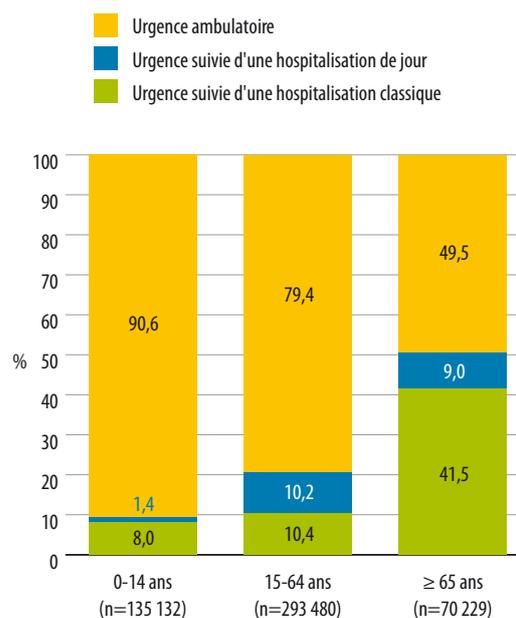
Ces constats peuvent s'expliquer en partie par le fait que les femmes sont plus enclines à d'abord consulter leur médecin traitant pour une urgence. En effet, selon une étude réalisée en 2003 auprès des Bruxellois à la demande du comité d'assurance de l'INAMI et en collaboration avec le réseau IRIS et l'Observatoire de la Santé et du Social (Clumeck et al., 2005), la proportion de femmes qui consultent leur médecin traitant de manière urgente est plus importante que celle des hommes parmi la population, tandis que le contraire est observé pour le recours aux services d'urgence hospitaliers.

3.1.3. TYPES DE RECOURS AUX URGENCES

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 (figure 3). La répartition des différents types de passage aux urgences par tranche d'âge est restée relativement stable par rapport à 2008 (résultats non illustrés).

Il est ressorti des rencontres avec les urgentistes que ces résultats reflètent un moins bon état de santé des personnes plus âgées arrivant aux urgences (comorbidités complexes). Les personnes plus âgées recourent davantage aux urgences pour des problèmes réellement «urgents»²⁸.

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



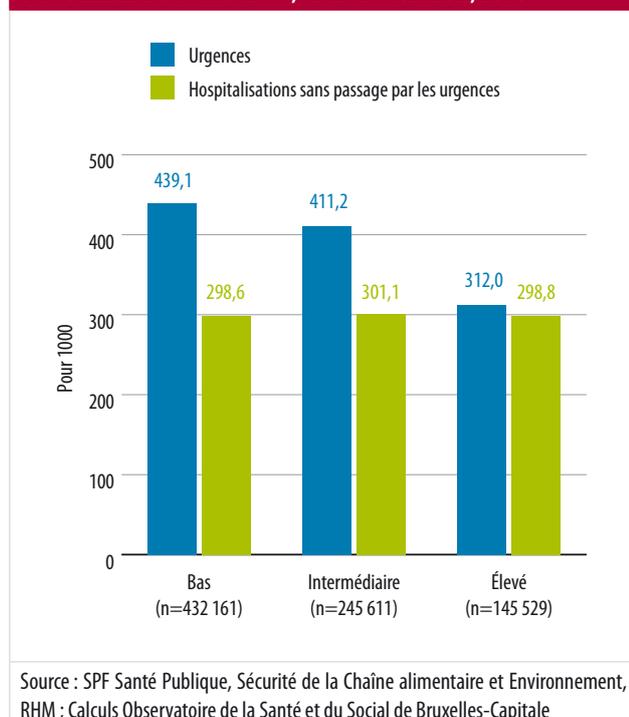
Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

²⁸ Notons également qu'une augmentation de la part des décès lors d'un passage aux urgences est observée avec l'âge (0,02 % chez les 0-14 ans ; 0,2 % chez les 15-64 ans ; 4,1 % chez les ≥ 65 ans), ce qui induit aussi une légère augmentation de la proportion des urgences suivies d'une hospitalisation classique avec l'âge. Pour rappel, les hôpitaux ont pour obligation de facturer une hospitalisation classique lorsque le patient décède aux urgences (voir le chapitre «Méthodologie» pour plus d'explications).

3.1.4. VARIATION DES RECOURS AUX URGENCES PAR COMMUNE DE RÉSIDENCE ET NATIONALITÉ

Le taux de recours aux urgences (à âge égal) est plus faible dans les communes socio-économiquement plus favorisées²⁹. 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. Il est à noter qu'aucune différence du taux d'hospitalisation sans passage par les urgences n'est observée selon le niveau socio-économique (NSE) de la commune de résidence (figure 4).

Figure 4 : 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 (NSE) des communes de résidence³⁰, chez les Bruxellois, 2016



29 À titre informatif, les résultats (non illustrés) des taux bruts, c'est-à-dire non standardisés, montrent également une diminution du taux de recours aux urgences lorsque le niveau socio-économique de la commune de résidence augmente.

30 Les communes (utilisées comme indicateur «proxy» du statut socio-économique d'un individu) ont été classées en trois catégories sur la base d'une analyse statistique par cluster pour la population générale. La catégorisation s'est basée sur trois indicateurs (2012) : le revenu médian des déclarations fiscales, le taux de chômage et la proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (18-64 ans). Pour la population générale et à partir de ces critères, la catégorie des communes avec un NSE élevé comprend 5 communes : Auderghem, Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre. La catégorie des communes avec un NSE bas comprend 6 communes : Anderlecht, Bruxelles-ville, Molenbeek-Saint-Jean, Saint Josse-

D'autres analyses (non illustrées) montrent que les services d'urgence sont majoritairement fréquentés par une population plus précarisée : 55,0 % des passages aux urgences concernent des patients issus de communes au NSE bas. Pour les NSE intermédiaire et élevé, ces proportions sont respectivement de 29,9 % et de 15,1 %. En outre, 4,9 % des passages aux urgences sont le fait de personnes non assurées³¹. Ce pourcentage diminue à 1,4 % pour les hospitalisations sans passage par les urgences.

Différents éléments peuvent expliquer le fait que les personnes socio-économiquement moins favorisées recourent d'avantage aux urgences :

- État de santé : les personnes précarisées ont un état de santé globalement moins bon comparativement aux personnes plus favorisées³² (Van der Heyden, 2014) ;
- Offre locale : la variation d'utilisation des services d'urgence selon le niveau socio-économique des communes de résidence peut témoigner d'une différence de l'offre géographique (proximité, accessibilité, ...) de ces services. La carte 1 (chapitre «Introduction») montre une concentration plus élevée d'hôpitaux ayant un service d'urgence dans les communes aux NSE bas et intermédiaire, par rapport à celles au NSE élevé. La variation de leur utilisation selon le niveau socio-économique des communes de résidence peut également dépendre de l'offre et de la disponibilité des médecins généralistes, de la présence et de la connaissance de l'existence de postes de garde de médecine générale à proximité des services d'urgence, ainsi que de l'éventuelle collaboration entre les services d'urgence et ces postes de garde ;
- Report de soins : 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 (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2018) ;
- Accessibilité financière : les services d'urgence appliquant le système du tiers payant, le patient ne doit pas avancer la somme d'argent équivalente à l'intervention de la mutuelle. Ce système n'est pas systématiquement d'application chez les médecins généralistes³³. De plus, en ce qui concerne les montants

ten-Noode, Saint-Gilles et Schaerbeek. Les 8 autres communes font partie de la catégorie intermédiaire.

31 Notons que la notion de non assuré ne fait pas référence aux personnes sans-abris puisque, pour rappel, elles ne sont pas incluses dans l'étude. Il s'agit donc de personnes affiliées à une mutuelle mais qui ne sont pas en règle d'assurabilité. Selon les données de l'INAMI, la proportion globale de Bruxellois non assurés au 30/06/2016 est de 2,1 %. La population non assurée est donc surreprésentée dans les services d'urgence.

32 Atlas-IMA : <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

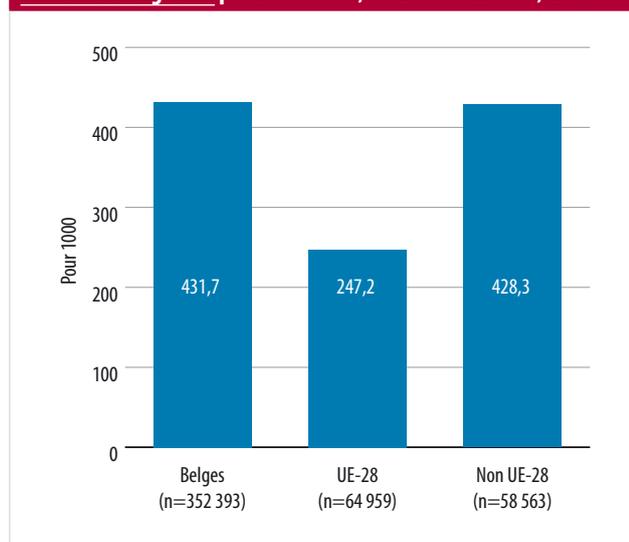
33 Notons que depuis le 1er octobre 2015, le système du tiers payant doit être appliqué par les médecins généralistes (hors prestations à domicile) pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée (source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Tiers payant : ne payez que votre part, la mutualité paie directement le dispensateur de soins [En ligne] (page

non-remboursés par l'assurance maladie (entre autres les tickets modérateurs), le paiement des prestations aux urgences se fait dans la plupart des cas après réception de la facture (Van den Heede et al., 2016a).

Ce dernier élément explicatif est cependant à nuancer : l'Enquête belge de Santé de 2013 et l'étude réalisée en 2003 auprès de Bruxellois à la demande du comité d'assurance INAMI (citée plus haut) ont montré qu'une faible part des usagers des services d'urgence ont eu recours à ces services pour des raisons financières (Clumeck et al., 2005 ; Charafeddine, 2015).

En ce qui concerne la nationalité, il a été observé que le taux de recours aux urgences (à âge égal) est presque deux fois moindre chez les résidents bruxellois de nationalité d'un pays de l'Union européenne (hors Belgique) que chez ceux ayant la nationalité belge et ceux ayant la nationalité d'un pays en dehors de l'Union européenne (247,2 contre respectivement 431,7 et 428,3 pour 1000 habitants)³⁴ (figure 5).

Figure 5 : Taux standardisé pour l'âge (pour 1000 habitants) de recours aux urgences par nationalité, 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

NB : • Lors des rencontres avec les encodeurs des données RHM, il a été signalé que la nationalité «belge» est encodée lorsque le patient possède la nationalité belge ainsi qu'une deuxième nationalité ;
• Le site hospitalier Porte de Hal est le site pour lequel la nationalité est la plus souvent inconnue (16,0 % de valeurs manquantes). Ceci jouerait également un rôle dans la différence de recours aux urgences selon la nationalité puisque ce site accueille une population aux profils plus multiculturels comparativement aux autres hôpitaux bruxellois. Une sous-estimation du taux peut être ainsi envisagée dans la catégorie «non UE-28».

Des différences du même ordre sont observées dans le cas d'une urgence ambulatoire, d'une urgence suivie d'une hospitalisation classique ou d'une hospitalisation de jour sans passage par le service des urgences. Quant aux urgences suivies d'une hospitalisation de jour, le taux de recours est le plus élevé chez les non ressortissants de l'Union européenne (résultats non illustrés).

Le taux de recours aux urgences moindre chez les Bruxellois ayant la nationalité d'un pays de l'Union européenne (hors Belgique) peut être dû à la situation socio-économique globalement plus favorable de ce public (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2018), dans la mesure où les personnes précarisées ont davantage recours aux urgences (cfr. point 3.1.4).

3.1.5. PÉRIODE DU RECOURS AUX URGENCES

3.1.5.1. Recours aux urgences selon les mois

Au total, tous les âges confondus, les proportions de passage aux urgences varient de 7,1 % au mois de juillet à 9,1 %³⁵ durant le mois de mai (résultats non illustrés).

Les passages aux urgences des Bruxellois de moins de 15 ans sont moins fréquents lors des périodes de vacances scolaires, notamment entre les mois de juillet et août (respectivement 6,2 % et 5,1 %). À la rentrée scolaire, la proportion de recours augmente progressivement et atteint un pic entre décembre et mars (près de 9,4 %) (figure 6).

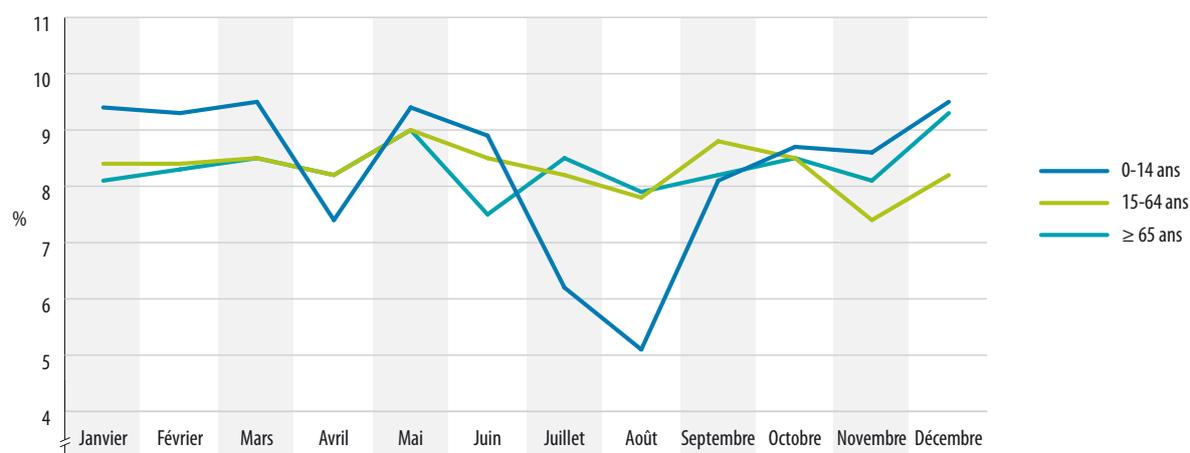
Chez les personnes de 15-64 ans et de 65 ans et plus, des fluctuations s'observent aussi selon les mois mais avec des écarts moins grands que ceux observés chez les moins de 15 ans. Les proportions varient dans ces catégories d'âge de 7,4 % en novembre à 9,0 % en mai chez les 15-64 ans et de 7,5 % en juin à 9,3 % en décembre chez les 65 ans et plus (figure 6).

consultée le 07/12/2018). Disponible à l'URL : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/tiers-payant.aspx>.

Fin 2016, l'application du tiers payant est effective dans 86,5 % des cas pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée (ten Geuzendam et al., 2017).

34 À titre informatif, les résultats (non illustrés) des taux bruts, c'est-à-dire non standardisés, montrent également un taux de recours aux urgences presque deux fois moindre chez les Bruxellois ayant la nationalité d'un pays de l'Union européenne, comparativement aux deux autres catégories de nationalité.

35 Un léger pic de passage aux urgences durant le mois de mai s'observe également en 2013, 2012, 2010 et 2008 (résultats non illustrés).

Figure 6 : Distribution (en %) des recours aux urgences selon les mois de l'année et 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

3.1.5.2. Recours aux urgences selon les jours de la semaine

L'activité des services d'urgence est globalement stable selon les jours de la semaine. Un léger pic d'activité est observé le lundi, en particulier chez les personnes de 65 ans et plus. Chez ces dernières, un second pic est également observable le vendredi. Toujours chez les 65 ans et plus, la proportion de passage aux urgences tend à diminuer durant le week-end (tableau 1).

Ces constats pourraient être liés au fait que les patients plus âgés sont davantage adressés aux urgences par un médecin, comparativement aux patients plus jeunes (cf. figure 9). Selon une étude réalisée en France en 2008 chez les personnes de 75 ans et plus, les médecins ont tendance à adresser leurs patients aux urgences de préférence durant les jours ouvrés de la semaine, principalement le lundi et le

vendredi (il y a significativement plus de patients de 75 ans et plus avec courrier du médecin ces jours-là) (Sough et al., 2012).

D'autres résultats, non illustrés, montrent qu'au sein de la tranche d'âge des 0-14 ans, la proportion de recours aux urgences durant le week-end diffère selon l'âge : elle avoisine les 15,5 % chez les 0-9 ans (plus élevée qu'en semaine), et est d'environ 11,5 % chez les 10-14 ans (moins élevée qu'en semaine). Ces proportions sont similaires le samedi et le dimanche dans les 2 groupes d'âge.

Les médecins urgentistes rencontrés ont évoqué le fait que les pourcentages de passage aux urgences selon les jours de la semaine peuvent varier d'un site hospitalier à l'autre : les hôpitaux situés dans un environnement écolier et à proximité de bureaux voient une chute des passages dans leur service d'urgence durant le week-end. En ce qui concerne les hôpitaux situés dans un environnement

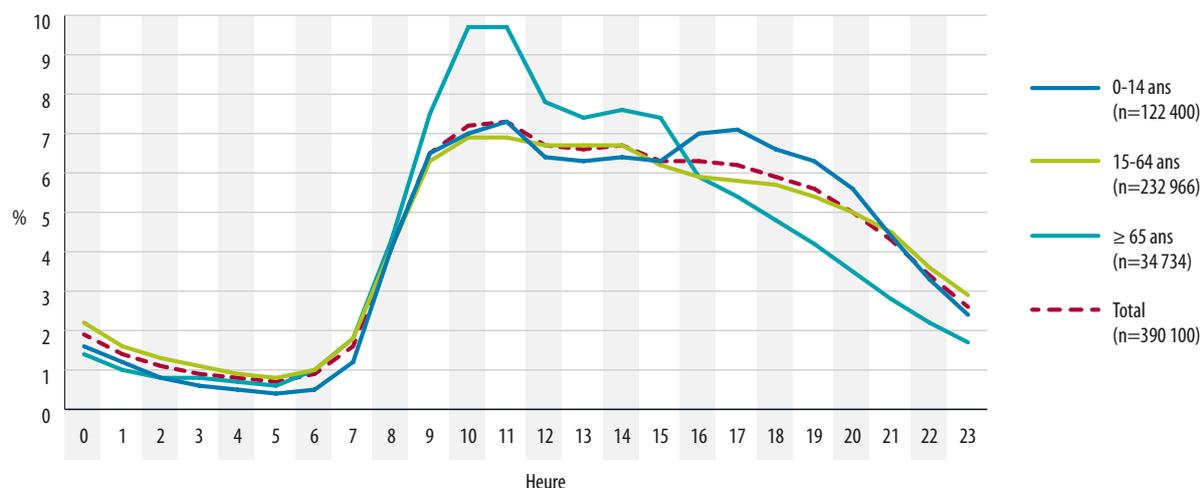
Tableau 1 : Nombre (et %) de recours aux urgences selon les jours de la semaine³⁶, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016

	0-14 ans		15-64 ans		≥ 65 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lundi	21 211	15,7	47 742	16,3	11 579	16,5	80 532	16,1
Mardi	18 295	13,5	41 624	14,2	10 110	14,4	70 029	14,0
Mercredi	17 957	13,3	40 296	13,7	10 263	14,6	68 516	13,7
Jeudi	18 479	13,7	40 667	13,9	9 856	14,0	69 002	13,8
Vendredi	19 452	14,4	41 803	14,2	10 906	15,5	72 161	14,5
Samedi	19 869	14,7	41 057	14,0	9 244	13,2	70 170	14,1
Dimanche	19 869	14,7	40 291	13,7	8 271	11,8	68 431	13,7
Total	135 132	100,0	293 480	100,0	70 229	100,0	498 841	100,0

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

36 À titre indicatif, durant l'année 2016, il y avait un samedi de plus (53 instances) par rapport aux autres jours de la semaine (52 instances).

Figure 7 : Distribution (en %) des recours aux urgences ambulatoires selon l'heure de la journée*, 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

* Exemple : 3 = de 3h00 à 3h59

principalement résidentiel, les proportions de recours aux urgences sont plus stables entre les jours ouvrés de la semaine et le week-end. Ces constats sont également observés sur base de la comparaison des résultats issus du RHM entre les sites Saint-Michel et Sainte-Elisabeth des Cliniques de l'Europe (résultats non illustrés).

3.1.5.3. Recours aux urgences au cours d'une journée

Globalement, les services d'urgence sont davantage fréquentés durant la journée aux heures ouvrables (entre 9h et 15h) par les adultes de 15 ans et plus, et en fin d'après-midi par les enfants de 0-14 ans (figures 7 et 8).

Au total, 62,4 % des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 18h. Le pourcentage de passages aux urgences ayant lieu entre 8h et 18h est de 63,4 % chez les 0-14 ans, de 60,2 % chez les 15-64 ans, et de 69,4 % chez les 65 ans et plus (résultats non illustrés). D'après l'enquête de santé de 2013, un peu plus de la moitié (57,0 %) des recours aux urgences de la population belge a lieu en semaine durant la journée (Charafeddine, 2015).

Plus spécifiquement, chez les enfants de moins de 15 ans, un premier pic s'observe vers 11h et un second à l'heure de sortie scolaire, c'est-à-dire aux alentours des 16-17h lorsqu'il s'agit d'une urgence ambulatoire, et de manière plus étalée, entre 16 et 20h pour les urgences suivies d'une hospitalisation (figures 7 et 8).

Le pic observé en fin d'après-midi chez les 0-14 ans pourrait correspondre pour une grande part, selon les urgentistes, à des recours pour motif «administratif». Il s'agit de recours aux urgences pour l'obtention d'un certificat médical (pour

les crèches, écoles et gardes-malade) lorsque l'enfant a été malade ou a eu un accident au cours de la journée.

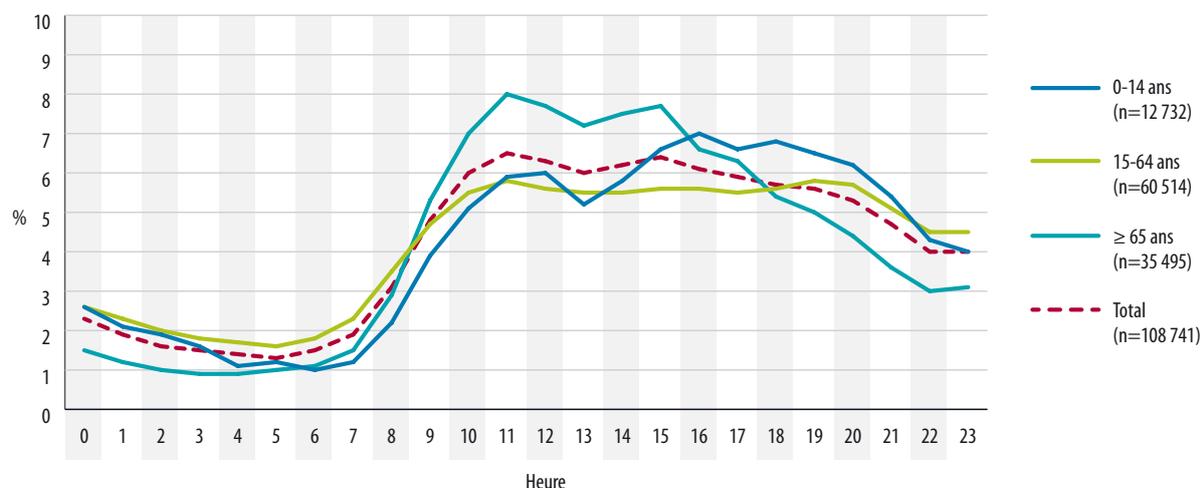
En conclusion, en ce qui concerne les urgences pédiatriques, il semble que celles-ci ne soient pas «encombrées» de manière continue, mais bien à certaines périodes, correspondant à des pics d'activité (Belgian Paediatric Emergency Department Organization, 2010). Un urgentiste d'un service d'urgences pédiatriques a mentionné le fait que ce service est effectivement «encombré» durant certaines périodes : en fin d'après-midi et en début de soirée, les lundis et les week-ends, et durant des mois spécifiques au cours d'une année (notamment en hiver). Durant d'autres périodes, l'activité des services des urgences pédiatriques est parfois très faible.

Les personnes de 65 ans et plus ont davantage tendance à avoir recours au service des urgences en journée (entre 9h et 15h) que la population plus jeune (figures 7 et 8).

Le phénomène d'«encombrement» des services d'urgence de la population adulte semble être peu étudiée en Belgique. Une étude belge sur les recours aux urgences a toutefois montré qu'en 2003, près de deux patients de 15 ans et plus sur cinq ont été pris en charge après un délai d'attente de 30 minutes lorsque le degré d'urgence estimé par le médecin était élevé (Clumeck et al., 2005). De part l'augmentation de l'activité des services d'urgence ces dernières années, il est probable qu'à l'heure actuelle les délais de prise en charge se soient globalement accrus.

Il est à noter que cette même étude belge réalisée en 2003 a montré que les patients ayant recours aux urgences en fin de soirée ou durant la nuit ont globalement une perception

Figure 8 : Distribution (en %) des recours aux urgences suivis d'une hospitalisation selon l'heure de la journée*, 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

* Exemple : 3 = de 3h00 à 3h59

du degré d'urgence plus élevée que ceux recourant aux urgences en journée (Clumeck et al., 2005).

3.1.6. RECOURS AUX URGENCES RÉFÉRÉS PAR UN MÉDECIN

Près de neuf passages aux urgences sur dix sont le fait de patients n'étant pas référés par un médecin. Sachant qu'une grande partie de ces patients pourraient être pris en charge par un médecin généraliste (Van den Heede et al., 2016a), cet indicateur donne une estimation «de la mesure dans laquelle le service des urgences fait office de service de première ligne³⁷» (Charafeddine, 2015).

Les patients de 65 ans et plus sont davantage adressés aux urgences par un médecin, comparativement aux plus jeunes. En 2016, 19,0 % des recours aux urgences des patients de 65 ans et plus sont référés par un médecin, contre 6,5 % chez les 15-64 ans et 3,9 % chez les enfants de moins de 15 ans (figure 9). Parmi les patients de 65 ans et plus, plus l'âge augmente, plus la proportion de recours aux urgences référés par un médecin est élevée : elle varie de 13,5 % chez les 65-69 ans à 25,7 % chez les 90 ans et plus (résultats non illustrés).

Selon les urgentistes rencontrés, la culture de visiter en premier lieu son médecin traitant pour une urgence serait plus ancrée chez les personnes âgées.

La proportion de patients adressés aux urgences par un médecin a globalement diminué entre 2008 et 2016 (10,7 % à 7,8 %)³⁸, 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 9). Au sein de la tranche d'âge des 65 ans et plus, la diminution est davantage marquée chez les plus âgés. À titre indicatif, la proportion de recours référés est passée de 45,1 % en 2008 à 25,7 % en 2016 chez les 90 ans et plus (résultats non illustrés).

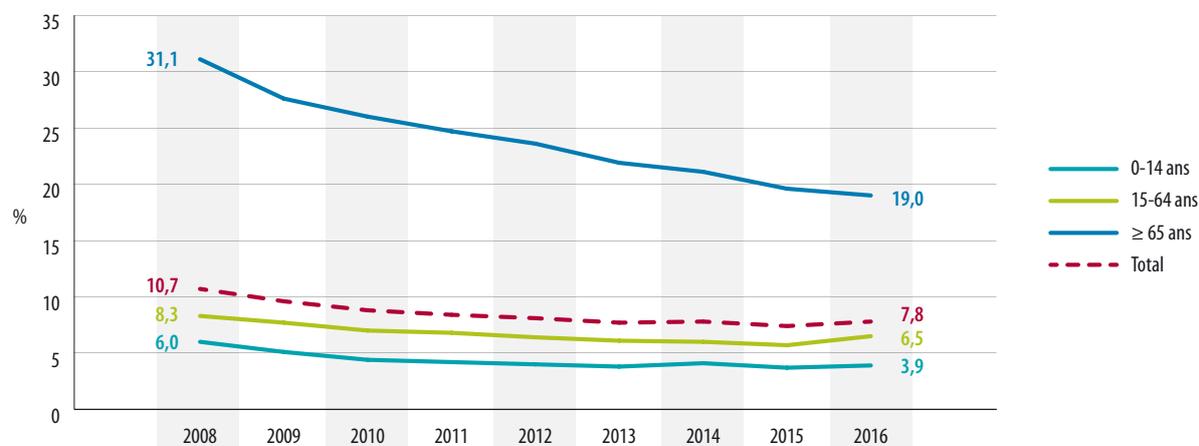
Les résultats de l'Enquête de Santé en Région bruxelloise vont dans le même sens que ceux issus du RHM : 88 % des contacts dans les services d'urgence sont le fait de personnes non référées par un médecin et la proportion de référés par un médecin a légèrement diminué entre 2008 et 2013, tous âges confondus. Les résultats de cette enquête pour l'ensemble de la Belgique montrent que les moins de 65 ans ont davantage tendance à recourir aux urgences sans y avoir été référés par un médecin. De plus, la proportion de non référés par un médecin est à Bruxelles légèrement plus élevée qu'en Wallonie et bien plus élevée qu'en Flandre (Charafeddine, 2015).

Le ticket modérateur des patients se présentant aux urgences sans y avoir été référés par un médecin est plus élevé que celui des patients ayant été référés. Cette mesure, introduite en 2007 (Van den Heede et al., 2016b), avait pour but d'inciter la population présentant des symptômes «non urgents» à consulter d'abord un médecin généraliste au lieu des services d'urgence (Van den Heede et al., 2016a).

37 Notons que l'étude belge BePASSTA a mis en évidence que parmi les enfants de moins de 16 ans ayant eu recours aux urgences sans y avoir été référés, près de neuf sur dix ont un médecin traitant attiré (BePASSTA Study Group, 2011).

38 À titre informatif, l'effectif des recours non référés a augmenté, tandis que celui des recours référés est resté globalement stable.

Figure 9 : Proportion de recours aux urgences adressés par un médecin³⁹, 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
 NB : Suite à des erreurs d'enregistrement de cette information dans le RHM en 2015 et 2016 dans un des hôpitaux bruxellois, cet hôpital a été exclu des analyses pour les années 2015 et 2016.

Cette mesure ne semble cependant pas avoir modifié les comportements des Bruxellois puisque d'une part, les passages aux urgences ont augmenté ces dernières années, et d'autre part, la proportion de recours aux urgences référés par un médecin n'a cessé de diminuer depuis 2008⁴⁰.

Néanmoins, il n'y a pas d'obligation légale pour les hôpitaux d'introduire un ticket modérateur plus élevé pour les patients non référés par un médecin, et il apparaît ainsi que les hôpitaux appliquent peu cette mesure par crainte de perdre la patientèle ayant des symptômes «non urgents» (Van den Heede et al., 2016b).

Les éléments explicatifs quant à la diminution de recours référés par un médecin au cours du temps pourraient donc être les suivants :

- Le changement de mentalité/comportement de la population vis-à-vis des soins de santé : société de plus en plus consumériste ; besoin d'être rassuré face à l'urgence ressentie souvent élevée (Gentile et al., 2007). L'environnement de haute technologie des services d'urgence, de plus en plus valorisé et médiatisé, procure cet effet rassurant (Cresson, 1999 ; Van den Heede et al., 2016a).

- Plus spécifiquement chez les patients plus âgés : un élément explicatif pourrait être la diminution des visites à domicile des médecins généralistes au fil des années⁴¹.

3.1.7. DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

En 2016, la durée moyenne des séjours en hospitalisation classique avec passage par le service des urgences est, au total, de 10,1 jours. La durée moyenne de séjour augmente avec l'âge : elle est 3 à 4 fois plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus en comparaison avec la durée moyenne de séjour des enfants de moins de 15 ans (figure 10).

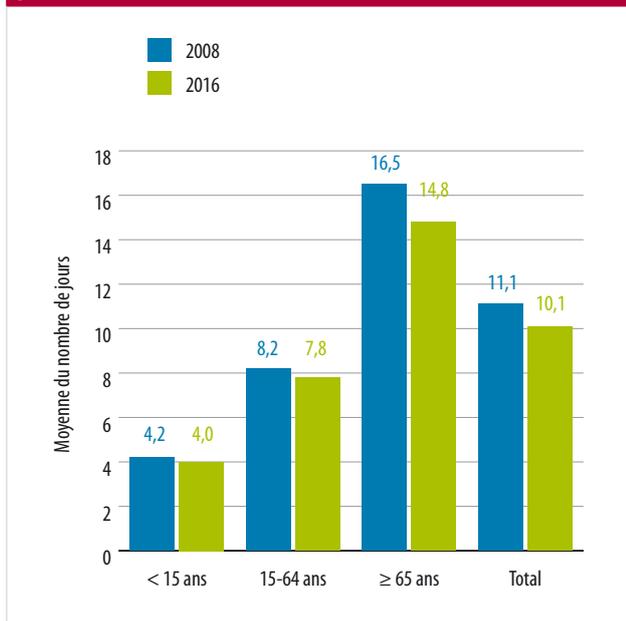
Entre 2008 et 2016, la durée moyenne globale des séjours en hospitalisation classique avec passage par le service des urgences a légèrement diminué. C'est chez les 65 ans et plus que la durée moyenne de séjour a le plus diminué (diminution de 1,7 jour) (figure 10).

³⁹ Fait référence au médecin généraliste du patient, à un médecin de garde, à un médecin spécialiste de l'hôpital ou extérieur à l'hôpital avec une lettre d'introduction, après un contact téléphonique ou après un contact oral.

⁴⁰ Diminution observée dans tous les hôpitaux, même ceux situés en dehors de la Région bruxelloise, sauf à Erasme où une légère hausse de 2,3 points de pourcentage (tous âges confondus) est observée de 2008 à 2016.

⁴¹ Source : Le journal du Médecin. 4 millions de visites à domicile en moins en dix ans [En ligne] (page consultée le 29/01/2019). Disponible à l'URL : <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/4-millions-de-visites-a-domicile-en-moins-en-dix-ans/article-normal-13517.html>

Figure 10 : Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation classique suite à un recours aux urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 et 2016



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

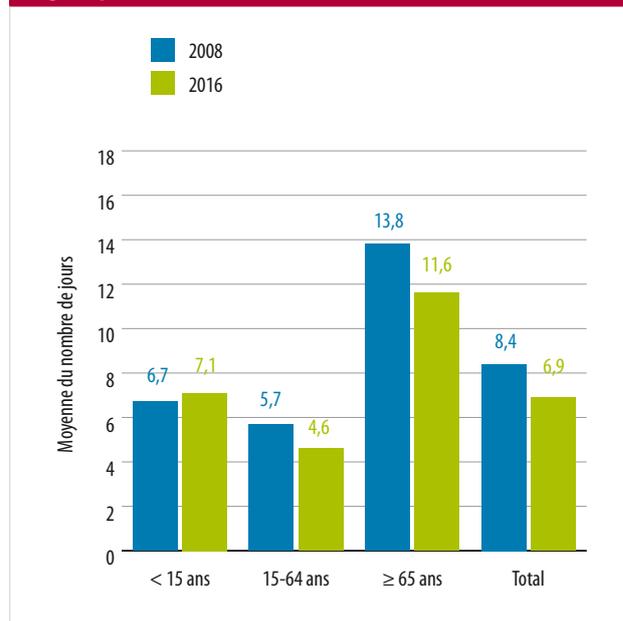
Quant à la durée moyenne des séjours en hospitalisation classique sans passage par les urgences, celle-ci est, au total, de 6,9 jours en 2016. La durée moyenne de séjour la plus faible s'observe dans la catégorie d'âge des 15-64 ans (4,6 jours) et la plus élevée s'observe chez les 65 ans et plus (11,6 jours) (figure 11).

Les durées moyennes des séjours en hospitalisation classique sans passage par les urgences ont globalement diminué entre 2008 et 2016, sauf chez les moins de 15 ans où une légère augmentation est observée. La diminution la plus importante s'observe chez les 65 ans et plus : diminution de 2,2 jours (figure 11).

Chez les adultes âgés de 15 ans et plus, la durée moyenne d'un séjour en hospitalisation classique est plus longue lorsqu'elle est précédée d'un passage par les urgences (figures 10 et 11). Ce constat pourrait s'expliquer d'une part par les problèmes plus graves que présentent les patients recourant aux urgences et d'autre part, par les sorties non préparées suite à une admission hospitalière non planifiée via les urgences, notamment pour les patients plus âgés. Effectivement, une étude belge a montré que pour la grande majorité des patients «*bed blockers*⁴²», l'admission hospitalière n'était pas planifiée, et la plupart sont des patients âgés (De Foor et al., 2017).

42 Il s'agit de patients encore hospitalisés alors que leur séjour à l'hôpital n'est médicalement plus justifié (De Foor et al., 2017).

Figure 11 : Durée moyenne de séjour (en jours) en hospitalisation classique en l'absence de passage par les urgences, par catégorie d'âge et par année, chez les Bruxellois, 2008 et 2016



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

La diminution globale des durées des séjours est en grande partie la conséquence du système de financement des hôpitaux, basé sur une durée de séjour moyenne standard nationale par groupe de diagnostics (APR-DRG), par niveau de sévérité de la pathologie et par groupe d'âge. Ainsi, un hôpital faisant séjourner un patient plus longtemps que la moyenne nationale calculée pour la pathologie en question, est financièrement pénalisé⁴³. Ce système de financement inciterait donc les hôpitaux à diminuer les durées de séjour.

On peut cependant se poser la question de la qualité des soins et des retours à domicile prématurés. La diminution des durées de séjour pourrait-elle être une des causes de l'augmentation des recours aux urgences ? Les résultats ci-après (voir le point 3.1.8) montrent une légère hausse des réadmissions précoces aux urgences chez les patients de 65 ans et plus. Il est néanmoins difficile de tirer des conclusions sur la seule base de ces résultats.

Il est à noter qu'à l'occasion d'une matinée d'étude consacrée à l'organisation des soins de santé pour les personnes âgées en Région bruxelloise⁴⁴, certains témoignages allaient dans le sens que la réduction des durées des séjours a pour conséquence que les hôpitaux manquent de temps pour accompagner la sortie des patients âgés

43 Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

44 *Organiser des soins de qualité pour les personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale : focus sur les résidents des maisons de repos présentant une dépendance légère (profils O et A)*. Matinée d'étude. 27/04/2018.

(domicile, institutionnalisation éventuelle, court séjour en revalidation, ...).

3.1.8. RÉADMISSIONS PRÉCOCES AUX URGENCES

Une réadmission précoce se réfère à une réadmission entre 1 et 30 jours avec passage via les urgences dans le même hôpital, c'est-à-dire au sein du même site hospitalier ou au sein d'un autre site hospitalier appartenant au même hôpital (urgences ambulatoires ou suivies d'une hospitalisation, classique ou de jour).

En 2016, la proportion de réadmissions précoces aux urgences est de 11,0 % au total (12,0 % chez les moins de 15 ans, 10,6 % chez les 15-64 ans et 11,1 % chez les 65 ans et plus) (figure 12). Chez les enfants de moins de 15 ans, des différences importantes selon les différentes catégories d'âge s'observent (voir plus loin - figure 16).

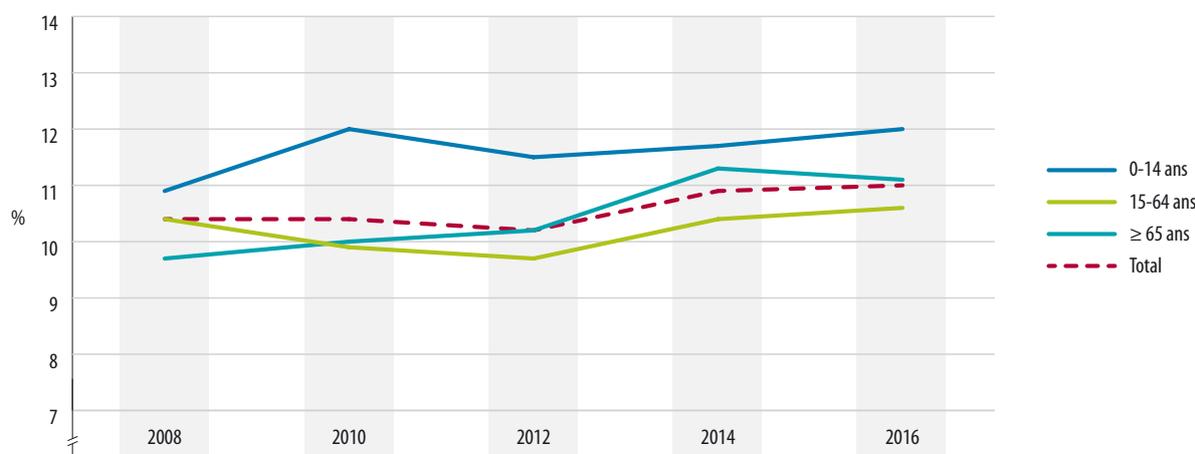
Entre 2008 et 2016, la proportion de réadmissions précoces aux urgences est restée relativement stable. On observe toutefois une légère augmentation entre 2012 et 2014, notamment chez les 65 ans et plus (figure 12).

En 2016, en ce qui concerne les réadmissions aux urgences des moins de 15 ans, 88,8 % sont des réadmissions en urgence ambulatoire, 10,0 % des réadmissions en urgence suivies d'une hospitalisation classique et 1,2 % des réadmissions en urgence suivies d'une hospitalisation de jour. Ces pourcentages sont respectivement de 50,9 %, 40,7 % et 8,4 % chez les personnes de 65 ans et plus (résultats non illustrés).

Une part des réadmissions aux urgences est programmée, notamment dans le cadre d'un contrôle (par exemple, pour des plaies, des sutures, etc.). Ceci concerne un peu moins d'une réadmission précoce aux urgences sur dix. À titre indicatif, il a été observé sur base des données du RHM que le motif de recours «contrôle» est environ trois fois plus fréquent lorsqu'il s'agit d'une réadmission précoce aux urgences, en comparaison aux réadmissions de plus de 30 jours (résultats non illustrés). Cette information est néanmoins à interpréter avec précaution car le terme «contrôle» est peu précis et des différences importantes sont observées quant à l'encodage de cette variable entre les hôpitaux.

Malgré l'existence d'une part de réadmissions programmées (notamment dans le cadre d'un contrôle), les chiffres indiquent l'importance d'être attentif à la continuité des soins, en particulier chez les personnes âgées ; ce en lien avec la première ligne de soins à la sortie de l'hôpital afin de réduire le risque de réadmission précoce dite «évitable⁴⁵» en dehors des réadmissions programmées. Selon la littérature scientifique française, certaines réadmissions précoces non programmées pourraient être évitées chez les personnes âgées grâce à une continuité des soins (au sens large du terme) après la sortie de l'hôpital, notamment de par l'organisation de visites à domicile d'infirmier(e)s, d'assistant(e)s sociaux et d'autres visites liées à l'aménagement du domicile si elles sont jugées nécessaires. Les équipes médicales hospitalières jouent ainsi un rôle primordial quant à l'organisation de la continuité des soins après une hospitalisation en lien avec les acteurs de la première ligne de soins (Haute Autorité de Santé, 2013).

Figure 12 : Proportion de réadmissions précoces aux urgences (entre 1 et 30 jours), 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

45 Réadmission précoce liée au séjour hospitalier précédent. Notons que toutes les réadmissions précoces (en dehors de celles pour un contrôle) ne sont donc pas toutes «évitable» (Haute Autorité de Santé, 2013).

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

En ce qui concerne les hôpitaux situés en Région bruxelloise et ayant un service d'urgence en 2016, 78,4 % des admissions hospitalières⁴⁶ des Bruxellois de moins de 15 ans passent par le service des urgences.

Les passages aux urgences des patients bruxellois de moins de 15 ans représentent 27,1 % de l'ensemble des passages par les urgences des Bruxellois. Pour rappel, le taux de recours aux urgences des moins de 15 ans en 2016 est de 574,8 pour 1000 habitants, ce taux étant plus élevé que celui des deux autres catégories d'âge.

3.2.1. ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS AUX URGENCES

La figure 13 montre que le taux de recours aux urgences diminue avec l'âge, et ce pour chacune des années considérées.

Au sein des différentes catégories d'âge, l'augmentation du taux de recours aux urgences entre 2008 et 2016 a été plus importante chez les moins d'un an (+24,7 %) et les 5-9 ans (+18,9 %), et a été la moins forte chez les 10-14 ans (+18,9 %). Chez les 1-4 ans, une augmentation de 22,7 % est observée (figure 13).

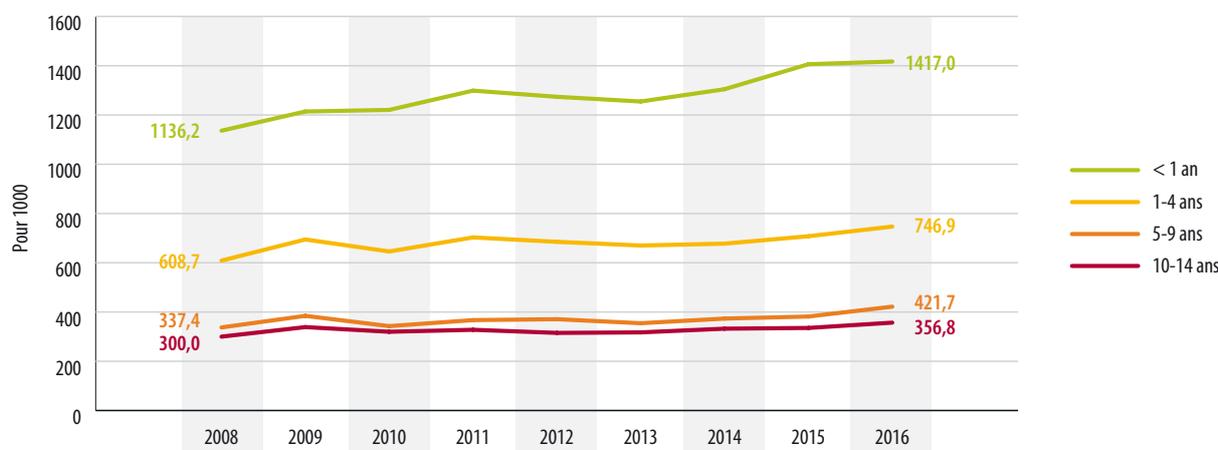
Notons que parmi les catégories d'âge entre 1 et 14 ans, l'augmentation observée entre 2008 et 2016 est due majoritairement à la hausse du taux de recours aux urgences ambulatoires, tandis que chez les moins d'un an, celle-ci se reflète davantage par une hausse du taux de recours aux urgences suivis d'une hospitalisation (+30,5 %) (résultats non illustrés).

3.2.2. TYPES ET MOTIFS (RAISONS) DE RECOURS AUX URGENCES

En 2016, près d'un passage aux urgences sur dix (9,4 %) est suivi d'une hospitalisation chez les enfants de moins de 15 ans. Cette proportion est plus élevée chez les moins d'un an (18,0 %, dont 16,9 % des cas sont des hospitalisations classiques) que chez les enfants plus âgés (6,6 % à 7,8 % selon l'âge) (figure 14). Ces résultats reflètent l'état de santé plus fragile des tout-petits, et sont notamment liés à leur sensibilité accrue face aux infections respiratoires (figure 14).

Les données du RHM ne permettent pas d'identifier les motifs des recours aux urgences⁴⁷. À notre connaissance, peu d'études belges ont tenté d'identifier les raisons médicales des recours aux urgences propres à la population pédiatrique. Il ressort d'une étude française que la traumatologie est en tête de classement chez les enfants de 1 à 14 ans (Boisguérin et al., 2014). Ceci est confirmé par les urgentistes rencontrés, et ce, particulièrement pour les 10-14 ans. Chez les nourrissons de moins d'un an, la présence de fièvre est le motif prédominant (47,0 %), et le deuxième

Figure 13 : Taux (pour 1000 habitants) de recours aux urgences chez les moins de 15 ans, 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

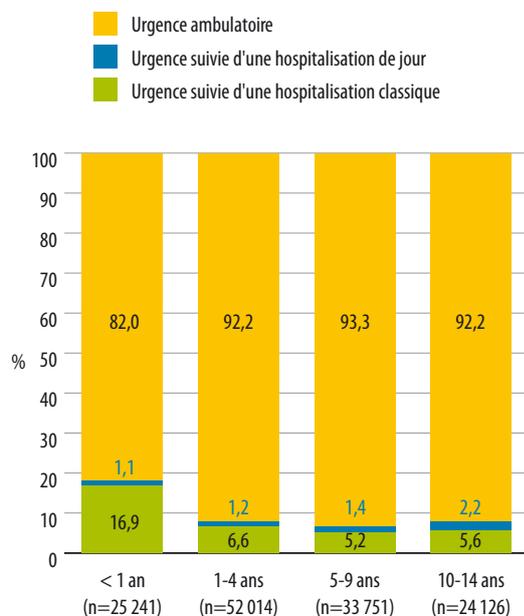
46 Ici, les naissances sans complication (n=15 688) sont incluses dans le nombre d'hospitalisations sans passage par les urgences. Avec exclusion de ces séjours de naissance, ce pourcentage monte à 86,3 %.

47 Voir le chapitre «Limites de l'étude» (point 2.5) pour plus d'explications.

motif concerne les vomissements ou diarrhées (35,0 %) (Baubeau et al., 2003).

3.2.3. RECOURS AUX URGENCES AU COURS D'UNE ANNÉE

Figure 14 : Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences chez les moins de 15 ans, par catégorie d'âge, chez les Bruxellois, 2016



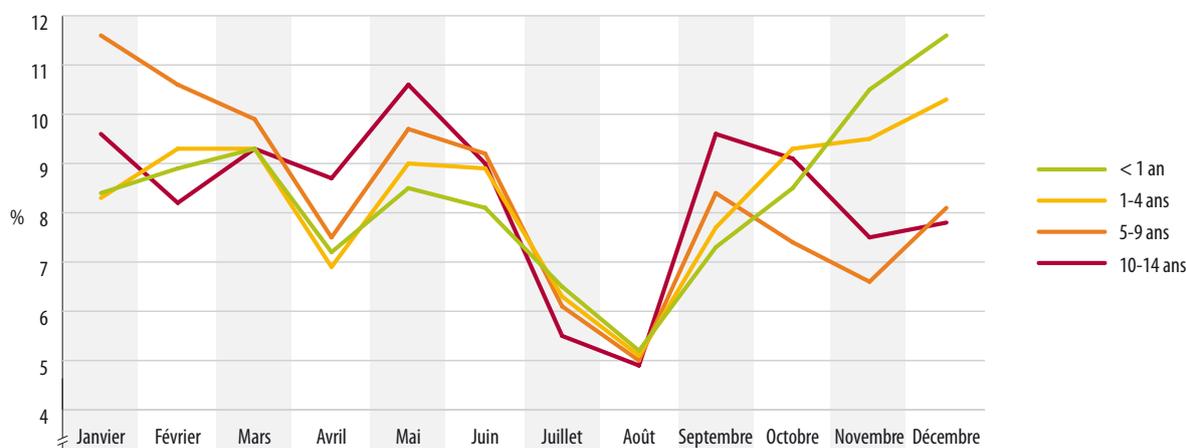
Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
NB : Si les urgences suivies d'une hospitalisation classique sont plus fréquentes chez les enfants de < 1 an en comparaison avec les 1-14 ans, on n'observe pas de différence dans la part des décès selon l'âge chez les moins de 15 ans.

Globalement pour les moins de 15 ans, une chute des passages aux urgences est observée durant les vacances scolaires (figure 15).

Chez les moins d'un an, un pic est clairement apparent en décembre (11,6 %). L'effet de la collectivité (Guédénéry et al., 2004) retrouvée après les vacances scolaires en juillet et août semble avoir un impact plus important chez les tout-petits puisque l'augmentation de la proportion des recours aux urgences entre août et décembre est la plus forte dans cette tranche d'âge (< 1 an). Dans une mesure un petit peu moindre que chez les tout-petits, un pic (10,3 %) s'observe également en décembre chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (figure 15). Les urgentistes rencontrés attribuent l'activité globalement plus importante des urgences entre octobre et décembre chez les moins de 5 ans au virus VRS respiratoire syncytial (infection respiratoire) et à la grippe.

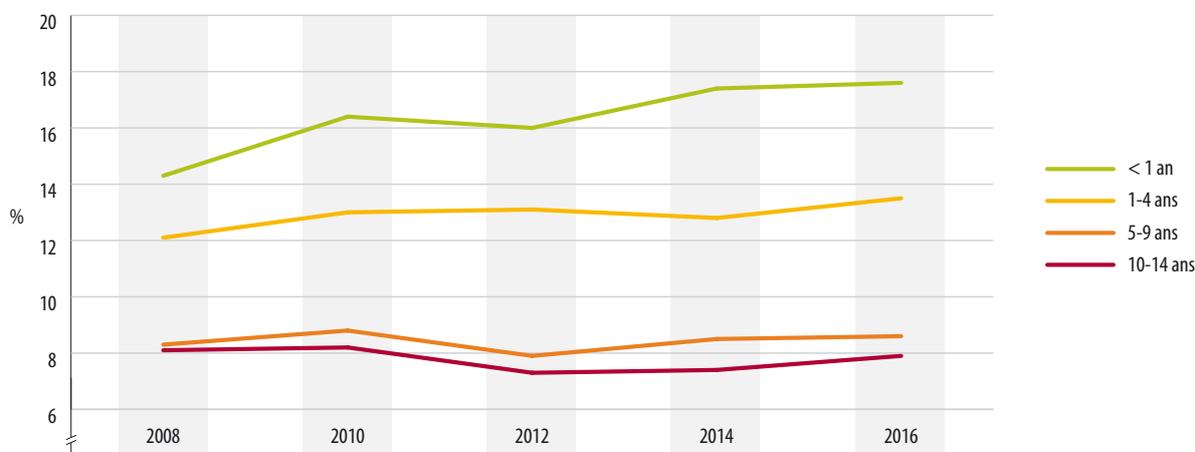
Parmi la catégorie d'âge des 5-9 ans, c'est légèrement plus tard, en janvier, qu'un pic (11,6 %) s'installe et correspond à la période de l'épidémie saisonnière de grippe influenza. Finalement, chez les 10-14 ans, l'activité des services d'urgence est la plus forte (10,6 %) durant le mois de mai (figure 15). Cette hausse en mai n'est toutefois pas observée pour toutes les années (résultats non illustrés). Ce constat pourrait être expliqué par l'augmentation des crises d'asthme durant les périodes pollinisantes (Observatoire des Données de l'Environnement, 2008 ; Sciensano, 2016).

Figure 15 : 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

Figure 16 : Proportion de réadmissions précoces aux urgences (entre 1 et 30 jours) chez les moins de 15 ans, 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

3.2.4. RÉADMISSIONS PRÉCOCES AUX URGENCES

La proportion de réadmissions précoces (entre 1 et 30 jours) aux urgences diminue avec l'âge chez les enfants de moins de 15 ans. En 2016, elle est respectivement de 17,6 % et 13,5 % chez les moins d'un an et les 1 à 4 ans, et descend à 8,6 % chez les 5-9 ans et à 7,9 % chez les plus âgés (10-14 ans) (figure 16).

Entre 2008 et 2016, la proportion de réadmissions précoces aux urgences a fortement augmenté chez les moins d'un an (+23,1 %) et a augmenté dans une moindre mesure chez les 1-4 ans (+11,6 %). Chez les 5-14 ans, la proportion est restée globalement stable (figure 16).

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

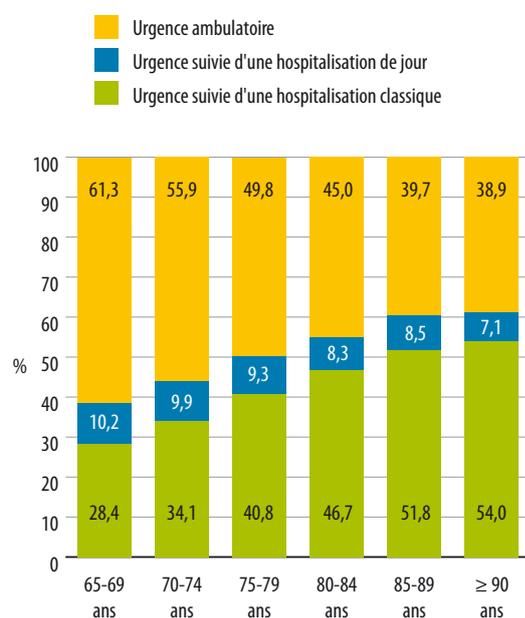
En ce qui concerne les hôpitaux situés en Région bruxelloise et ayant un service d'urgence en 2016, 44,9 % des admissions hospitalières des Bruxellois de 65 ans et plus se font via le service des urgences. Les passages aux urgences des patients de 65 ans et plus représentent 14,1 % de l'ensemble des passages aux urgences des Bruxellois.

3.3.1. TYPES ET MOTIFS (RAISONS) DE RECOURS AUX URGENCES

La part des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation par rapport à tous les passages aux urgences augmente avec l'âge. Elle passe de 38,6 % (dont 28,4 % d'hospitalisation classique) chez les personnes âgées de 65-69 ans à 61,1 % (dont 54,0 % d'hospitalisation classique) chez les 90 ans et plus (figure 17). Ces résultats reflètent probablement le niveau (plus important) de gravité de l'état de santé des patients plus âgés (Carrasco et al., 2003). Notons également qu'une augmentation de la part des décès lors d'un passage aux urgences est observée avec l'âge (1,7 % chez les 65-69 ans, et 8,5 % chez les 90 ans et plus), ce qui induit aussi une légère augmentation de la proportion des urgences suivies d'une hospitalisation classique avec l'âge⁴⁸.

48 Voir le chapitre « Méthodologie » (point 2.4.3) pour plus d'explications.

Figure 17 : Distribution (en %) des différents types de passage aux urgences chez les 65 ans et plus, 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

Les données du RHM ne permettent pas d'identifier les motifs de recours aux urgences⁴⁹, et à notre connaissance, peu d'études belges ont tenté d'identifier les raisons médicales de ces recours pour les patients plus âgés. Selon une étude française, la chute est la cause médicale la plus fréquente (22,0 %), suivie des troubles digestifs (13,0 %) et des dyspnées (12,0 %) chez les 75 ans et plus (Sough et al., 2012). Notons également qu'il ressort des rencontres avec les urgentistes que l'altération de l'état général est un motif médical de recours aux urgences fréquent chez les personnes âgées.

3.3.2. LIEU DE VIE DES PATIENTS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS AYANT RECOURS AUX SERVICES D'URGENCE

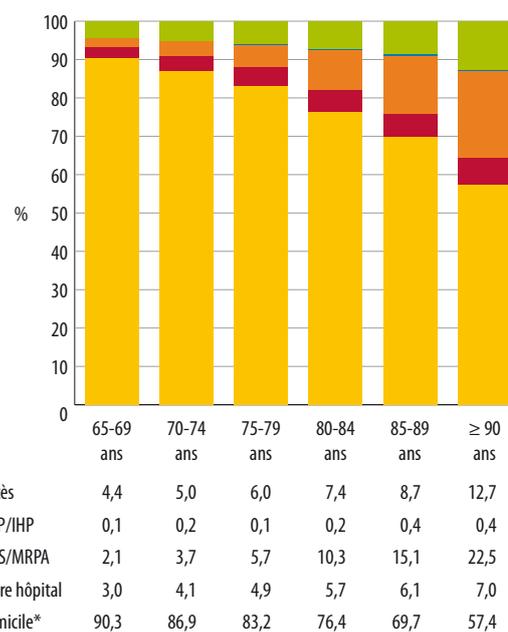
Parmi les passages aux urgences de personnes âgées de 65 ans et plus, la grande majorité (81,1 %) est le fait de personnes vivant à domicile, et près d'un passage aux urgences sur dix (12,2 %)⁵⁰ est le fait de personnes résidant en MRS ou MRPA. Ces proportions sont respectivement de 89,9 % et 2,9 % chez les 65-69 ans, et de 60,0 % et 34,4 % chez les 90 ans et plus (résultats non illustrés).

49 Voir le chapitre «Limites de l'étude» (point 2.5) pour plus d'explications.

50 À titre indicatif, 7,8 % des Bruxellois bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire de 65 ans et plus résidaient dans une MRS/MRPA en 2016 (source : Atlas AIM). Il y a ainsi une légère sur-représentation de patients issus de ces lieux de vie aux urgences hospitalières.

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 en MRS ou 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 18).

Figure 18 : 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



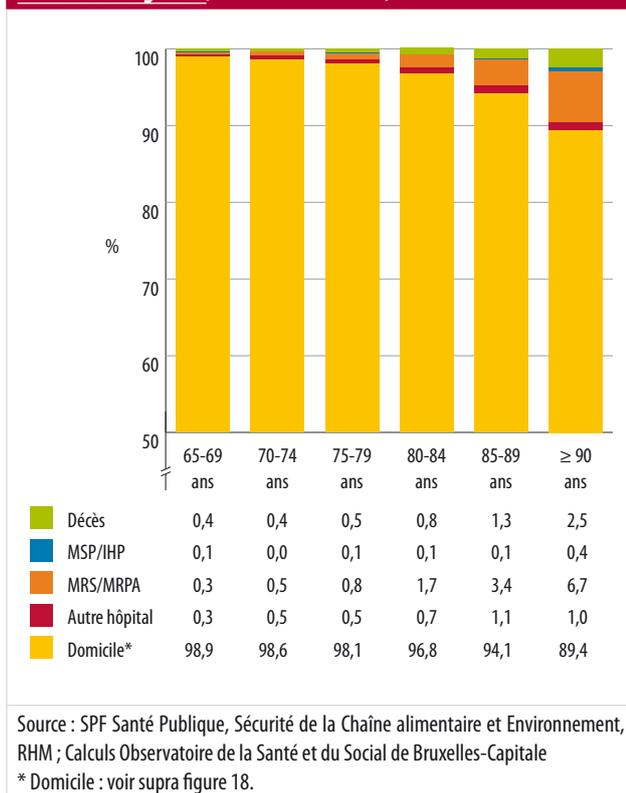
Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

* Domicile : il peut s'agir également de tout autre milieu de vie où la personne peut agir de manière autonome (ex: résidences pour personnes âgées) ou d'une prison. Si le patient est domicilié ou s'il passe un court séjour dans une MRS ou MRPA, les hôpitaux sont supposés encoder la modalité «MRS/MRPA» (cf. rencontres avec les encodeurs des données RHM). Cependant, il se peut qu'une minorité d'hôpitaux encodent «domicile» pour ces situations. Les proportions de sorties en MRS/MRPA sont ainsi probablement légèrement sous-estimées.

Des résultats non illustrés montrent des différences selon le sexe pour les recours aux urgences suivis d'une hospitalisation. Parmi les 65 ans et plus, la proportion de décès est moindre chez les femmes (6,0 % contre 8,5 %). Chez celles-ci, la proportion de sorties en MRS/MRPA est, elle, plus élevée (11,3 % contre 6,5 %). Plus l'âge augmente, plus la différence observée selon le sexe s'accroît. Ces résultats pourraient être liés à l'espérance de vie plus élevée des femmes (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2018).

En cas d'hospitalisation sans passage par les urgences, le retour au domicile est plus fréquent : les proportions sont de 98,9 % chez les 65-69 ans et de 89,4 % chez les 90 ans et plus (figure 19).

Figure 19 : 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 sans être passées par le service des urgences, chez les Bruxellois, 2016



En guise de conclusion et en lien avec les résultats de la Haute Autorité de Santé⁵¹, 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.

51 Haute Autorité de Santé (HAS). Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées [En ligne] (page consultée le 14/03/2019). Disponible à l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801383/fr/limiter-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees

4. CONCLUSION

L'objectif de l'étude était d'étudier, dans un contexte local, chez les Bruxellois, le phénomène internationalement observé d'augmentation de l'activité des urgences hospitalières. L'étude s'est intéressée plus particulièrement à la population pédiatrique de moins de 15 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus, dans la mesure où ce sont ces deux publics qui recourent le plus aux urgences et chez qui l'augmentation des recours entre 2008 et 2016 a été la plus marquée.

La Région bruxelloise est caractérisée par une offre de services d'urgence et d'hôpitaux par densité de population plus élevée par rapport aux deux autres Régions. Cette offre plus importante en services d'urgence peut en partie expliquer le fait que les Bruxellois y ont davantage recours. En effet, comparativement aux habitants des deux autres Régions, les Bruxellois ont davantage recours aux urgences, ces recours sont plus fréquemment non référés par un médecin et l'augmentation de l'activité des urgences ces dernières années a été plus importante chez les Bruxellois. 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.

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). Cette étude a par ailleurs montré que les Bruxellois domiciliés dans les communes les moins favorisées recourent davantage aux urgences hospitalières, les services d'urgence étant concentrés majoritairement dans ces communes. Enfin, les hôpitaux situés dans un environnement écolier et à proximité de bureaux voient une chute de l'activité de leur service d'urgence les week-ends.

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 (ce facteur explicatif se reflète également dans les recours plus élevés aux urgences en fin d'après-midi et durant les week-ends chez les enfants) ; 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 sont davantage marquées chez les enfants, avec de faibles activités durant les vacances scolaires et des pics d'activité durant l'hiver. Selon les urgentistes rencontrés, ces fortes fluctuations entraînent 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.

Toujours chez les personnes plus âgées, se pose également la question de l'impact de la diminution globale des durées de séjours hospitaliers observée entre 2008 et 2016, plus importante chez les 65 ans et plus comparativement à la population plus jeune. L'augmentation des recours aux urgences de la population âgée, et plus spécifiquement des réadmissions précoces, pourrait en être l'une des conséquences.

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.

5. RECOMMANDATIONS

Suite aux enjeux liés à l'augmentation des recours aux urgences hospitalières, quelques recommandations sont formulées :

1) Organisation et financement des services d'urgence hospitaliers :

Le mode de financement actuel des services d'urgence, basé principalement sur le nombre de contacts enregistrés, est un incitant à la croissance de l'activité de ces services et aux recours inadaptés à des soins de deuxième ligne. Il nous semble donc important de revoir leur mode de financement dans la mesure où la collaboration entre les services d'urgence et les acteurs de première ligne devrait être davantage encouragée afin de garantir une qualité optimale de prise en charge des patients en les orientant vers les structures de soins les plus adaptées à leurs besoins.

Dans le cadre de la nouvelle réforme du paysage hospitalier annoncée par la ministre de la Santé Publique, une organisation du secteur hospitalier en réseaux est prévue pour le 1er janvier 2020⁵². La mise en place de ces réseaux a pour but d'améliorer la collaboration entre les hôpitaux universitaires, spécialisés et de base, ainsi qu'avec les prestataires de soins ambulatoires. La création de quatre réseaux hospitaliers est prévue en Région bruxelloise. Elle promeut une meilleure répartition des fonctions de soins au sein du territoire et une meilleure trajectoire de soins des patients. Dans un tel contexte, il nous semble essentiel de repenser l'organisation et l'offre des soins urgents au sein des futurs réseaux hospitaliers.

2) Augmenter la lisibilité des alternatives aux urgences hospitalières :

Les structures alternatives aux urgences hospitalières prenant en charge des patients en urgence, tels que les postes de garde en médecine générale, ne sont pas suffisamment connues de la population bruxelloise. Des campagnes d'information quant à l'existence de ces alternatives ainsi qu'une sensibilisation du public sur les rôles respectifs de la première et deuxième lignes de soins sont recommandées.

3) Renforcer la coordination et la collaboration entre la première et la deuxième lignes de soins :

Pour la population plus âgée, la continuité des soins après l'hospitalisation doit être renforcée et les soins à domicile doivent être davantage valorisés. Par ailleurs, les soins préventifs dispensés dans le cadre de la médecine générale devraient également être davantage valorisés.

4) Qualité des données du Résumé Hospitalier Minimum :

Les données du RHM ne permettent pas d'identifier de manière précise et fiable les raisons des recours aux urgences et ne donnent pas d'information quant au profil socio-médical (antécédents médicaux, isolement,...) des patients y recourant. Ce type d'informations pourrait, par exemple, permettre d'identifier les recommandations possibles en termes de prévention, notamment chez les personnes âgées. Par conséquent, la question se pose d'adapter le contenu du RHM et d'améliorer la standardisation de la collecte des données entre les hôpitaux, en couplant éventuellement les données contenues dans le RHM relatives aux services d'urgence avec celles des postes de garde en médecine générale afin d'améliorer la qualité des données de fréquentation des services de soins non planifiés et éventuellement des données épidémiologiques.

52 Projet de loi du 14 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Avalosse H., Chapelle A., van Sloten F. Recours aux urgences hospitalières : exploration des données de la MC. Dans : MC-Informations Analyses et points de vue. Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes n°262. Mutualité Chrétienne, décembre 2015
- Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Études et Résultats* n°215. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Janvier 2003
- Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2010
- Benahmed N., Laokri S., Zhang WH. Et al. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Eur J Pediatr* 2012 ; 171(12): 1829-37
- BePASSTA Study Group. Organisation et financement des activités pédiatriques de courts séjours. Belgian paediatric short stay study, 2011
- Boisguérin B., Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et Résultats* n°889. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Juillet 2014
- Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique. Perspectives démographiques 2017-2070, février 2018
- Carrasco V., Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Version corrigée. *Études et Résultats* n°212. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Janvier 2003
- Charafeddine R. Contacts avec le service des urgences. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles, 2015
- Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerry M. et al. Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgence deux filières de soins : gardes hospitalières et médecine générale. Réseau IRIS en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2005
- Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser, septembre 2014
- Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. Rapport public annuel, février 2019
- Cresson G. Les urgences pédiatriques : un souci devenu majeur. Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. *Arch Pédiatr* 1999 ; 6(2): 448-50
- De Foor J., Leclercq P., Van Den Bulcke J. et al. Impact des patients «bed blockers» sur les coûts hospitaliers à la sortie, étude prospective au sein de quatre hôpitaux belges. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales* 2017 ; 35(4-5): 179-96
- De Wolf F., Vanoverloop J. Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières. Union Nationale des Mutualités Socialistes, avril 2011
- Gagné M., Leduc S., Maurice P. et al. Les traumatismes chez les enfants et les jeunes québécois âgés de 18 ans et moins : état de situation. Institut national de santé publique du Québec, avril 2009
- Garde bruxelloise – Brusselse wachtdienst (GBBW). Nouvelle garde de médecine générale à Bruxelles : Premier bilan et perspectives. Dossier de presse, 2015
- Gentile S., Durand AC., Bongiovanni I. et al. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal Européen des Urgences* 2007 ; 20: 138-43
- Gourbin C., du Boullay D., Philips H. et al. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Bruxelles, juillet 2005
- Guédénéy A., Grasso F., Starakis N. Le séjour en crèche des jeunes enfants : sécurité de l'attachement, tempérament et fréquence des maladies. Dans : Presses Universitaires de France (éd.). La psychiatrie de l'enfant 2004 ; 47: 259-312
- Haute Autorité de Santé (HAS). Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? Juin 2013
- Hercot D., Yannart M., Chihi A. et al. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise – Caractéristiques des séjours hospitaliers des Bruxellois en 2014. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2017
- Ismail SA., Gibbons DC., Gnani S. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *British Journal of General Practice* 2013 ; 63(617): e813-20
- Karakaya G. Évolution de la prévalence et du coût des maladies chroniques. Mutualités Libres, 2015
- Kubicek K., Liu D., Beaudin C. et al. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatr Emerg Care* 2012 ; 28(10): 977-84

- Lang T., Davido A., Diakité B. et al. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France: how much and which health does it reflect? *J Epidemiol Community Health* 1996 ; 50: 456-62
- Lacroix J., Arseneault M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. *Arch Pédiatr* 1999 ; 6(2): 457-8
- Lowthian JA., Curtis AJ., Cameron PA et al. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J* 2011 ; 28: 373-7
- Massin M., Lepage PH. Observations et réflexions sur la gestion des urgences pédiatriques en Belgique. *Rev Med Liege* 2002 ; 57(9): 591-8
- Missinne S., Luyten S. Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2018
- Moreau N., Lebacqz T., Dujeu M. et al. Comportements, bien-être et santé des élèves. Enquête HBSC 2014 en 5e-6e primaire et dans le secondaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique – Université libre de Bruxelles, 2017
- Niska R., Bhuiya F., Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United States, 2010
- Observatoire des Données de l'Environnement. Les données de l'IBGE : «Interface Santé et Environnement» : asthme. Bruxelles Environnement, Octobre 2008
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social 2018. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2018
- Philips H., Remmen R., Van Royen P. et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Serv Res* 2010a ; 10: 222
- Philips H., Remmen R., De Paepe P. et al. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call. *BMC Family Practice* 2010b ; 11: 88
- Pines JM., Hilton JA., Weber EJ et al. International Perspectives on Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine* 2011 ; 18: 1358-70
- Sciensano (ISP-WIV). Airallergy. Le réseau de surveillance aérobiologique belge. Feuillelet d'information récapitulatif de la saison 2016. Bruxelles, 2016
- Sethi D., Towner E., Vincenten J. et al. European Report on Child Injury Prevention. WHO Regional Office for Europe, 2008
- Sough B., Gauthier T., Clair D., et al. Les personnes âgées de 75 ans et plus en service d'urgences. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2012 ; 10(2): 151-8
- ten Geuzendam B., Saint-Jean D., Donvil N., et al. Monitoring par l'AIM de l'application du tiers payant social obligatoire par les médecins généralistes. Période comptable 2015T1 - 2016T4. Agence Intermutualiste (IMA-AIM), juin 2017
- Uscher-Pines L., Pines J., Kellermann A. et al. Deciding to Visit the Emergency Department for Non-Urgent Conditions: A Systematic Review of the Literature. *AM J Manag Care* 2013 ; 19(1): 47-59
- Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016a
- Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016b
- Van der Heyden J. Maladies chroniques. Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles, 2014
- Vilpert S. Consultations dans un service d'urgence en Suisse (Obsan Bulletin 3/2013). Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel, 2013

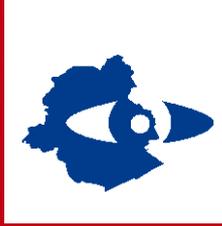
7. ANNEXE

7.1. ANNEXE 1

Le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) est un système d'enregistrement anonymisé et obligatoire de données administratives, médicales et infirmières des hôpitaux généraux belges. Les hôpitaux généraux comprennent les hôpitaux universitaires, à caractère universitaire ou non, et les hôpitaux gériatriques ou spécialisés. Les données des hôpitaux psychiatriques ne sont donc pas incluses. Le RHM remplace le Résumé Clinique Minimum (RCM) et le Résumé Infirmier Minimum (RIM) depuis 2008 et a pour finalité de soutenir la politique de santé du gouvernement et des hôpitaux⁵³. En raison de ce changement de système d'enregistrement, aucune analyse n'a été effectuée avant 2008.

Les données sont fournies par le SPF Santé Publique, qui s'occupe de l'extraction des données des hôpitaux.

53 SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Résumé Hospitalier Minimum (RHM) [En ligne]. Page consultée le 24/10/2018. Disponible à l'URL : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm>



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

Une augmentation de l'activité des urgences hospitalières est observée au niveau national et international, et en particulier à Bruxelles qui dispose d'une offre de services d'urgence et d'hôpitaux par densité d'habitants plus élevée par rapport à la Wallonie et la Flandre.

Sur base des données administratives et médicales des hôpitaux (Résumé Hospitalier Minimum), ce dossier présente les caractéristiques des recours aux urgences hospitalières sur la période 2008-2016. Après un premier volet contextuel relevant les enjeux actuels liés à l'utilisation des services d'urgence, ce dossier décrit les caractéristiques de l'utilisation de ces services par la population bruxelloise (évolution, type et période de recours), et le profil des Bruxellois y ayant recours (caractéristiques démographiques et socio-économiques), en s'intéressant tout particulièrement à la population âgée de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Le dossier propose également quelques pistes de réflexion et recommandations.

<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel :
«Het gebruik van de spoeddienst door de Brusselaars (2008-2016):
Focus op de bevolking jonger dan 15 jaar en van 65 jaar en ouder»