



HAL
open science

Le passage aux urgences : lieu des ruptures de prise en charge ?

Jérôme Thomas

► **To cite this version:**

Jérôme Thomas. Le passage aux urgences : lieu des ruptures de prise en charge?. Séminaire de recherche, 2014, Organisation de l'offre de soin en psychiatrie et santé mentale, Apr 2014, Paris, France. halshs-01074642

HAL Id: halshs-01074642

<https://shs.hal.science/halshs-01074642>

Submitted on 21 Oct 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les passages aux urgences : lieu des ruptures de prise en charge¹⁵ ?

Jérôme Thomas (Maître de Conférences en sciences de l'information et de la communication à l'université de Reims)

Dans ma thèse, je me suis intéressé aux questions portant sur la parole, les systèmes d'information et leur impact sur la clinique et les cliniciens. Le pavillon qui a été mon terrain de thèse est celui qui reçoit les « déchets » de l'urgence somatique. Ce terme n'est pas le mien, c'est celui qui est utilisé par les professionnels. Quand il y a trop de monde en attente aux urgences, il n'est pas rare qu'ils utilisent l'expression « il faut tirer la chasse ». À l'hôpital général, les urgences reçoivent des demandes quasi-universelles du moment que l'on peut justifier d'une souffrance dont on pense qu'elle pourra être prise en charge par un intervenant du corps médical. Peu d'institutions proposent d'accueillir l'imprévisible de manière continue et à ce titre l'hôpital constitue, en tant que service public, une structure unique de médiation sociale. L'hôpital, à travers les urgences, est une garantie que le lien social, la solidarité et l'appartenance collective existent dès lors qu'un événement malheureux, d'ordre psychique, somatique ou social se déclare pour un individu. Les personnes qui ont recours aux urgences connaissent cette fonction de médiation de l'hôpital qui outrepassa sa vocation strictement médicale. Ce sont en fait les usagers, via des modes d'appropriation inattendus de l'offre de soin, qui ont peu à peu transformé la vocation initiale des services d'urgences. Il y a ainsi une tension au sein des services d'urgence qui oppose le sens que les usagers donnent à leurs recours et le sens donné à ces recours par l'expertise médicale. Les uns se plaignent de prises en charges trop lentes, les autres de devoir accueillir de la « bobologie ». La demande de soins aux urgences est un objet complexe à cerner, d'autant plus complexe quand il s'agit de caractériser la demande faite à la psychiatrie qui accueille des « patients résiduels », ne relevant même pas spécifiquement de la psychiatrie.

Mon exposé sera axé sur cette question de l'appréhension et de l'objectivation des usages de l'urgence, et plus précisément sur la nécessité, la pertinence et les limites de l'approche statistique dans l'analyse des recours à la psychiatrie.

Trois questions guideront cette réflexion :

- Quels sont les angles morts de l'analyse statistique pour comprendre les usages des urgences psychiatriques ?
- Le recours aux urgences reflète-t-il toujours un moment de rupture dans un parcours de soins ?
- Quelles sont les implications de la généralisation des systèmes d'information médicale dans la mise en œuvre de la clinique aux urgences ?

Au début de mes travaux, j'ai abordé la question de l'urgence après avoir été sollicité pour exploiter et analyser une base de données d'un DIM concernant la fréquentation d'un service d'urgence¹⁶. Cette étude était nécessaire dans le cadre d'une restructuration du service.

Il a été aujourd'hui remplacé par un dispositif téléphonique de régulation infirmière. Déjà apparaissait autour de l'urgence psychiatrique la tension entre efficacité de la dépense d'un côté, et efficacité du service fourni de l'autre.

¹⁵ Thomas J. (2010), « Dire(s) d'urgence : La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital », Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication sous la direction de Bernard LAMIZET, Université Lumière Lyon 2.

¹⁶ Thomas J. et al. (2006), « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 », *L'information psychiatrique*, vol. 82, n° 7.

Je propose de souligner quelques points saillants de cette étude ici :

- La fiche élaborée pour extraire les données sur la fréquentation du service, à travers sa structure émet l'hypothèse que le recours aux urgences constitue une simple étape dans une trajectoire de soins et que trajectoire de soins et trajectoire de vie peuvent être mêlées.
- L'écart entre le nombre de passages sur les 5 ans de l'étude (14 689) et le nombre de patients (6 568) signifie qu'un certain nombre de patients font un usage répété du service.
- La distinction entre deux profils : patients en crise et « patients habitués ».

Nous avons découvert grâce à cette étude que les « habitués de l'urgence » sont des gens connus de leur secteur, qui se rendent aux urgences sans adressage particulier, bénéficient à 51 % d'une simple consultation et s'ils sont hospitalisés, ils le sont davantage librement.

Les bases de données médico-économiques, bien qu'on ne puisse contester leur utilité, comportent cependant des angles morts dans la compréhension des recours aux urgences psychiatriques. La complexité des demandes adressées aux urgences n'est pas tracée dans les recueils. Seule l'enquête qualitative peut y répondre et c'est l'enquête que j'ai menée ensuite à l'accueil de psychiatrie des urgences de l'hôpital général.

On y retrouve la même distinction entre deux types de populations.

De ces patients habitués, il est difficile de dresser un profil-type, mais il y a pourtant un point commun entre eux tous, c'est qu'ils font un usage des urgences à partir des caractéristiques spécifiques à ce type de service implanté à l'hôpital général mais comptant une présence psychiatrique permanente :

- possibilités d'adresser une demande complexe et non pas pré-formée, ni pré-diagnostiquée ;
- pouvoir formuler une demande à partir d'une problématique somatique ou sociale pour solliciter une prise en charge psychiatrique :
- être reçu par une équipe pluridisciplinaire ;
- être reçu dans un lieu interstitiel qui n'est ni la ville, ni tout à fait l'hôpital : lieu de rencontre, de passage, temps d'arrêt dans des parcours de soins ;
- être reçu dans un lieu qui fait la part à l'auscultation du corps, à la parole, au psychique et au social dans des situations où les parcours de vie sont inséparables des parcours de soins.

Si le service d'urgence est un point-étape dans un parcours de soins et de vie, il est aussi le lieu à l'intérieur duquel se trace un itinéraire. Cet itinéraire nécessite d'être interprété par les soignants et par l'hôpital pour mieux comprendre les problématiques d'accès aux soins et d'organisation. Pour élaborer avec pertinence des outils statistiques sur les parcours de soins, il convient de savoir faire varier les conceptions théoriques que l'on a de la notion même de parcours. Cela d'autant plus quand on travaille sur la psychiatrie où les parcours de soins ont des caractéristiques précises :

- ils sont souvent longs, à la fois en termes de temps et en termes d'espace ;
- ils se distinguent mal de parcours de vie, où en tout cas sont très entremêlés ;
- Trop souvent, on considère que les urgences psychiatriques sont ;
- soit un point de départ inaugurant un parcours de soins au long cours en psychiatrie ;
- soit un point de butée, le service d'urgence « récupérant » les patients en situation d'isolement ou de rupture des soins.

Ces deux visions, même si elles renvoient bien à des situations qu'on peut rencontrer dans la réalité, sont sans doute très réductrices. Les patients faisant des recours répétés ne sont pas toujours en situation de crise ni en rupture de soins.

Ainsi, pour mieux lire les recours aux urgences, il convient de faire l'hypothèse, au moins pour la tester, que les recours aux urgences interviennent comme des étapes structurantes en elles-mêmes dans un parcours de soin continu qui n'a pas l'allure d'un segment, mais plutôt d'un itinéraire. En ce sens, il faut se départir d'une conception de l'urgence comme réceptacle ou comme bornes de parcours de soins qui, de part et d'autre de ces bornes, seraient articulés.

Mes recherches ont ainsi pu montrer comment les urgences n'étaient pas qu'une structure par défaut, mais constituaient une offre positive de soin, certes interstitielle, mais nécessaire. Les urgences présentent cette part

de marge qui permet à certains patients d'en faire un usage thérapeutique conformément à leurs pathologies. L'interprétation de la demande de soins se joue dans ce savoir-faire des psychiatres urgentistes, invisible pour les systèmes d'information médicale dans lesquels des situations très diverses seront cotées sous l'item « simple consultation ». Il y a donc ici un « angle mort » des bases de données qui ne mesurent pas ce travail massif des psychiatres qui ne débouche pas sur des hospitalisations.

Vis-à-vis des systèmes d'information médico-économiques, les médecins déploient deux types de pratiques contradictoires qui dépendent, d'une part, de l'affluence dans le service et des disponibilités de lits en aval, mais aussi, d'autre part, de la personnalité et de la formation des médecins. Cela permet de comprendre notamment pourquoi certains types de données sont plus ou moins renseignées. En cas de forte affluence, seul « l'essentiel » est renseigné. On s'aperçoit ici combien un système d'information qui est conçu pour réfléchir à l'offre de soins, mieux anticiper les demandes, se retourne contre lui-même en conditionnant une clinique pas toujours efficace sur le plan des résultats thérapeutiques.

Un autre critère du rapport aux systèmes d'information dépend de la formation des médecins, de leur propre conception de leur identité d'urgentiste, et de leur rapport à la question du diagnostic. Ainsi, si le dossier médical est parfois conçu strictement comme un outil de récupération de l'information médicale, il est aussi entrevu par d'autres médecins comme un outil de partage de l'information disponible sur un patient pour mener un travail clinique interdisciplinaire propre aux urgences. De ce point de vue, les responsables de l'information médicale doivent concevoir des outils qui soient à la fois des sources de données médico-économiques et en même temps qui servent au partage de l'information entre soignants. Enfin, dans des contextes de moindre affluence, où un temps plus long peut être réservé aux entretiens cliniques, certains psychiatres font un usage inventif et détourné des logiciels de récupération des données sur les patients. Ils s'acquittent des obligations de renseignements diagnostic et font un usage important de la case réservée aux « observations complémentaires ». À cet endroit, un véritable récit de la rencontre avec le patient, de son parcours de vie et de soins est parfois consigné.

Cela constitue une sorte de suivi précis pour les patients qui reviennent souvent et qui ne sont pas forcément vus par le même médecin. Cela constitue aussi une mémoire du patient à l'hôpital, aux urgences, ce qui est sans doute un argument important pour dire que les urgences ne sont pas qu'un lieu d'accueil de la rupture de soins.

Cela constitue une source exploitable mais sans doute inexploitée par les services et départements d'information médicale. À la suite des considérations précédentes, on pourrait suggérer un affinage des systèmes d'information médicale aux urgences pour mieux cerner la demande et interpréter ce qui relève vraiment de cas de ruptures de soin :

- donner une place à la récupération de données socioéconomiques sur les patients ;
- envisager comment exploiter les éléments « observations complémentaires » en gardant la nécessaire confidentialité clinique, peut-être en envisageant des méthodes d'analyse sémantique et sémiotique des récits cliniques ;
- réfléchir pour chaque item construit à l'impact sur la clinique : ne pas perdre en efficacité thérapeutique ce qu'on croit gagner en termes de mesure et d'objectivation de la demande de soins.

Discussions

Jean-Luc Roelandt

Il y a un vrai problème de codage. Je suis persuadé que les urgences font partie du parcours de soins. Depuis dix ans dès que quelqu'un qui était suivi dans le secteur passait aux urgences, on appelait le secteur.

Le dossier patient informatisé (DPI) est lancé et on peut même imaginer que bientôt on va distribuer le dossier au patient et qu'il donnera accès au professionnel de santé à son dossier. Pour la traçabilité, tout le monde aura son DPI. Cela ouvre-t-il des perspectives d'avoir des données plus importantes ?

André Loth

L'approche en termes de monographie est la bonne et il faut l'accepter. On considère parfois que le système d'information des urgences est l'exemple même de ce qu'il ne faut pas faire en termes de systèmes d'information. Ce qui a présidé à sa mise en place est la crainte de revivre la canicule. C'est donc un système d'alerte avant tout, très lourd au regard de sa finalité et qui est souvent complètement déconnecté des autres systèmes d'informations. Quant aux systèmes plus récents mis en place dans les services d'urgence, ils ont une visée pragmatique : ils servent aux urgentistes à savoir qui est dans quel box et ce qu'il faut lui faire.

Jérôme Thomas

Il est très intéressant de pouvoir suivre cela car dans le dossier médical des urgences on s'aperçoit qu'il y a des demandes centrées sur le corps qui déclenchent au bout d'un moment une prise en charge psychiatrique.

Nadia Younes

À titre de comparaison et pour compléter ce qui vient d'être dit, j'aimerais témoigner de la façon dont certaines de ces problématiques sont abordées au sein de l'établissement où j'exerce et partager certaines interrogations qui me semblent importantes.

Je suis responsable de la filière 72h pour les urgences psychiatriques mise en place au CH de Versailles, qui comporte 12 lits. Dans les années 1980, le service d'urgence a connu une augmentation d'activité et une participation des psychiatres aux urgences. Il y a des typologies à faire pour décrire les recours aux urgences : il est certainement possible de distinguer des patients qui ont des problèmes d'accès aux soins, des premiers épisodes, des ruptures, etc. Ce serait très intéressant d'avoir cette typologie.

En ce qui concerne la filière, elle est destinée à permettre aux professionnels de prendre du temps, mais un temps limité – 3 jours au maximum – pour mieux évaluer toutes les situations où l'on ne peut pas décider rapidement. On a besoin en tant que psychiatre de voir la famille du patient, d'appeler les soignants pour décider de la meilleure réponse. À l'issue de leur prise en charge par cette filière, à peu près 60 % des patients rentrent chez eux, le reste des patients est hospitalisé soit sous contrainte soit en hospitalisation libre.

Enfin, il est nécessaire de systématiser la relation avec le reste du système de soins. Nous envoyons ensuite le compte-rendu des urgences aux autres acteurs : psychiatres libéraux, généraliste, centres médicaux psychologiques (CMP).

De plus, le devenir du patient est mal connu quand il est adressé au CMP par exemple. Les trajectoires montrent que souvent le patient ne s'y rend pas et c'est le médecin généraliste qui devient l'interlocuteur. Mais actuellement, nous n'avons pas les moyens de savoir chez qui il va.

François Torres

Vous avez relevé que les dysfonctionnements sont des dysfonctionnements de la continuité des soins. Pourquoi y a-t-il ce clivage entre hôpitaux publics et cliniques ? C'est dommage de se replier sur un parcours privé/privé et public/public. Il y a des expériences à développer de partage.

Nadia Younes

Je crois que tout le monde est d'accord là-dessus. Beaucoup d'hospitalisations sont faites dans les cliniques privées à Versailles et elles sont intégrées au dispositif.

Catherine Isserlis

À partir de 15 ans 3 mois ici, 16 ans là l'accueil dans les services d'urgence se fait dans le service d'accueil des urgences (SAU) adulte par des psychiatres d'adultes alors que les liens à organiser entre la psychiatrie d'urgence et le suivi post urgence peuvent rester dans le secteur infanto juvénile. Ce qui est important ce sont les protocoles mis en place afin qu'une coordination soit possible plus que l'âge de rupture enfants/adultes dont on a vu qu'il est différent pour l'école (16 ans), le médico social (20 ans), le MCO (15 ans 3 mois habituellement), la psychiatrie (souvent 16 ans) !

En parlant de l'exemple de Toulouse, ce que je soulignais c'était que la multiplication des lieux de soins pouvait favoriser les risques de rupture. L'idée n'était pas de les mettre en concurrence.

André Loth

Il faut aussi avoir à l'esprit que si les psychiatres ont des demandes spécifiques en ce qui concerne les logiciels, c'est à eux de les formuler. Ensuite, les éditeurs se feront un plaisir de les mettre en œuvre.