



Rôle des médecins Transmetteurs au Service de l'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bichat

Le Professeur Enrique Casalino, chef de service du SAU de l'Hôpital Bichat considère ce service en état de crise permanente. Il a souhaité intégrer dans son équipe des médecins Transmetteurs afin de renforcer le lien entre les équipes de soin, les patients et leurs accompagnants. Les Transmetteurs interviennent ainsi depuis 2011, en tant qu' « *interface et/ou médiateur* » entre l'équipe soignante, les patients et les familles.

I. Le SAU de Bichat



Le SAU accueille en moyenne 200 urgences par jour. Il a l'obligation d'accueillir toute personne qui s'y présente. L'objectif de ce SAU est de :

- repérer rapidement les vraies urgences médicales,
- traiter les demandes dans des délais raisonnables.

Un suivi du flux doit permettre de libérer rapidement lits et boxes.

Une fois le bilan effectué et le traitement éventuellement mis en place, le patient est :

- soit hospitalisé (services de l'hôpital dont les lits portes ou services d'un autre établissement),
- soit redirigé vers son « *lieu de vie habituel* » avec une prescription pour les soins de suite.

Traiter le flux de malades dans les meilleurs délais représente pour les équipes soignantes une pression constante.

1) L'organisation du SAU

Les locaux

Situé au rez-de-chaussée bas de l'hôpital, l'entrée aux urgences se fait :

- soit par un couloir spécifique pour les SAMU, pompiers et ambulances privées,
- soit directement dans une salle d'attente pour les autres patients.

Entre ces deux entrées se situe un guichet permettant d'enregistrer les malades.

Le service proprement dit comporte :

- Un **secteur rouge** pour les patients devant être allongés et nécessitant une investigation rapide et poussée avec :

- une salle de déchoquage pour les urgences vitales (SAUV) (2 patients peuvent être accueillis simultanément),
- 12 boxes
- une zone d'attente couchée (ZAC),
- une zone d'attente assise
- 3 boxes psychiatriques.

Au centre de ce secteur se situe un **poste de régulation centrale**, cœur du service pour les médecins et les autres acteurs du service d'urgence.

- Un **secteur bleu** pour les patients de faible gravité avec :
 - 8 boxes dont une salle de plâtre et une salle de pansements,
 - une salle d'attente assise.

Entre la salle d'accueil administratif et le service lui-même se trouvent :

- **deux boxes infirmiers** affectés au tri et à l'orientation des patients effectués par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO),
- et un **boxe de consultation externe** par un médecin appelé « *gardien de but* ».

Enfin, un **secteur d'hospitalisation** (UHU ou unité d'hospitalisation d'urgence), nettement séparé des locaux précédents, « *lits-porte* » ou « *lits de suite* », comporte 2 unités :

- une unité de soins relais (USR) avec 12 lits de surveillance renforcée,
- une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avec 12 lits également.

Le personnel

Le SAU comprend 162 personnes :

- 30 médecins (21 « *permanents seniors* », 10 Internes)
- 133 paramédicaux dont 7 cadres, 111 infirmiers/aides-soignants/brancardiers, 9 agents d'accueil, 3 secrétaires, 1 assistante sociale, 1 psychologue.

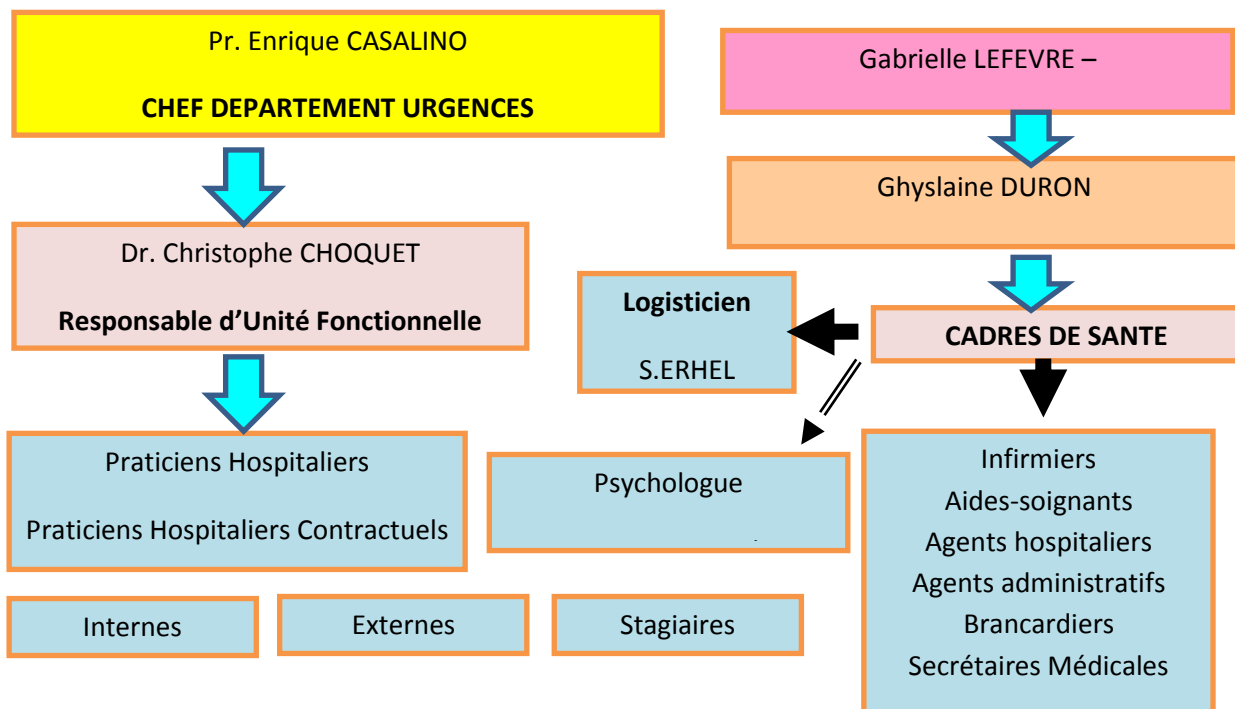
Il est réparti entre les différents secteurs.

Seul le personnel paramédical de nuit est « *permanent* ».

Le Dr Christophe Choquet est le chef de l'unité.



Organigramme du SAU de l'Hôpital Bichat :



A noter : la présence d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et un psychiatre qui passe régulièrement.

Les médecins des différents services de l'hôpital peuvent être sollicités pour un avis spécialisé. Les orthopédistes, les cardiologues et les neurologues sont les plus appelés.

Quatre « *Transmissions* », réunissant l'ensemble du personnel médical et paramédical, ont lieu à 8h30, 14h, 18h et minuit. Elles permettent la revue des dossiers des malades présents, une mise à jour pour les équipes suivantes et une validation des stratégies. C'est aussi l'occasion pour les responsables de vérifier les délais de prise en charge et de décider du transfert vers les lits porte ou un autre service.

Chaque transmission est sous le contrôle d'un médecin senior ou MAEC (Médecin d'Accueil, d'Encadrement et de Coordination).

Le logiciel informatique

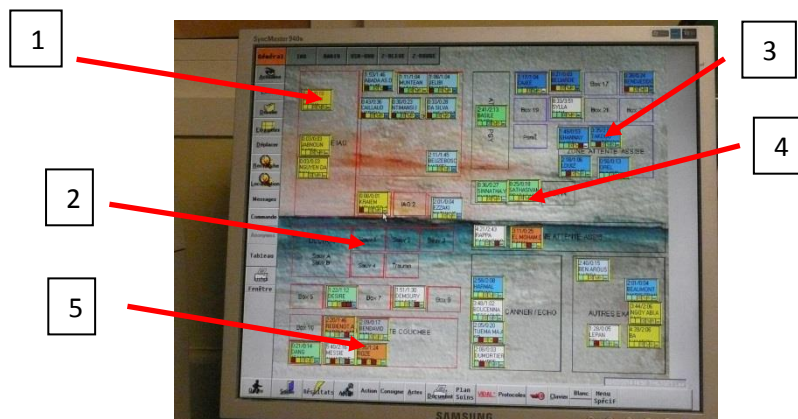
URQUAL est le logiciel utilisé par le service.

Il permet de sauvegarder toutes les données des patients, de les localiser en temps réel et d'accéder aux données administratives et au dossier médical.

Sur l'écran figure un plan du service. Chaque patient y est représenté par une étiquette colorée (fonction du degré d'urgence puis du devenir), déplacée au fur et à mesure de son parcours dans le service.

Pour des raisons évidentes de confidentialité, l'accès au logiciel ne peut se faire qu'au moyen d'un code personnel et d'un mot de passe, attribués à chaque Transmetteur comme à l'ensemble du

personnel. Cet accès permet la consultation du dossier mais également l'inscription de données. Le logiciel indique le nom de la personne ayant ajouté des données.



Les autres principes de fonctionnement

Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, les responsables exigent que les couloirs soient **totale**ment libres : aucun lit, brancard ou fauteuil ne doit encombrer les zones réservées à la circulation. Ceci implique une gestion stricte du temps pour éviter les engorgements.

Pour les mêmes raisons, les accompagnants ne sont pas autorisés à accéder au sein du service (sauf cas très particuliers). Ils patientent en salle d'attente.

L'accès aux zones de soins est limité aux porteurs de badge. Deux badges sont réservés aux médecins Transmetteurs.

2) Le circuit du patient

Le circuit classique

1. Le patient arrive à l'accueil :

- Soit par ses propres moyens : il s'inscrit auprès des agents d'accueil, l'identité et l'heure d'arrivée sont saisis : le patient apparait alors « dans un carré jaune » dans le cadre supérieur gauche de l'écran URQUAL (1 sur le schéma Urqual). Ensuite, le patient attend dans la salle d'attente avant d'être appelé par l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation). Le temps d'attente varie selon l'affluence. Sont regroupés dans la salle d'attente :
 - les patients avant d'être vus par l'IAO (Tri),
 - les patients triés par l'IAO mais relevant de la consultation externe par « *le gardien de but* »
 - et les familles/accompagnants.

Ce secteur n'est ouvert que vers l'extérieur. Seuls les porteurs de badge peuvent accéder au service du SAU.

- Soit accompagné par une équipe du SAMU, des pompiers ou une ambulance privée. Un couloir spécifique leur est réservé. Le patient est alors inscrit par le personnel du SAU ou les ambulanciers privés.



2. Le rôle de l'IAO

L'IAO interroge le patient : antécédents, clinique, situation sociale, identité des accompagnants. Il prend les constantes et prélève quelques analyses biologiques élémentaires.

Le rôle essentiel de l'IAO est d'orienter le patient vers l'un des 4 secteurs selon son degré d'urgence :

- secteur rouge (2 sur URQUAL). La prise en charge médicale doit être
 - Immédiate (pronostic vital engagé nécessitant une réanimation urgente) en zone SAUV A et B
 - < 20 mn prise en charge infirmière immédiate mais pas de réanimation d'emblée, en SAUV 1 à 5,
 - < 45 mn, dans les autres boxes de soins du secteur rouge
- secteur bleu (3 sur URQUAL), avec une prise en charge < 60 mn
- secteur vert ou psychiatrique (4 sur URQUAL),
- consultation externe tenue par un des médecins du SAU appelé « gardien de but ».

Le patient est alors transféré dans le secteur identifié.

3. L'examen médical

L'examen médical est réalisé par un des médecins du service (senior ou interne), qui prescrit des examens complémentaires (biologie, imagerie...) et un traitement d'urgence... Des hypothèses sont soulevées. En fonction de la clinique, il fait appel à des spécialistes, pour avis et orientation d'hospitalisation (bloc opératoire, hospitalisation...). Tout est noté dans le dossier patient informatisé (URQUAL).

4. De l'examen médical à la sortie du service : ou le temps d'attente du patient !

Une fois les premiers soins donnés, les examens réalisés, le patient est transféré dans la zone couchée (5 sur Urqual) ou assise rouge ou bleue, dans l'attente des suites des investigations et du retour des résultats. Cette attente est souvent longue et pénible pour le patient (plusieurs heures).

5. Synthèse et conclusion de sortie

Le patient peut :

- retourner dans son lieu de vie habituel (par taxi, ambulance, accompagnants ou par ses propres moyens),
- être transféré dans un des 2 services du SAU pour un séjour de moins de 24h (USR ou UHCD)
- être orienté vers un service de Bichat
- ou être transféré dans un autre établissement de soins.

Le rôle du « gardien de but »

La consultation de médecine générale du « gardien de but » a été mise en place afin de désengorger en amont le service. Dès leur arrivée, les patients, ne nécessitant pas de soins ou d'investigations spécialisées, sont orientés par l'IAO vers cette consultation. Le patient n'accède

pas au service lui-même, son circuit étant complètement extériorisé. Certains patients sont revus le lendemain ou les jours suivants.

Circuit de la grande urgence

1. Arrivée par SAMU, pompiers...
2. Prise en charge « immédiate »
3. Transfert en salle de déchoquage (SAUV A et B)
4. Appel à toute l'équipe médicoteknique afin que médecins et IDE interviennent.

II. Le rôle des Transmetteurs

1) Le besoin

Le fonctionnement d'un service d'urgences entraîne de longs temps d'attente pour les patients, et ce, à toutes les étapes de leur prise en charge (tri-orientation, examen médical, diverses investigations, résultats, avis spécialisés). Même au moment de la sortie de l'hôpital, le patient doit attendre la signature des papiers de sortie et les moyens de transport pour le transfert ou le retour au domicile.

Pendant ces temps d'attente, le patient ne voit personne et a souvent l'impression d'avoir été oublié. Il s'impatiente, il a froid, il a faim, il a soif, il a besoin d'aller aux toilettes mais ne trouve pas l'interlocuteur souhaité. Certes le médecin lui donne des explications nécessaires et l'informe sur la suite de sa prise en charge, mais il n'a pas le temps de vérifier si le patient a bien compris ses explications.



Les personnes âgées, en particulier, sont souvent éprouvées par ce qui leur arrive, anxieuses de leur devenir, parfois désorientées. Elles ont couramment l'impression de n'avoir même pas vu le médecin... La famille et les accompagnants, installés en salle d'attente, n'ont bien souvent qu'un simple contact avec le médecin lors de l'examen initial et au moment de la sortie. Mais entre ces deux étapes, ils attendent des heures sans connaître la situation de leur proche et la durée de la prise en charge. Ils se sentent alors complètement seuls avec leur angoisse, ce qui entraîne impatience, insatisfaction voire revendication et agressivité.

Ces situations ont contribué à la demande du chef de service de faire intervenir Les Transmetteurs.

2) La réponse des Transmetteurs

Les Transmetteurs remplissent une mission d'information et de communication.

Le Transmetteur peut recueillir des éléments passés inaperçus (médicaux ou sociaux). Il en discute avec le médecin qui suit le patient ou les signale lors des transmissions et doit même les noter dans le dossier. C'est là que la formation et l'expérience d'un médecin retraité sont particulièrement utiles.

Attention : Le Transmetteur n'a aucun pouvoir décisionnaire.

Vis-à-vis des patients :

Il est important de se présenter et de se situer dans l'équipe : « *Nous sommes des médecins (d'où la blouse et le badge d'identification) bénévoles, sans pouvoir médical, nous ne « soignons » pas* ».

Néanmoins, les connaissances médicales et celles recueillies à partir du dossier informatique ou auprès de l'équipe soignante, permettent au Transmetteur d'apporter au patient des éléments sur :

- les délais d'attente,
- les examens à venir,
- son parcours,
- le fonctionnement du service,
- son devenir dès lors qu'il leur aura été précisé par le médecin du service...

Ce temps de parole, d'échange, d'explications et de « *réexplications* » contribue à un certain apaisement. Il est d'autant plus rassurant et sécurisant qu'en tant que retraité, le médecin Transmetteur peut faire preuve de calme et de tranquillité. C'est aussi l'occasion de recueillir des éléments pouvant être importants pour la prise en charge.

Les gestes infirmiers ou de réconfort sont essentiels : donner un drap supplémentaire aux personnes qui ont froid, passer un bassin ou un pistolet après vérification qu'aucun bilan urinaire n'est demandé, accompagner le patient aux toilettes, donner un verre d'eau ou un en-cas (après s'être assuré que le patient ne doit pas rester à jeun), ajuster le dossier d'un brancard....

La prise en charge de la douleur est bien codifiée et doit être vérifiée régulièrement. Cependant, les patients se plaignent plus facilement aux Transmetteurs dans la mesure où ils sont plus disponibles. Il faut alors alerter l'équipe.



Il est également possible, malgré le principe général d'interdiction, de faire entrer pour quelques minutes un accompagnant dès lors que cela ne représente pas une gêne

pour les autres malades. Il appartient au Transmetteur de juger, éventuellement avec le médecin, de cette possibilité.

Pour les personnes âgées ou démentes, cela est particulièrement bienvenu. Les familles étant admises lors des passages en radio, le Transmetteur peut également les prévenir le moment venu, si le brancardier a omis de le faire.

Vis-à-vis des accompagnants.

La mission est toujours celle de la communication : évolution de la prise en charge, durée de l'attente... Si l'accompagnement auprès du patient est impossible, le Transmetteur peut faire passer un message. Cela permet de prévenir les réactions d'impatience et d'agressivité. Le contact avec les familles est aisé car elles repèrent vite les Transmetteurs et les interpellent facilement.

Vis-à-vis de l'équipe soignante.

Les Transmetteurs sont, à présent, connus et acceptés par une grande partie de l'équipe du service. Certains médecins font appel aux Transmetteurs pour une tâche ou les aider dans leur mission.

Ce n'est toutefois pas le cas le plus fréquent, mais il faut savoir se mettre à leur disposition.

Le personnel infirmier peut être plus réticent à l'action. C'est au Transmetteur, par son attitude, de lui montrer sa volonté de collaboration sans jugement.

Il est demandé aux Transmetteurs de noter dans le dossier URQUAL toute action d'information, la distribution d'une collation et autres actions significatives

Il ne faut jamais oublier que les Transmetteurs ne sont plus des « soignants ». Il ne faut donc en aucun cas intervenir dans la prise en charge médicale, qui est de la responsabilité de l'équipe soignante. En cas de désaccord, et en respectant de préférence son domaine de compétence, une discussion en aparté est toujours possible avec le médecin. Cela est préférable à une prise de position au cours des transmissions.

En conclusion : Après deux ans de fonctionnement au SAU de Bichat, Les Transmetteurs occupent une place qui peut être estimée comme modeste mais bien réelle. Les responsables soutiennent que l'atmosphère est plus calme dans le service lorsque les Transmetteurs sont présents. Dispenser un peu de solidarité et de réconfort permet aux personnes angoissées et perdues de ne pas avoir l'impression d'être un simple numéro. L'attention apportée et la blouse de médecin sont appréciées. Il faut accepter que l'action soit limitée eu égard au nombre de patients passant dans le service. Mais pour les patients et les accompagnants, à qui les Transmetteurs ont pu rendre service, c'est parfois beaucoup et ils en témoignent largement. Par ailleurs, il ne faut pas oublier un certain rôle « d'exemplarité » auprès des jeunes médecins en matière d'écoute, de respect de l'autre, d'humilité ... un des fondements mêmes de la Médecine. *« Nous sommes tous passés par des moments de doute et l'envie de laisser tomber. Certains l'ont fait ne trouvant pas bien leur place. Mais la majorité des Transmetteurs est restée, convaincue que cela avait une utilité. »*

