

Thème : La production des soins et la restauration de la santé – Eléments de corrigé

Les urgences hospitalières

Contexte : décès d'une personne ayant appelé le service des urgences

Lundi 12 mars, une femme de 60 ans est décédée sur un brancard aux urgences de Rennes (Ille-et-Vilaine), sans avoir pu voir un médecin. Ce jour-là, le service était saturé.

https://www.francetvinfo.fr/sante/soigner/urgences-un-deces-qui-interroge_2658722.html (vidéo)

Questionnement :

Questions :

1. Présenter les déterminants de la fréquence des passages aux urgences hospitalières en France.
2. Analyser les conséquences épidémiologiques et économiques de l'accroissement des visites aux urgences hospitalières
3. Justifier le développement des alternatives à l'hospitalisation.

1. Présenter les déterminants de la fréquence des passages aux urgences hospitalières en France.

20,3 millions de passages aux urgences hospitalières ont été enregistrés, selon les derniers chiffres publiés en 2019

La fréquentation des urgences hospitalières a augmenté de 93 % entre 1996 et 2015

Les déterminants

Définition :

Catégories de déterminants

- liés à la personne, à l'individu (*personne anxieuse ou non*)
- Biologique (*amélioration vs dégradation de l'état de santé*)
- socio-démographiques (*population jeune vs vieillissement*)
- Les déterminants liés à l'offre de soins ou environnementaux (*densité médicale faible ou élevé*)
- culturels lié au changement des mentalités qui de l'accès aux soins, un bien de consommation (à accès immédiat ou non)
- socio-économiques (développement de la médecine ambulatoire ou allongement de la durée d'hospitalisation)
- les déterminants liées au système de protection sociale- couverture maladie

Illustration des déterminants → facteurs explicatifs :

Les facteurs explicatifs (les raisons) de cet accroissement de la fréquentation des services des urgences hospitalières (sur la base des indicateurs issus de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), permettant de chiffrer le bien-fondé des passages aux urgences)

Les déterminants liés à la personne elle-même (*anxieuse ou non*), à ses représentations par rapport à la maladie : l'accroissement des passages inutiles aux urgences, pour des symptômes bénins, pour de la « bobologie » (*pour un rhume, une petite douleur ou par inquiétude*): 10 à 20 % des passages « pour rien », sans la moindre justification médicale, cad des patients « *n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale* », même si les inquiétudes des patients peuvent être légitimes

60 à 70 % des passages aux urgences concernent des patients dont l'état de santé est stable, mais qui n'ont pas pu être pris en charge à l'extérieur, faute d'accès à un médecin de ville.

Les déterminants biologiques (*amélioration vs dégradation de l'état de santé*)

Pour 10 et 30 % des passages aux urgences, la situation d'urgence est réellement justifiée du fait,

- d'une aggravation possible de l'état du patient,
- d'un pronostic vital engagé
- de la nécessité d'une réanimation.

Un autre indicateur d'évaluation du bien-fondé des passages aux urgences concerne le nombre d'hospitalisation, suite à l'auscultation par les services des urgences. *20 % des patients sont hospitalisés après leur passage aux urgences.*

Le déterminant socio-démographique (biologique accepté), lié au vieillissement de la population est le 2^{ème} facteur explicatif de l'accroissement des passages aux urgences : les personnes âgées représentent aujourd'hui au maximum 25 % des passages aux urgences plus on se trouve à un âge extrême de sa vie (enfance ou vieillesse), plus on va aux urgences. Or la part des plus de 65 ans en France est passée de 16 % en 2000 à une prévision de 20,1 % de la population en 2020, d'après les chiffres de l'Insee. *Les personnes âgées représentent aujourd'hui au maximum 25 % des passages aux urgences.*

Les déterminants liés à l'offre de soins →

recul de la médecine de ville : diminution de l'amplitude horaires des consultations médicales, les déserts médicaux, les dépassements d'honoraires

Recul de l'amplitude horaire des consultations médicales: « *le médecin généraliste qui faisait des journées de quinze heures, six jours sur sept, et qui prenait des consultations à 22 heures, c'est terminé* »

Les déserts médicaux font qu'il est parfois difficile d'obtenir un rdv rapidement ou d'accéder aux soins, du fait d'un éloignement géographique : *60 % d'entre eux disaient avoir renoncé à se soigner face à la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapidement ; 32 % évoquaient l'éloignement géographique du médecin et 46 % des sondés mettaient ce renoncement sur le coût de consultation.*

Pour toutes ces raisons, 61% des patients considèrent le passage aux urgences comme pratique.

Le déterminant culturel (autre formulation acceptée) : le 4^{ème} facteur concerne l'évolution du rapport à l'hôpital, du fait d'une « *évolution sociétale valorisant l'immédiateté de l'accès aux soins* », ce qui explique une évolution de la demande de soins.

Pour Mathias Wargon, elles sont devenues « *une sorte de supermarché ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, où vous êtes sûr de trouver tout ce dont vous avez besoin* ».

En venant aux urgences hospitalières, les patients sont à peu près certain d'y trouver une consultation rapide, dans un environnement où ils auront ensuite facilement accès à d'autres services de soins.

Le développement socio-économique → le développement de la médecine ambulatoire : hausse du taux de retour à l'hôpital, après un 1^{er} séjour, une intervention à l'hôpital, hausse des demandes de soins d'urgence.

Il y a un lien entre le nombre de passages aux urgences et le développement de la médecine ambulatoire, qui veut que *les patients sortent de l'hôpital le jour même de leur opération*. Le gouvernement a fixé un objectif de 70% pour les patients opérés. Les conséquences de cette « *pression pour faire sortir les malades* » : la politique de la médecine ambulatoire multiplie les risques de cas où le patient est opéré, rentre chez lui, voit son état se dégrader et retourne finalement aux urgences.

2. Analyser les conséquences de l'accroissement des visites aux urgences hospitalières sur les acteurs du système de santé.

Conséquences de l'embouteillage, l'engorgement des services des urgences :

Conséquences, pour les patients

des difficultés à faire le tri *en amont (avant auscultation)* entre les réelles situations d'urgence vitale, *les passages aux urgences médicalement justifiés*, des autres (si la moitié des patients est pris en charge en moins de 2h, il arrive que certains patients attendent une dizaine d'heures pour être prise en charge

Risque de prise en charge tardive des patients, dont l'état de santé nécessite une prise en charge urgente → décès (mortalité).

Pour les professionnels et les services

Insuffisance de personnel → Surcharge de travail susceptible d'affecter l'efficacité professionnelle ;

Des dysfonctionnements dans la prise en en charge des patients ;

Risque de maltraitance de la part de professionnels

Pour les financeurs

Accroissement des dépenses en général : des dépenses inutiles pour certaines pour ces 10 à 20% des consultations, multiplications des actes liés au développement de la médecine ambulatoire,

Pour les instances décisionnelles

La situation financière des hôpitaux en France devient une préoccupation pour les pouvoirs publics.

Nécessité de trouver des alternatives à l'hospitalisation et des mesures pour répondre aux dysfonctionnements de l'hôpital public

Besoin d'effectifs et de moyens matériels supplémentaires en professionnels de santé pour faire face à la demande croissante → une des revendications des professionnels.

3. Les alternatives à l'hospitalisation

La chirurgie ambulatoire : hospitalisations de moins de 12 heures sans hébergement de nuit (44% des séjours en chirurgie).

La télémédecine, téléconsultation, téléexpertise (l'échange d'informations entre professionnels de santé par la voie des nouvelles technologies). → pour la prise en charge de maladies comme le diabète, les insuffisances cardiaques, rénales ...

L'Hospitalisation À Domicile (HAD) :

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PSDA) concerne les professionnels de santé de 1^{er} recours, et fonctionne sur la base du volontariat (*MMG Lille Métropole*)

Les maisons de santé :

Les centres de santé

Les réseaux de santé

Les CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)

Justifier le développement des alternatives à l'hospitalisation

Enjeux économiques : réduction des dépenses de soins ;

Enjeux sanitaires :

- améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques
- Soins de proximité

Enjeux sociaux : souhait de concilier les soins avec une vie sociale.