



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ de MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**ÉVOLUTION DU RATIO MÉDECINS / MALADES DE 2013 À 2018
DANS LES SERVICES D'URGENCE
DES CENTRES HOSPITALIERS DE MAUBEUGE, VALENCIENNES,
CAMBRAI ET DENAIN (GHT)**

présentée et soutenue publiquement le jeudi 22 avril 2021, à 14h,

au Pôle Formation, salle de thèse 2,

par Alice VERCRUYSSSE – LEROY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Madame le Docteur Anita TILLY

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Claire MASSIN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

Contexte – Méthode – Résultats – Conclusion

INTRODUCTION

I. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. Matériels

1. Type d'étude
2. Population analysée

B. Organisation des services d'urgence

1. CH Denain
2. CH Valenciennes
3. CH Cambrai
4. CH Maubeuge

C. Démographie médicale dans le Nord et le Pas-de-Calais

D. Méthode

1. Protection des données
2. Recueil des données
3. Analyses statistiques

II. RÉSULTATS

A. Objectif principal : corrélation ETP médecins et nombre d'entrées

B. Objectifs secondaires

1. Corrélation ratio des ETP paramédicaux
2. Devenir des patients après consultation aux urgences
 - a. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
 - b. Soins externes
 - c. Hospitalisation

3. Population âgée de plus de 80 ans
4. Évolution par centre

III. DISCUSSION

- A. Résultats des objectifs de l'étude : des effectifs suffisants ?
- B. Hypothèse de l'augmentation de la charge journalière de travail
 1. Le vieillissement de la population
 2. Mésusage des prescriptions
 3. La disponibilité des lits d'aval
 4. Coordination avec la médecine de ville
 5. Déstructuration des équipes en place
- C. Outils mis en place améliorant la fluidité du flux de patients
- D. Au-delà du Nord-Pas-de-Calais
- E. « Plan santé 2022 »
- F. Forces et limites de l'étude
 1. Forces
 2. Limites

CONCLUSION

ANNEXES

- Annexe 1 : La description de la population par centre
- Annexe 2 : Évolution du ratio entrées/ETP par an dans chaque centre
- Annexe 3 : Classification Commune des Malades aux Urgences

BIBLIOGRAPHIE

ABRÉVIATIONS

AS : Aide-soignante

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHC : Centre Hospitalier de Cambrai

CHD : Centre Hospitalier de Denain

CHM : Centre Hospitalier de Maubeuge

CHV : Centre Hospitalier de Valenciennes

CCII : Comité de Coordination des Infirmières et Infirmiers

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DIM : Département des Informations Médicales

DPO : Délégué Protection Données

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRM : Dossiers de Régulation Médicale

ETP : Effectif Temps Plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MeaH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

MCS : Médecin Correspondant du Samu

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

RÉSUMÉ

Contexte : L'impression générale d'une augmentation du flux de patients au sein des services d'urgence est un sujet sensible depuis plusieurs années. De nombreux mouvements de grève ont été observés sur l'ensemble du territoire français pour dénoncer le manque de personnel, de matériel, de lits et l'épuisement moral des acteurs de santé. Les centres hospitaliers du GHT d'Hainaut-Cambrésis ont été concernés par ces revendications ; l'une d'entre elles porte sur le manque d'effectifs. Le but de notre étude est d'étudier l'évolution de l'effectif médical dans les services d'urgence du GHT.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective multicentrique, réalisée entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2018 dans les centres hospitaliers de Cambrai, Denain, Maubeuge et Valenciennes. L'objectif principal de l'étude est l'évolution du ratio médecins/malades au sein des centres hospitaliers du GHT. Les objectifs secondaires sont les ratios ETP IDE/malades et AS/malades, le nombre d'entrées, l'évolution de la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans prises en charge au SAU, la proportion d'hospitalisations, de transferts, d'UHCD et de soins externes. Après la déclaration du traitement des données personnelles auprès du DPO de l'université de Lille, puis la collecte, le triage et la mise en forme des données, un test de Pearson a été réalisé sur le critère de jugement principal. Un p inférieur à 0.05 a été considéré comme seuil de significativité de la corrélation.

Résultats : On constate une augmentation du nombre d'entrées pour les quatre centres réunis de 17.4% sur les six années étudiées. Concernant l'objectif principal, une corrélation forte linéaire significative a été mise en avant ($R= 0.85$ $p=1.410^{-7}$) mais sans évolution des maquettes de présence journalière. Cette corrélation linéaire significative a aussi été repérée sur les critères de jugements secondaires que sont les ratios IDE/AS sur nombre de malades.

Conclusion : Ces résultats montrent une forte corrélation de l'augmentation du personnel soignant avec celle du flux de patient. Cette augmentation du nombre de médecins a permis l'adaptation du temps de travail hebdomadaire et une amélioration des conditions de travail avec néanmoins une dégradation du rapport médecins/malades journalier. Les effectifs médicaux n'expliquent donc pas à eux seuls l'épuisement des soignants ; d'autres facteurs secondaires, tels que le nombre de sujet âgés dont la prise en charge est plus chronophage, la carence de lits dits « d'aval » et la désertification de la médecine de ville, participent à l'engorgement des SAU, ce qui conduit à un épuisement des équipes soignantes.

INTRODUCTION

L'impression générale d'une augmentation du flux de patients au sein des services d'urgence est un sujet sensible depuis quelques années.

La médecine d'urgence n'est pas une simple addition de sous-spécialités, mais apparaît comme la science des pathologies aiguës et de la gestion globale du malade qui se décline en organisation de filières de soins et en développement des réseaux de santé. (1)

À l'automne 2019, de nombreux mouvements de grève des soignants ont été observés sur l'ensemble du territoire français pour dénoncer le manque de moyens matériels et humains.

L'augmentation de la fréquentation des services d'urgence par les usagers avait déjà été constatée de 1990 à 1998, période pendant laquelle le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers de la France métropolitaine est passé de 7.203.000 à 10.331.000, soit une augmentation de 43 % en huit ans et à plus de 18 millions en 2013. (2) (sources DREES)

Cet accroissement constituait déjà une préoccupation majeure à propos de la pression exercée sur le système de santé.

Deux hypothèses ont alors été avancées. La première était une modification des comportements des usagers recourant aux structures d'urgence pour des motifs « non urgents » ; la seconde était le manque de disponibilité des soins libéraux.

En effet, d'après une étude publiée en 2004, à Marseille sur *les attitudes et le comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie*, les usagers désirant un recours aux soins rapidement s'adressent aux services d'urgence qui sont considérés comme une sorte de « supermarché » pour examens complémentaires. (3)

Pour sa part, le rapport 2015 sur la territorialisation des activités des urgences du Nord-Pas-de-Calais soulignait le « grand déséquilibre » entre le faible taux d'urgences majeures et le grand nombre d'urgences mineures ou légères relevant de la médecine générale ou du « dispensaire » (petite traumatologie), ainsi que le nombre de patients consultant pour des hospitalisations programmées ou programmables, qui auraient dû éviter ce passage par le service d'urgence. Les cas graves ne représentaient qu'environ 10% des admissions dans les structures d'urgence, dont la moitié étaient des urgences vitales. La traumatologie concernait entre 35 et 40% des admissions. Les passages dans les services d'urgence étaient essentiellement diurnes : 75% des passages ont eu lieu entre 8h et 20h, contre 25% entre 20h et 8h, et 10% entre 0h et 8h. (3)

Les temps de passage apparaissent dépendants de l'âge des patients, de la région ou du type d'établissement. En effet, selon un rapport de la Cour des comptes, la prise en charge est au moins deux fois plus longue pour les personnes âgées, qui nécessitent davantage d'examens complémentaires et pour lesquelles il existe des difficultés d'obtention de lits d'aval. (4)

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'évolution de la fréquentation des urgences et des effectifs soignants dans quatre centres hospitaliers, appartenant au même Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) – Cambrai, Maubeuge, Valenciennes et Denain – et l'orientation des patients à la suite de leur passage.

I. MATÉRIELS ET MÉTHODE

A. Matériels

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective multicentrique. L'objectif principal est d'établir l'évolution du ratio médecins/malades. Les objectifs secondaires sont l'évaluation de l'évolution du nombre d'entrées, de la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans, de la proportion d'hospitalisations ou de transferts dans un service de médecine ou de chirurgie, de la proportion d'hospitalisations en UHCD et du nombre de sorties après consultation (soins externes).

2. Population analysée

Les critères d'inclusion impliquaient tous les patients admis au sein des services d'urgence des Centres Hospitaliers de Cambrai, Maubeuge, Valenciennes et Denain, entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2018.

La pédiatrie a été prise en compte dans le Centre Hospitalier de Denain qui ne possède pas de service d'urgence pédiatrique dédié. Chaque admission de patient de moins de 18 ans est orientée vers le circuit court dans ce centre.

Les critères d'exclusion sont les patients réorientés directement avant l'admission. Les centres de petite taille appartenant au GHT (Jeumont, Hautmont, Fourmies, Le Cateau-Cambrésis, Le Quesnoy, Felleries-Liessies et Saint-Amand-les-Eaux) ont été exclus en raison de la difficulté pour récupérer des données et d'un faible pourcentage de drainage du bassin de population sur ces centres.

Le critère de jugement principal est le ratio médecins/malades dans les services d'urgence au sein du GHT du Hainaut-Cambrésis.

Les objectifs secondaires sont le devenir des patients après la consultation aux urgences (hospitalisation, retour au domicile, transfert), la proportion

d'hospitalisations en UHCD, la proportion de patients admis âgés de plus de 80 ans et la comparaison des centres sur le type d'activité.

B. Organisation des services d'urgence

1. CH Denain

Le service d'urgence est divisé en deux secteurs : le secteur long associé à une zone de déchocage composée de deux lits, et le secteur court qui comprend la traumatologie et la pédiatrie ainsi que les motifs d'entrée dits « légers » (telles les urgences ophtalmologiques, dentaires, ORL et dermatologiques).

Les patients sont orientés dans ces filières par l'infirmière d'accueil.

Les données ont été recueillies à partir du logiciel *Dxcare*, employé aux urgences pour la réalisation du dossier informatisé.

Les urgences s'organisent quotidiennement avec un médecin de 24h, un médecin de renfort s'occupant des soins externes jusqu'à minuit et un médecin de journée à l'UHCD.

2. CH Valenciennes

Le service d'urgence du centre hospitalier de Valenciennes comprend trois secteurs : le secteur médico-chirurgical, le secteur traumatologie et le secteur déchocage.

Les patients sont orientés dans ces filières par le médecin d'accueil.

Les données ont été recueillies à partir du logiciel *MILLENNIUM®* employé aux urgences pour la réalisation du dossier informatisé.

Les urgences s'organisent quotidiennement avec deux médecins de 24h en secteur médico-chirurgical, un médecin au déchocage jusqu'à 18h30, un médecin de

renfort s'occupant des soins externes jusqu'à minuit, deux médecins au SMUR en 24 heures et un médecin de journée à l'UHCD.

3. CH Cambrai

Le service d'urgence est composé d'un secteur ambulatoire et d'un secteur semi-lourd / Salle d'Accueil des Urgences Vitales.

Les patients sont orientés dans ces filières par l'infirmière d'accueil.

Les données ont été recueillies à partir du logiciel *Sillage®*, employé aux urgences, pour la réalisation du dossier informatisé.

Les urgences s'organisent quotidiennement avec un médecin de 24h, un médecin au SMUR de 24h et un médecin de journée de 10h en charge de l'UHCD.

4. CH Maubeuge

Aux urgences de Maubeuge, on retrouve une organisation en trois secteurs : le circuit court, la zone intermédiaire et le circuit long associé à deux boxes de déchocage.

Les patients sont orientés dans ces filières par l'infirmière d'accueil.

Les urgences s'organisent quotidiennement avec un médecin de 24h, un médecin de renfort en circuit long de 10h30 à 22h30, deux médecins SMUR s'occupant également du circuit court et de la zone intermédiaire en 24h, et un médecin de journée à l'UHCD.

La maquette de présence des médecins par jour et par poste n'a pas évolué durant les années étudiées dans les quatre centres.

C. Démographie médicale dans le Nord et le Pas-de-Calais

La population dans la région du Nord–Pas-de-Calais augmente progressivement d’année en année, selon les informations de l’INSEE, avec un accroissement de 7918 habitants entre 2011 et 2016. (5)

POP T1 - Population en historique depuis 1968

	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2006	2011	2016
Population	1 397 099	1 402 295	1 412 413	1 433 203	1 441 568	1 453 387	1 462 807	1 470 725
Densité moyenne (hab/km ²)	209,4	210,2	211,7	214,8	216,1	217,9	219,3	220,5

(*) 1967 et 1974 pour les DOM

Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2019.

Sources : Insee, RP1967 à 1999 dénombremments, RP2006 au RP2016 exploitations principales.

En 2015, les deux départements de la région Nord–Pas-de-Calais recensent 15.805 médecins inscrits au tableau de l’Ordre, dont 11.303 dans le Nord et 4.505 dans le Pas-de-Calais. Ils représentent 7,9% de l’effectif national. L’ensemble des deux départements enregistre une hausse des effectifs des médecins sur la période 2007-2015 qui est passé de 9635 à 10217. (6) (7)

Evolution de la population des Hauts-de-France entre 2011 et 2016

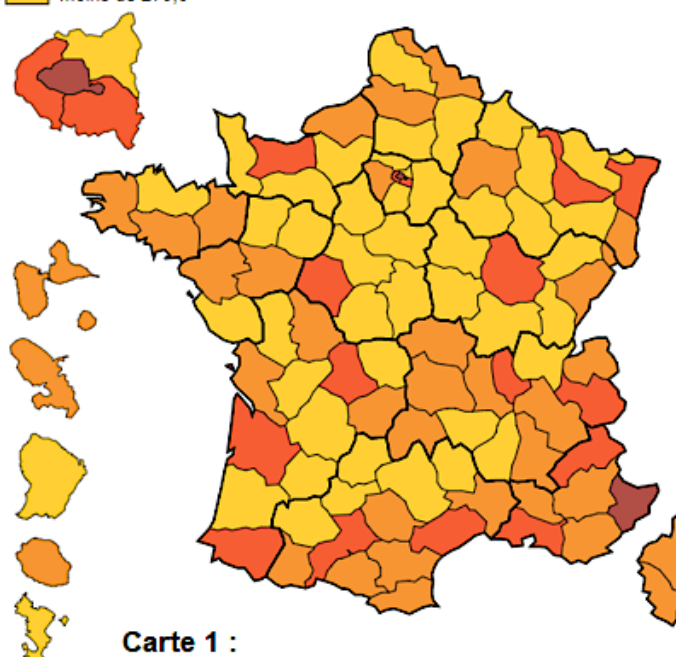
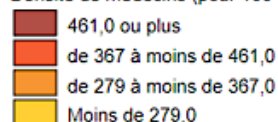
	Population 2016	Taux de variation annuel de la population entre 2011 et 2016 (en %)		
		Total	Dû au solde naturel	Dû au solde migratoire
Aisne	536 136	-0,2	0,2	-0,4
Nord	2 603 723	0,2	0,5	-0,3
Oise	823 542	0,4	0,6	-0,1
Pas-de-Calais	1 470 725	0,1	0,3	-0,2
Somme	572 744	0,1	0,2	-0,1
Hauts-de-France	6 006 870	0,2	0,4	-0,3
France hors Mayotte	66 361 658	0,4	0,4	0,1

Note : la somme des variations ne correspond pas toujours au total en raison des arrondis.

Source : Insee, recensements de la population 2011 et 2016.

(8)

Densité de médecins (pour 100 000 habitants)



Carte 1 :

**Densité de médecins pour 1000 000 habitants
selon les résultats de l' INSEE en 2018**

D. Méthode

1. Protection des données personnelles

Une autorisation auprès du délégué à la protection des données personnelles (DPO) de l'université de Lille a été nécessaire pour notre étude. Cette dernière a été acceptée sous le numéro de traitement n° 2019-171.

Les données étant anonymes, rétrospectives et observationnelles, il n'a pas été utile de déposer une demande auprès du Comité de Protection des Données dans ce cas d'étude.

Les données ont été stockées dans un espace chiffré sauvegardé sur un disque dur externe.

2. Recueil des données

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire des référents médicaux des services de DIM des quatre centres hospitaliers composant le périmètre de l'étude. Certaines données ont été récupérées auprès des cadres de santé et des chefs de services. Les données concernant les effectifs médicaux et paramédicaux ont été fournies par les directions des affaires médicales et comparées aux données INSEE de chaque établissement.

3. Analyses statistiques

Après triage et mise en forme des données, un test de Pearson a été réalisé sur le critère de jugement principal. Un p inférieur à 0.05 était considéré comme seuil de significativité de corrélation.

Le logiciel d'analyse statistique utilisé est le Logiciel R version 3.6.3 (2020-02-29).

II. RÉSULTATS

Nous avons recueilli les données de chaque établissement ainsi que celles de la DRESS pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2018. (9)

Au total, sur les six années analysées, on dénombre 924.949 entrées au sein des établissements retenus appartenant au GHT d'Hainaut-Cambrésis.

ANNÉE	Entrées	SE	UHCD	H	Âge > 80 ans	ETP Médecin	ETP IDE	ETP AS	% SE	% UHCD	% H	% Âge > 80 ans	Ratio médecin/ N entrée	Ratio IDE/N entrée	Ratio AS/N entrée
2013	140793	92431	30686	28076	15119	43,6	137,4	75,4	65,65	21,80	19,94	10,74	3227,7	1024,5	1868,00
2014	146872	97319	29733	27896	14380	49,5	142,2	86,1	66,26	20,24	18,99	9,79	2967,7	1032,9	1705,4
2015	151656	90697	29453	35789	20454	45,1	141,4	84,9	59,80	19,42	23,60	13,49	3364,9	1072,3	1787,4
2016	157874	107214	30439	32385	21295	49	148,4	86,1	67,91	19,28	20,51	13,49	3218,6	1063,8	1834,3
2017	162476	111153	30973	32468	22754	58,7	154,4	85	68,41	19,06	19,98	14,00	2769,8	1052,7	1911
2018	165278	114377	31558	31920	23041	65	160,1	92,5	69,20	19,09	19,31	13,94	2542,4	1032,3	1786,8

Tableau 1 : Description des effectifs de population et médicaux

ETP : Équivalent Temps Plein

H : Hospitalisation

SE : Soins Externe

Le devenir des patients, les différents effectifs médicaux et paramédicaux et le pourcentage de patients âgés de plus de 80 ans sont décrits dans le tableau 1.

L'évolution de l'activité par centre et par année est décrite dans l'annexe n°1.

A. Objectif principal : corrélation de l'effectif des médecins temps plein (ETP) et du nombre d'entrées de patients aux urgences adultes

On retrouve une augmentation du nombre d'entrées pour les quatre centres de 17.4 % sur les six années étudiées (figure 1).

L'évolution du nombre d'entrées par centre est décrite dans l'annexe 1. On constate une augmentation pour chaque centre analysé.

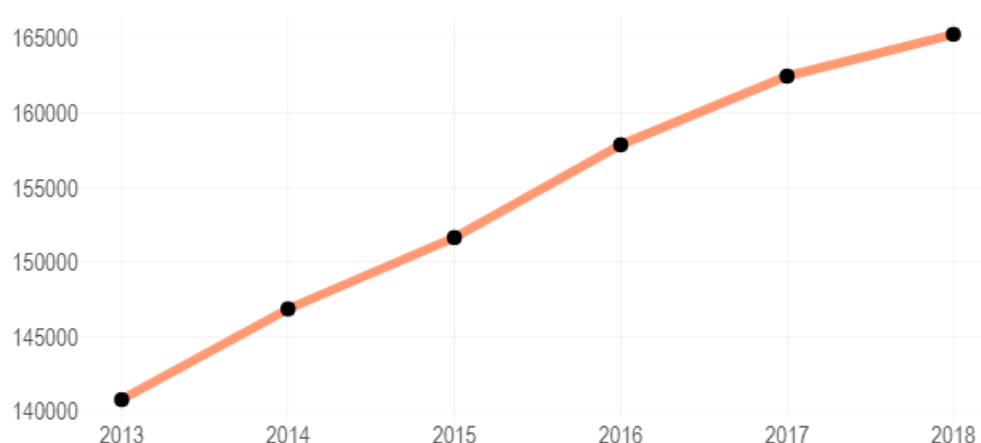


Figure 1 : Evolution du nombre d'entrée sur les 4 centres

On remarque une augmentation globale du nombre d'ETP de médecins urgentistes sur les six années étudiées au sein du GHT. (Tableau 1)

Concernant le ratio ETP médecins/nombre d'entrées, on retrouve une corrélation linéaire forte selon le coefficient de Pearson ($R = 0.85$).

Celle-ci est significative ($p = 1.4 \cdot 10^{-07}$) (figure 2).

L'évolution du ratio moyen médecins/nombre d'entrées est décrite dans l'annexe n°2.

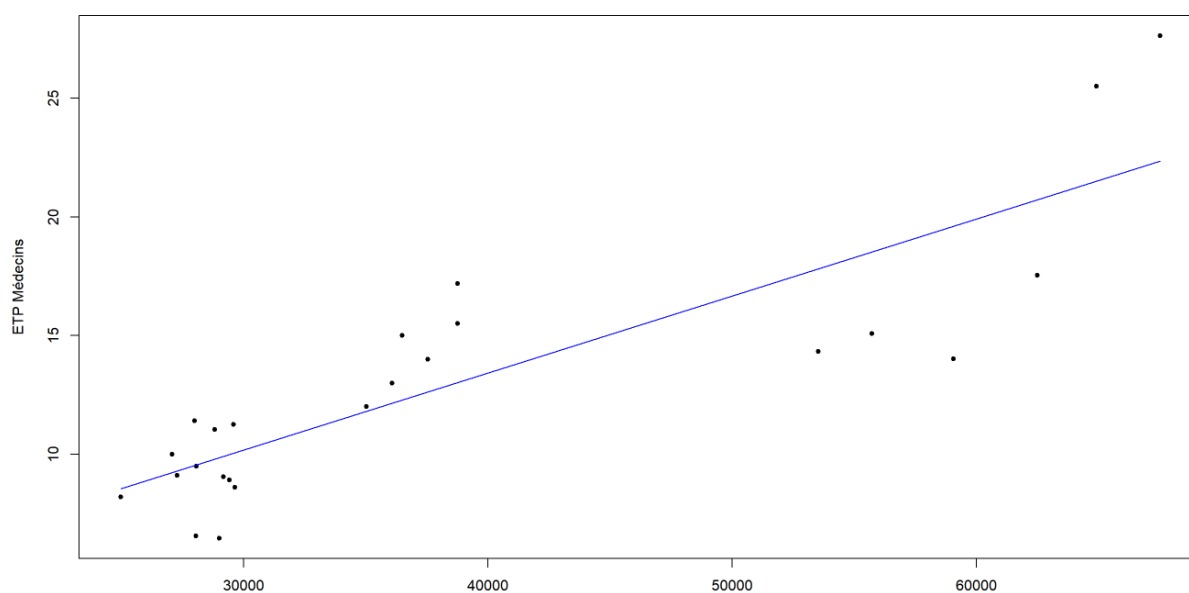


Figure 2 : Corrélation ETP médecin - Nbr d'entrée

L'évolution du nombre d'entrées est croissante dans les quatre centres sur les six années :

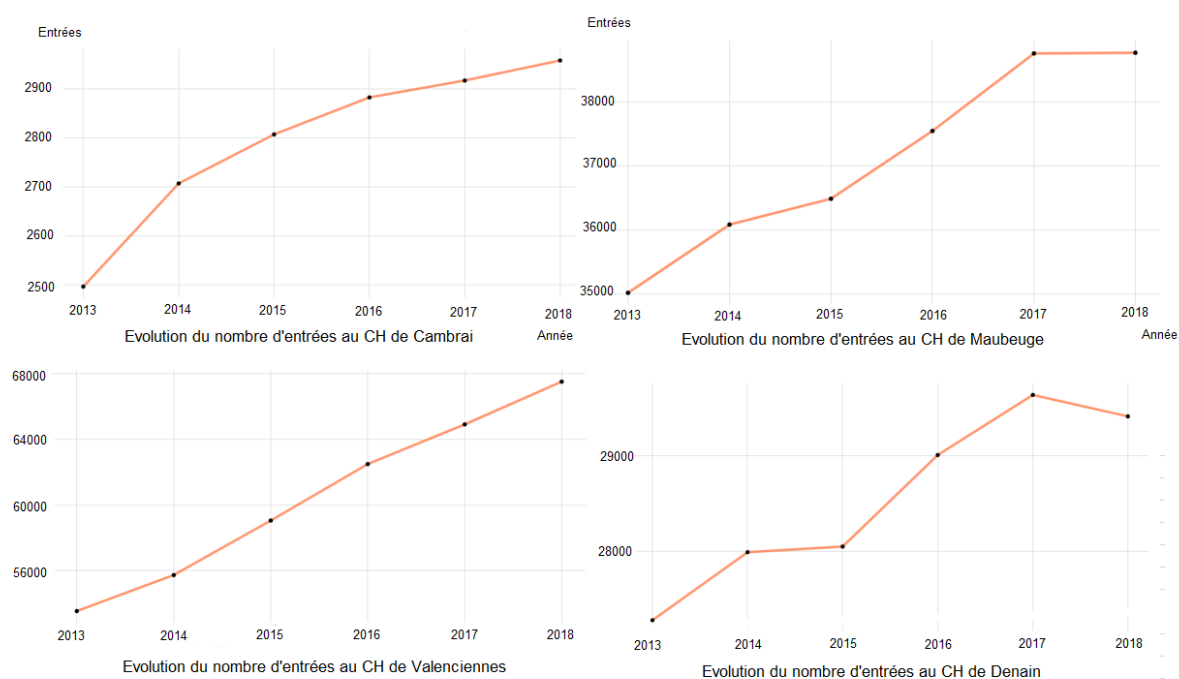


Figure 3 : Evolution du nombre d'entrées par année et par centre

B. Objectifs secondaires

1. Corrélation ratio des ETP paramédicaux

Concernant le ratio ETP IDE sur nombre d'entrées, on retrouve une corrélation linéaire forte selon le coefficient de Pearson ($R = 0.97$).

Celle-ci est significative ($p = 1.2 \cdot 10^{-15}$). (figure 4)

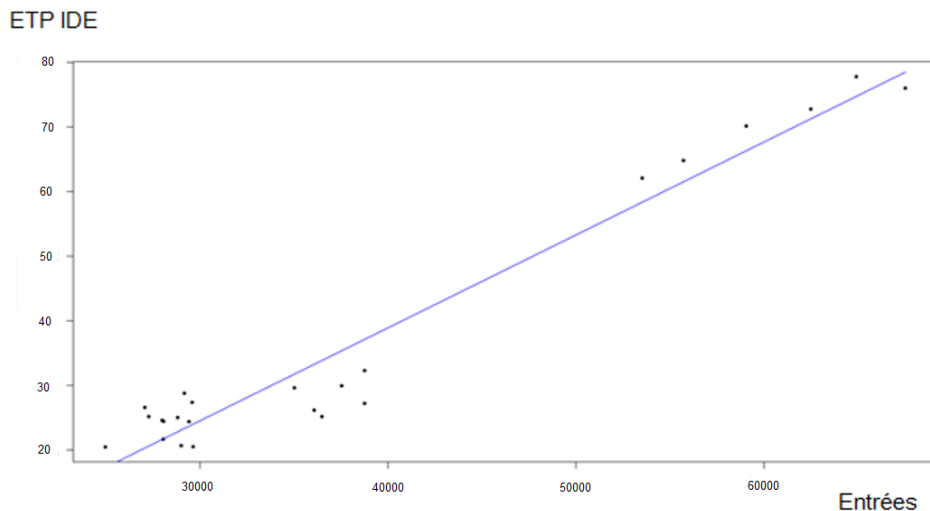


Figure 4 : Corrélation ETP IDE / Nbres d'entrées

Concernant le ratio ETP AS sur nombre d'entrées, on retrouve une corrélation linéaire forte selon le coefficient de Pearson ($R = 0.85$).

Celle-ci est significative ($p = 1.2 \cdot 10^{-7}$). (figure 5)

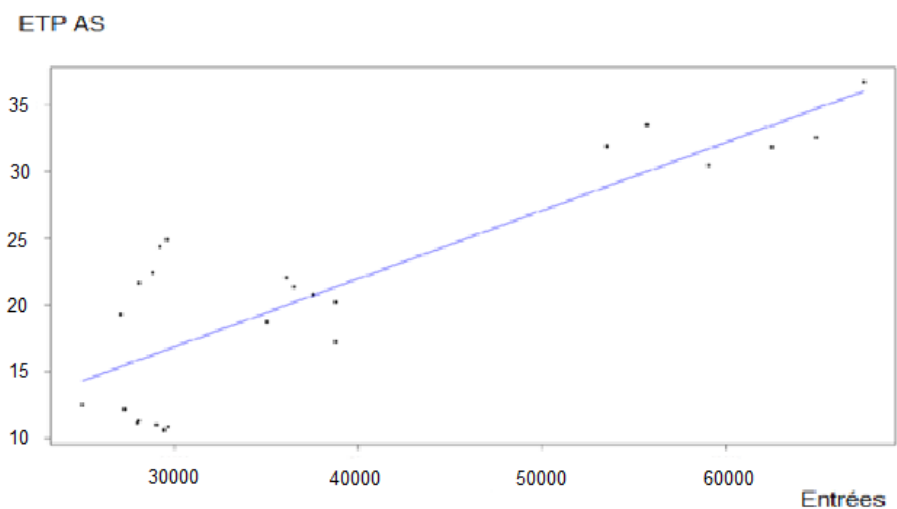
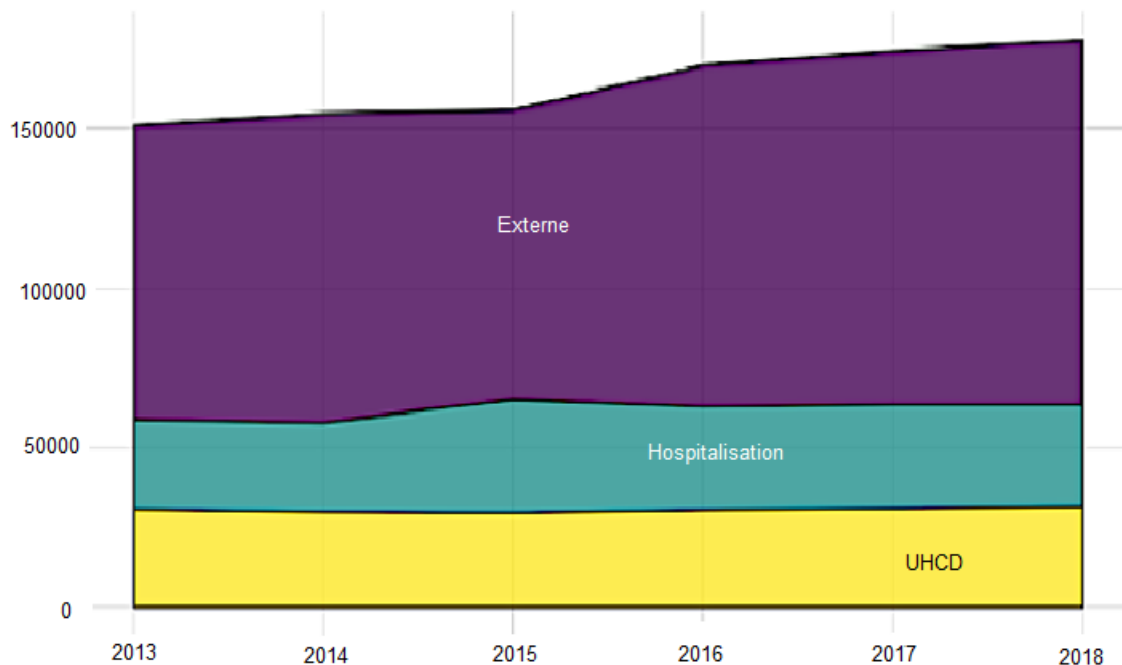


Figure 5 : Corrélation ETP AS / Nbre d'entrées

2. Devenir des patients après consultation aux urgences

La figure 6 décrit l'évolution du devenir des patients sur les six années étudiées au sein du GHT :



**Figure 6 : Evolution du devenir des patients
UHCD, Hospitalisation et Soins externes**

a. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

On retrouve une augmentation d'hospitalisations en UHCD de 2,85%.

Le nombre de patients en UHCD reste donc stable au cours des années. Cette stabilité s'explique par le fait que le nombre de places est limité par centre et dépend des locaux de chaque établissement.

b. Soins externes

On note une augmentation de l'activité en soins externes de 23,7% sur les six années étudiées.

c. Hospitalisation

Enfin, le nombre d'hospitalisations a augmenté de 13.7 % dans nos quatre centres. Mais il reste limité par le nombre de lits disponibles dans les services de médecine et de chirurgie.

3. Population de plus quatre-vingts ans

La figure 7 décrit une tendance à l'augmentation du nombre de passages des patients de plus de 80 ans, qui est passé de 15 119 à 23 041 sur les six années étudiées, soit une augmentation de 52.4 %.

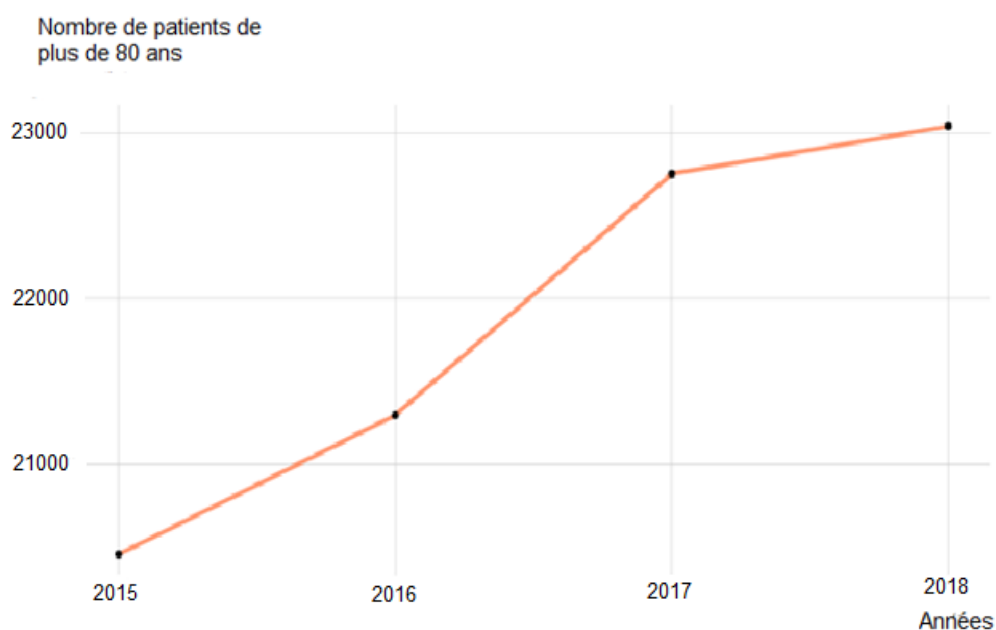


Figure 7 : Evolution des patients âgés de plus de 80 ans par années

4. Évolution par centre

Le tableau 2 met en évidence les résultats en pourcentages d'évolution par centre de nos objectifs principaux et secondaires. En dehors du CH de Denain, tous les centres hospitaliers ont vu leur nombre d'équivalent temps plein médicaux augmenter, le CH de Valenciennes doublant presque son effectif médical en 6 ans.

Tableau 2 : Évolution en pourcentage des entrées, devenir et ETP médicaux de 2013 à 2018.

Centre	% Entrées	% Externe	% UHCD	% Hospitalisation	% ETP* médecin	% ETP* IDE
Cambrai	18.5	22.5	20.5	13,7	37.2	33.7
Denain	7.8	7.6	31.5	-8,7	-1,9	-3,2
Maubeuge	10.7	16.8	-6,3	2.2	43.3	9.1
Valenciennes	26.1	40.2	-8,6	33.6	93.1	22.4

* ETP : Effectif Temps Plein

III. DISCUSSION

A. Résultats des objectifs de l'étude : des effectifs suffisants ?

L'augmentation de la fréquentation de nos centres (17.4%) est légèrement supérieure aux données nationales avec une augmentation de 14.8% sur les six années étudiées dans l'ensemble des structures d'urgence en France métropolitaine. (10) (11)

L'hypothèse de notre étude était une augmentation des passages dans les services d'urgence du GHT supérieure à l'augmentation des effectifs médicaux. Or, l'évolution de recrutement des effectifs médicaux et paramédicaux semblent corrélée à celle du nombre de patients ayant recours aux SAU du GHT.

En revanche, on remarque un nombre d'entrées en augmentation constante sur la période étudiée face au nombre quotidien de médecins postés qui, lui, est resté stable. Cette situation est révélatrice d'une augmentation de la charge de travail journalière des équipes soignantes. L'augmentation des effectifs médicaux est probablement liée à la nécessité du respect du temps de travail depuis la réforme de 2015, qui limite le temps de travail posté auprès des patients des urgentistes à 39h et réserve un temps forfaitisé pour les activités non cliniques, dans le respect des 48 heures hebdomadaires maximum lissées sur le quadrimestre. (10) (11).

De fait, l'indicateur du nombre d'entrées par jour et par le nombre global d'ETP médecins pourrait ne pas être le seul paramètre pertinent pour vérifier l'adéquation des besoins. Celui-ci comptabilise l'ensemble de l'équipe ; or, chaque jour, le nombre de médecins postés reste stable et peut se révéler inadapté.

Ces éléments nous laissent supposer une amélioration de la charge horaire hebdomadaire des urgentistes mais aussi une charge de travail journalière augmentée.

De plus, notre étude n'a pas tenu compte des éventuels arrêts, ni de la féminisation, depuis quelques années, de la médecine d'urgence, ce qui a pu engendrer des arrêts pour maternité, des temps partiels et des réorganisations de fonctionnement pour faciliter, par exemple, la garde des enfants. (12)

Dans cette optique, l'augmentation de l'effectif médical journalier est une piste d'évolution qui implique la création de nouveaux postes accompagnés de moyens financiers supplémentaires.

Par ailleurs, l'augmentation des ETP médecins est disparate dans nos centres. Les gros centres comme le CH de Valenciennes sont plus attractifs et probablement plus rassurants pour de jeunes urgentistes, en raison notamment d'un plateau technique disponible 24h/24h et de spécialistes sur place la nuit.

Le CH de Valenciennes connaît une augmentation de l'ETP médecins de 93.1% sur les six années étudiées contre une perte de 1,9% au CH Denain. On peut dès lors se poser la question de l'intérêt d'une coopération entre les centres d'un même GHT, question soulevée par les instances administratives mais qui semble ignorée par les praticiens hospitaliers jusqu'à présent.

B. Hypothèse de l'augmentation de la charge journalière de travail

Nous avons vu que ces éléments ne peuvent pas expliquer à eux seuls le « mal être » ressenti par les soignants des SAU. D'autres paramètres sont à prendre en considération.

L'épuisement des soignants est mis en avant dans une analyse publiée par un chercheur des Hôpitaux de Marseille incluant 15 000 médecins français. Son étude a montré qu'un médecin français sur deux présente des signes de *burn out* (épuisement émotionnel, deshumanisation). Parmi eux, les médecins urgentistes sont les plus touchés ; ils interviennent en première ligne et sont exposés directement à la population qui peut se montrer agressive en raison des heures passées à attendre. Du fait de l'engorgement des urgences par des patients qui devraient être traités par des médecins généralistes en ville, les urgentistes ont le sentiment que leur travail perd de son sens. Face à la réduction du nombre de lits dans les services de médecine et chirurgie, les médecins passent beaucoup de temps à chercher des places libres dans les services, ce qui crée des tensions et de l'agacement, et allonge le délai de prise en charge des patients. (13)

Tous les éléments qui vont allonger cette durée de prise en charge et aggraver l'engorgement du SAU vont accentuer la sensation de débordement et l'impression d'effectif insuffisant.

1. Le vieillissement de la population

La prise en charge des populations âgées de plus de 80 ans implique souvent un interrogatoire complexe, soulève des questions d'ordre social et nécessite des soins lourds, entraînant une amputation importante du temps des urgentistes ; de fait, le ratio médecins/malades nécessaire peut se révéler inadapté. Les patients âgés supposent généralement un recours à l'hospitalisation plus fréquent que le reste de la population en raison d'un risque augmenté de complications et d'une prise en charge au domicile ou en établissement (EPHAD) souvent peu envisageable.

Cette hypothèse est confortée par le rapport de la MeaH publié en 2006 sur l'allongement du temps de passage aux urgences et sur les différents problèmes qu'il engendre pour la prise en charge des patients. Au sein d'un même service, ce rapport décrit des différences selon les catégories de patients. Ainsi les patients nécessitant une hospitalisation et les patients âgés sont vecteurs d'une augmentation des moyennes de temps de prise en charge aux urgences, se soldant par un engorgement fréquent du SAU. De plus, ces patients nécessitent des examens complémentaires (en biologie et en imagerie) ou l'attente d'un avis spécialisé qui peuvent allonger le temps de passage moyen. (14)

2. Mésusage des prescriptions

Il apparaît qu'une prescription parfois irraisonnée de bilans complémentaires participe à l'allongement du temps d'attente aux urgences. En 2016, N. Marjanovic a réalisé une étude observationnelle, rétrospective et monocentrique, qui s'est intéressée à la prescription de bilans biologiques systématiques non recommandés par les sociétés savantes. (15) Elle concernait les patients majeurs, orientés vers leur domicile après recours au SAU à la suite de motifs d'admission divers (asthme simple, intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines, ivresse, pneumopathie, syncope réflexe, traumatisme crânien simple et premier épisode de crise convulsive), de janvier à mai 2015. L'auteur trouvait un temps de passage plus court lorsque les recommandations étaient respectées. En revanche, plus de la moitié des dossiers analysés avait donné lieu à une prescription d'examens complémentaires inutiles pour la pathologie d'admission.

Les examens non pertinents les plus demandés étaient la numération formule sanguine (15.5%), le dosage de la CRP (11.2%), l'ionogramme sanguin et la créatinine (10.8%). Un surcoût de 9.609 € sur 233 patients a ainsi été mis en évidence.

Les différences dans les prescriptions d'examens biologiques dépendaient de l'expérience du praticien et de la connaissance des recommandations et des référentiels récents. Ces prescriptions avaient pour conséquence une augmentation de passage de 140 minutes de la médiane du temps de passage aux urgences. Ces 140 minutes correspondent à l'association du temps de prescription, de réalisation du prélèvement, des analyses, de la validation par le biologiste et de l'interprétation par le praticien. On en déduit qu'un usage adapté des bilans biologiques s'avère nécessaire dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et de réduire l'engorgement des urgences. (15)

3. La disponibilité des lits d'aval

Il existe une difficulté quant à la disponibilité de lits en aval dans les structures hospitalières. En effet, le manque de places dans les services de médecine et de chirurgie est récurrent. Les différents programmes de suppression de lits risquent d'aggraver cette problématique quotidienne. Une des solutions adoptées par certains centres hospitaliers est la mise en place d'un « Bed Manager » afin de faciliter la disponibilité des lits. Mais son efficacité reste à évaluer.

4. Coordination avec la médecine de ville

Le manque de recours à la médecine de ville participe aussi à l'augmentation d'activités non spécifiques des SAU, comme en témoigne l'augmentation d'activités en soins externes. Cette réalité est décrite à travers une enquête réalisée durant une

semaine, en janvier 2002, sur un échantillon de patients ayant eu recours à un service d'urgence suivi d'un retour au domicile à la suite de la consultation. En dehors des âges extrêmes de la vie, les motifs les plus fréquents étaient l'accident domestique (59%) et la douleur (43%) ; les patients ne citaient qu'un seul motif de consultation dans 59% des cas. La troisième cause était la sensation de gêne (15.3%), puis venaient la fièvre (9%), le malaise, le saignement, les vomissements et l'angoisse (5%). La plupart de ces motifs sont pris en charge de façon ambulatoire, sans nécessité de plateaux techniques hospitaliers, et pourraient dépendre de la médecine de ville. Pour autant, on note que seuls 16% des répondants indiquaient avoir été adressés par leur médecin traitant. (16)

Pour les autres patients, les raisons de consultation aux urgences étaient la proximité de l'établissement hospitalier, la disponibilité d'un plateau technique et la disponibilité des spécialistes. (17) Pour appuyer ces données, la DRESS a publié des résultats concernant le passage de patients aux urgences le 11 juin 2013 en France métropolitaine et dans les DOM. Dans 6 cas sur 10, les patients se rendent aux urgences par leurs propres moyens ou avec un tiers, de leur propre initiative ou après le conseil d'un proche. Les patients amenés par le SMUR ne représentent que 1% des passages. (18)

5. Déstructuration des équipes en place

En raison de ces conditions de travail difficiles, on observe de plus en plus de praticiens qui se détachent des services de SAU ou du SAMU au profit d'un exercice intérimaire, bien souvent mieux rémunéré et moins contraignant. Cette attitude pourrait avoir pour effet une déstructuration des services et un manque d'implication dans l'optimisation organisationnelle et protocolaire.

C. Outils et perspectives améliorant la fluidité du flux de patients

Certains établissements expérimentent l'orientation vers une consultation assurée par des médecins de ville installés dans une maison médicale de garde, située à proximité des services d'urgence. C'est le cas des centres hospitaliers de Maubeuge et de Valenciennes. Cette modification a permis d'améliorer le flux et la qualité des prises en charge et, vraisemblablement, d'absorber, en partie, l'augmentation continue de l'activité. (4)

En effet, une étude monocentrique au CHV s'est intéressée au flux de passage aux urgences. La comparaison des données pour 2012 et 2015 montre que le flux a augmenté de 13% entre ces deux années. Sur la même période, les délais de prise en charge infirmiers et médicaux sont restés stables, de même que le temps passé aux urgences. Malgré une majoration du nombre de patients à gérer, les urgences ont maintenu leurs performances par une adaptation des moyens techniques et humains. (19)

Ensuite, la mise en place des « circuits courts », destinés à traiter rapidement des cas légers, s'est généralisée dans les structures à forte activité. Le but est de diminuer le temps de passage des patients ambulatoires.

L'orientation est décidée lors du tri des patients selon la gravité du motif de consultation d'après la classification de CCMU (annexe 3).

Une étude de 2015 de type avant/après réalisée à l'HP Pitié-Salpêtrière a fait apparaître que, malgré une augmentation de 11% des soins ambulatoires, les circuits courts permettent de réduire significativement le temps de passage et le nombre de

patients partis sans soins. Cependant, le dispositif a nécessité l'intervention de personnel médical et paramédical supplémentaire. (20)

Une autre piste a été adoptée en 1980 par la Grande-Bretagne, la Suisse et la Belgique : la présence d'un(e) infirmier(ère) d'accueil aux urgences. Ce système de triage existait déjà au Canada et aux États-Unis depuis une dizaine d'années. En France, la volonté d'améliorer la gestion du flux se fait jour également dans les années 1980 : l'IAO prend place dans les services d'urgence. D'ailleurs, en 2001, la SFMU a présenté un projet de formation concernant l'IAO (définir l'accueil, le tri et l'orientation, déterminer les compétences professionnelles à l'exercice de la fonction IAO). (21)

La Classification Infirmière des Maladies d'Urgence permet de réaliser un tri adapté pour une meilleure prise en charge du patient.

Délai 0	<i>Urgence vitale ou absolue</i>	<i>code 1</i>
Délai < 20 min	<i>Urgence immédiate</i>	<i>code 2</i>
Délai ≤ 1 h	<i>Urgence vraie</i>	<i>code 3</i>
Délai non déterminé (variable selon le flux)	<i>Urgence ressentie ou urgence relevant d'une consultation</i>	<i>code 4</i>

Tableau 3 : Classification de triage de l'IAO

Des études ont démontré que la qualité des soins reçus aux urgences était influencée par ce premier contact avec l'IAO. (22)

De son côté, le rapport territorial STEG de 2015 met en évidence la nécessité d'une restructuration des structures d'urgence pour des raisons de qualité et de sécurité. La présence effective et continue d'un praticien expérimenté est indispensable ; il est nécessaire de trouver des médecins « seniors » avec une formation spécifique aux soins d'urgence. De plus, il convient d'améliorer l'orientation des entrées dans les SAU pour effectuer la meilleure prise en charge du patient.

L'amélioration de l'alliance médecine de ville/hôpital est également une nécessité cruciale afin de diminuer la pression sur le SAU. La régulation libérale après minuit apparaît primordiale pour diminuer le recours au SAU. En 2011, la DRESS a recensé 18,5 millions de passages sur douze mois dans les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences en France (métropole et outre-mer). (23)

Des mesures ont été mises en place afin de simplifier le recours non programmé des patients à un médecin installé en ville.

Tout d'abord, la régulation médicale libérale est améliorée par la mise en œuvre d'un numéro de téléphone unique au niveau départemental couvrant l'ensemble des secteurs de permanence de soins.

Ensuite, les agences régionales de santé et le conseil de l'ordre ont revalorisé l'activité à la participation de la permanence des soins ambulatoires, qui devient une mission de service public, volontaire et régulée.

Enfin, l'ouverture de maisons médicales de garde, lieux de consultation de médecine générale à l'attention des soins non-programmés, est recommandée à proximité de certains centres hospitaliers. Les médecins libéraux y interviennent sur un mode volontaire. L'accès aux maisons médicales de garde est régulé par téléphone. (23) (24)

Par conséquent, il s'avère primordial de réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne des urgences en réorganisant la sectorisation du système de garde en ville régulé par le centre 15. (3) (4)

D. Au-delà du Nord–Pas-de-Calais

La situation de nos établissements est similaire à la plupart des centres nationaux. Par exemple, une étude réalisée en Bretagne-Sud en 2007 montre une augmentation du nombre de passages aux urgences au centre hospitalier de Bretagne-Sud (CHBS) de 50% entre 1991 et 2006, soit 30.225 passages en 1991 contre 46.563 en 2006.

La majorité des passages représente un niveau de gravité peu élevé. 70% des patients retournent au domicile après leur passage, dont 71% n'avaient pas consulté préalablement leur médecin traitant. (25)

En région de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), dans les 56 services d'urgence, il est recensé 1.544.169 admissions en 2011, soit une augmentation de 15% depuis 2006, dont 185.509 patients âgés de plus de 75 ans. (26)

Enfin, dans la région Midi-Pyrénées, en 2002, plus de 531.000 passages ont été recensés dans les 36 services d'urgence, ce qui représente une augmentation de plus de 18% par rapport à 2001. Dans cette région, la forte attraction touristique explique que 6% des patients soient originaires d'une autre région. L'activité est plus soutenue du samedi au lundi. Les principaux motifs de passages sont les accidents domestiques, de sport et de loisirs chez les plus jeunes (10-25 ans). La proportion d'urgences traumatologiques augmente nettement le week-end.

Le taux de patients hospitalisés est similaire dans les centres (25%), principalement des sujets âgés dans un contexte de maladies non traumatiques. (27)

E. « Plan santé 2022 »

Le gouvernement français a mis en place en novembre 2019 le plan « Ma santé 2022 ».

Ce plan repose sur trois objectifs forts :

Premièrement, restaurer l'attractivité de l'hôpital, en redonnant l'envie aux personnels de santé de s'engager dans l'hôpital public et d'y construire une vraie carrière, notamment en récompensant l'engagement des personnels.

Deuxièmement, déverrouiller le fonctionnement des hôpitaux, en faisant confiance aux responsables de terrain et en facilitant les prises de décision.

Troisièmement, dégager des moyens supplémentaires immédiats par une augmentation des budgets dans la durée grâce à un allègement significatif de la dette des hôpitaux. (28) (29)

Construire les urgences de demain.

Les services d'urgence rendent possible la mise en place d'une coordination des facteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en lien avec le patient, et permettent de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, et la sécurité de la prise en charge de la population. C'est en suivant ces objectifs de soins que nous devons développer de nouveaux outils et de nouvelles organisations des services d'urgence. Pour y parvenir, il est nécessaire d'établir une bonne entente et une bonne coordination du système de soins, alliant un réseau de régulation médicale spécialisée : psychiatre, gériatre, pédiatre, agent du service social, coordonnateur ambulancier, services de soins libéraux, etc. (30)

F. Forces et limites de l'étude

1. Forces

La force de notre étude est son caractère multicentrique autour de quatre centres hospitaliers ayant chacun leur spécificité propre : leur plateau technique, le recours aux différentes spécialités présentes ou non sur place, et leur bassin de population.

2. Limites

La faiblesse de notre étude concerne la rétrospection des données. Il existe un biais de recueil. Il est probable que, dans certains dossiers médicaux, il manque des données, voire que certains patients aient été mal orientés. De plus, le rapport entrées/ETP médecins pourrait ne pas être un indicateur pertinent pour évaluer la charge de travail aux urgences car il ne reflète pas l'activité journalière.

CONCLUSION

Notre étude montre une nette augmentation du flux de patients dans les services d'urgence ciblés. Une corrélation du flux d'entrée et de l'augmentation des ETP médecins ainsi que du personnel paramédical est mise en évidence et se révèle variable selon nos établissements. Malgré l'adaptation du temps de travail des urgentistes et le recrutement de nouveaux personnels soignants sur nos six années étudiées, on remarque une forte présence de *burn out* chez les soignants pratiquant la médecine d'urgence.

Les revendications et l'épuisement du personnel médical ne semblent pas dus à cette seule augmentation. Elle s'explique par d'autres facteurs accentués pendant la crise sanitaire de la COVID 19 qui a débuté en France en mars 2020.

La pratique de la médecine d'urgence doit aujourd'hui s'adapter à la présence d'une population âgée de plus en plus importante dont la prise en charge est plus chronophage, à des pathologies chroniques avec des prises en charge complexes et nécessitant un recours régulier aux médecins spécialistes, et à un manque constant de lits d'aval et de moyens matériels.

Il apparaît en tout cas indispensable, avec l'aide de la médecine de ville, de sensibiliser la population et d'éduquer les patients à la bonne démarche en matière d'urgence.

Afin d'améliorer les conditions de travail, des médecins généralistes pourraient être recrutés pour aider quotidiennement, par exemple, dans les secteurs dits de petites urgences pour diminuer la charge de travail journalière et pour augmenter la présence quotidienne de praticiens.

De plus, il pourrait être intéressant de mettre en place une équipe mobile de gériatrie présente uniquement aux urgences dans le but de faciliter l'orientation et limiter l'hospitalisation des personnes âgées.

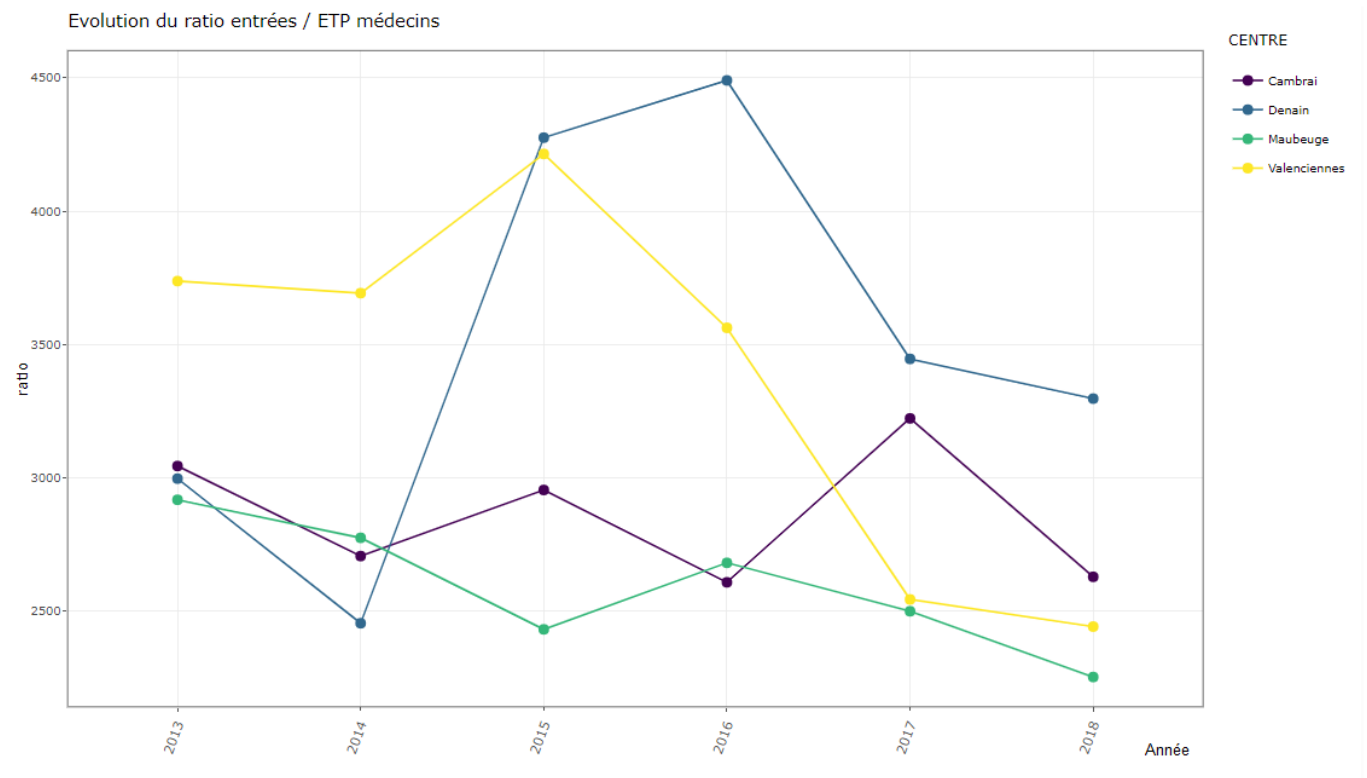
Enfin, dans le but de désengorger les urgences, le gouvernement évoque la mise en place d'une tarification fixe pour les passages aux urgences n'ayant pas donné lieu à une hospitalisation... Serait-ce une solution ?

ANNEXES

Annexe 1 : La description de la population par centre

ANNEE	CENTRE	ent	ext	uhcd	hosp	sup80	ETP_med	ETP_IDE	ETP_AS	part_ext	part_uhcd	part_hosp	part_sup80	interne
2013	Cambrai	24967	17205	7543	10559	0	8.20	20.47	12.50	68.91096	30.21188	42.29183	0.000000	25
2013	Denain	27278	20493	2920	3865	2648	9.10	25.20	12.20	75.12648	10.70460	14.16893	9.707457	3
2013	Maubeuge	35018	23494	5616	5908	3918	12.00	29.63	18.74	67.09121	16.03747	16.87132	11.188532	17
2013	Valenciennes	53530	31239	14607	7744	8553	14.32	62.12	31.93	58.35793	27.28750	14.46665	15.977956	45
2014	Cambrai	27072	18396	8436	8778	0	10.00	26.60	19.33	67.95213	31.16135	32.42465	0.000000	25
2014	Denain	27991	21140	2800	4054	2674	11.40	24.60	11.20	75.52428	10.00322	14.48323	9.553071	37
2014	Maubeuge	36083	24690	5123	6122	3994	13.00	26.17	22.05	68.42557	14.19782	16.96644	11.068924	18
2014	Valenciennes	55726	33093	13374	8942	7712	15.09	64.82	33.54	59.38521	23.99957	16.04637	13.839142	40
2015	Cambrai	28072	19562	8615	15092	4874	9.50	24.44	21.64	69.68510	30.68894	53.76176	17.362496	32
2015	Denain	28050	20898	2994	4158	2754	6.56	21.65	11.36	74.50267	10.67380	14.82353	9.818182	10
2015	Maubeuge	36486	24690	5671	6215	4430	15.00	25.19	21.35	67.66979	15.54295	17.03393	12.141643	15
2015	Valenciennes	59048	25547	12173	10324	8396	14.01	70.15	30.50	43.26480	20.61543	17.48408	14.218941	43
2016	Cambrai	28827	20304	9108	11579	5016	11.05	25.04	22.44	70.43397	31.59538	40.16720	17.400354	32
2016	Denain	29009	21549	3804	3656	3706	6.46	20.65	11.02	74.28384	13.11317	12.60299	12.775346	10
2016	Maubeuge	37544	26535	4871	6138	4129	14.00	29.92	20.77	70.67707	12.97411	16.34882	10.997763	37
2016	Valenciennes	62494	38826	12656	11012	8444	17.54	72.80	31.84	62.12756	20.25154	17.62089	13.511697	44
2017	Cambrai	29171	20752	8914	11623	5066	9.05	28.77	24.39	71.13914	30.55775	39.84437	17.366563	21
2017	Denain	29639	22061	3817	3761	3875	8.60	20.53	10.86	74.43234	12.87830	12.68936	13.073990	13
2017	Maubeuge	38754	27349	5226	6179	4361	15.50	27.22	17.22	70.57078	13.48506	15.94416	11.253032	12
2017	Valenciennes	64912	40991	13016	10905	9452	25.51	77.83	32.55	63.14857	20.05176	16.79967	14.561252	29
2018	Cambrai	29581	21067	9085	12006	5185	11.25	27.36	24.91	71.21801	30.71228	40.58686	17.528143	19
2018	Denain	29414	22045	3839	3530	3714	8.92	24.39	10.62	74.94730	13.05161	12.00109	12.626640	12
2018	Maubeuge	38765	27449	5277	6039	4492	17.20	32.30	20.22	70.80872	13.61280	15.57849	11.587772	13
2018	Valenciennes	67518	43816	13357	10345	9650	27.64	76.06	36.75	64.89529	19.78287	15.32184	14.292485	45

Annexe 2 : Évolution du ratio entrées/ETP par an dans chaque centre



Annexe 2 : Evolution du ratio entrée/ ETP médecins par an dans chaque centre

Annexe 3 : Classification Commune des Malades aux Urgences

- CCMU 1 : situation stable, abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU 2 : situation stable, réalisation d'acte complémentaire diagnostique et/ou thérapeutique.
- CCMU 3 : situation susceptible de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.
- CCMU 4 : pronostic vital engagé, pas de manœuvre de réanimation immédiate.
- CCMU 5 : pronostic vital engagé, avec manœuvre de réanimation immédiate.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adnet F. La recherche en médecine d'urgence : vers la création d'une discipline scientifique majeure. *Réanimation*. déc 2004;13(8):463-4.
2. Baubeau D, Joubert F, Girard LL. Les passages aux urgences de 1990 à 1998. 1990;8.
3. Grall DJ-Y. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENTES. :30.
4. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
5. Dossier complet – Département du Pas-de-Calais (62) | Insee [Internet]. [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-62>
6. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2018 | Insee [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
7. Francione R, Bissonnier C. Avec la participation de : 63.
8. Au 1^{er} janvier 2016, 1 470 700 habitants dans le Pas-de-Calais - Insee Flash Hauts-de-France - 62 [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3682693>
9. Recherche - SAE Diffusion [Internet]. [cité 25 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
10. Réforme du temps de travail des urgentistes : qui est concerné, comment ça va s'appliquer ? [Internet]. *Le Quotidien du médecin*. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/hopital/reforme-du-temps-de-travail-des-urgentistes-qui-est-concerne-comment-ca-va-sappliquer>
11. Circulaire DGOS/RH4/2015/234 | Services médicaux d'urgence | Temps de travail [Internet]. Scribd. [cité 13 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/272176565/Circulaire-DGOS-RH4-2015-234>
12. N-6950-8443.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: <https://cdn.reseau-canope.fr/archivage/valid/N-6950-8443.pdf>
13. La moitié des urgentistes et des internes en burn-out [Internet]. *Sciences et Avenir*. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/les-urgentistes-et-les-internes-souffrent-de-burn-out_130760
14. Cauterman DM, Haas P-E. maxime.cauterman@sante.gouv.fr pierre-etienne.haas@fr.oleane.com. 2006;53.
15. Marjanovic N, Mesrine M, Lardeur J-Y, Marchetti M, Favreau F, Guenezan J, et al. Respect des recommandations de prescription des examens biologiques et évaluation de leur impact sur le temps de passage aux urgences. *Ann Fr Médecine Urgence*. févr 2017;7(1):7-15.
16. Baubeau C. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. 2003;12.
17. Baubeau - 2003 - Motifs et trajectoires de recours aux urgences hos.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/er215.pdf>
18. er889.pdf [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>

19. thesedescription-fluxet-parcours-patient-urgences-adultes-2015.pdf.
20. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. Ann Fr Médecine Urgence. déc 2015;5(6):283-9.
21. Société francophone de médecine d'urgence, Boivin M. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil. Paris: Brain Storming; 2004.
22. Mardegan DP. Société Francophone de Médecine d'Urgence SAMU de France Société de Réanimation de Langue Française Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2003;6.
23. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? :18.
24. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. [cité 29 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
25. Florent V. Améliorer la gestion du flux de patients au service des urgences du Centre Hospitalier de Bretagne Sud. 2007;81.
26. ATLAS_ORUPACA2011.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: https://ies-sud.fr/wp-content/uploads/2019/03/ATLAS_ORUPACA2011.pdf
27. rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées. 2002;144.
28. investir_pour_lhopital_dossier_de_presse.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/11/investir_pour_lhopital_dossier_de_presse.pdf
29. Plan d'urgence pour l'hôpital - Ma Santé 2022 - Discours du Premier ministre [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/11283-plan-d-urgence-pour-l-hopital-ma-sante-2022-discours>
30. livre-blanc-sudf-151015.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>

.....

Auteur : **Vercruysse-Leroy Alice**

Date de soutenance : **22 avril 2021**

Titre de la thèse : **ÉVOLUTION DU RATIO MÉDECINS / MALADES DE 2013 À 2018 DANS LES SERVICES D'URGENCES DES CENTRES HOSPITALIERS DE MAUBEUGE, VALENCIENNES, CAMBRAI ET DENAIN (GHT)**

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : **Médecine Générale**

DES + spécialité : **Médecine Générale**

Mots-clés : **Ratio Médecins/Malades**

Contexte : L'impression générale d'une augmentation du flux de patients au sein des services d'urgence est un sujet sensible depuis plusieurs années. De nombreux mouvements de grève ont été observés sur l'ensemble du territoire français pour dénoncer le manque de personnel, de matériel, de lits et l'épuisement moral. Les centres hospitaliers du GHT d'Hainaut-Cambrésis ont été concernés par ces revendications ; l'une d'entre elles porte sur le manque d'effectif. Le but de notre étude est d'étudier l'évolution de l'effectif médical dans les services d'urgence du GHT.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique rétrospective multicentrique, réalisée entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2018 dans les centres hospitaliers de Cambrai, Denain, Maubeuge et Valenciennes. L'objectif principal de l'étude est l'évolution du ratio médecins/malades au sein des centres hospitaliers du GHT. Les objectifs secondaires sont les ratios ETP IDE/malades et AS/malades, le nombre d'entrées, l'évolution de la proportion des personnes âgées de plus de 80 ans prises en charge au SAU, la proportion d'hospitalisations, de transferts, d'UHCD et de soins externes. Après la déclaration du traitement des données personnelles auprès du DPO de l'université de Lille, puis la collecte, le triage et la mise en forme des données, un test de Pearson a été réalisé sur le critère de jugement principal. Un p inférieur à 0.05 a été considéré comme seuil de significativité de la corrélation.

Résultats : On constate une augmentation du nombre d'entrées pour les quatre centres réunis de 17.4% sur les six années étudiées. Concernant l'objectif principal, une corrélation forte linéaire significative a été mise en avant ($R= 0.85$ $p=1.410^{-7}$) mais sans évolution des maquettes de présence journalière. Cette corrélation linéaire significative a aussi été repérée sur les critères de jugements secondaires que sont les ratios IDE/AS sur nombre de malades.

Conclusion : Ces résultats montrent une forte corrélation du personnel soignant avec l'augmentation du flux de patient. L'adaptation du temps de travail annuel permettant une amélioration des conditions de travail avec néanmoins une dégradation du rapport médecins/malades journalier. Les effectifs médicaux n'expliquent donc pas à eux seuls l'épuisement des soignants ; d'autres facteurs secondaires, tels que le nombre de sujet âgés, la carence de lits dits « d'aval » et la désertification de la médecine de ville, participent à l'engorgement des SAU, ce qui conduit à un épuisement des équipes soignantes.

Composition du Jury :

Président : **Pr Éric WIEL**

Assesseurs : **Pr Emmanuel CHAZARD, Dr Anita TILLY**

Directeur de thèse : **Dr Claire MASSIN**