

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2021 :

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact des modifications structurelles et organisationnelles sur la
prise en charge des patients et sur les professionnels de la
structure d'urgence du CH Lens.**

**Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2021 à 14h00
au Pôle Recherche
par Julien RYCKEMBUSCH**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Madame le Docteur Alice DELACROIX

Monsieur le Docteur Alain-Éric DUBART

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain-Éric DUBART

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASD : Aide-Soignant Diplômé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COVID 19 : Corona Virus Disease 2019

DGOS : Direction générale de l'Offre de soins

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

DROM : Départements et régions d'outre-mer

ETP : Equivalents Temps Plein

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier Régional

IDE : Infirmiers Diplômés d'Etat

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PC : Poste de Contrôle

PCR : Polymerase Chain Reaction ou réaction de polymérisation en chaîne

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure ou service d'urgence

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMPU : Unité de Médecine Post Urgence

ZAO : Zone d'Accueil et d'Orientation

ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION | 1 |
| A. La médecine d'urgence en France | 1 |
| B. Une hausse de la fréquentation des structures d'urgence..... | 2 |
| C. Causes de la surcharge des structures d'urgence..... | 3 |
| D. Conséquences de la surcharge des structures d'urgence..... | 6 |
| E. Le centre hospitalier de Lens | 7 |
| F. Une structure d'urgence sous tension | 8 |
| G. L'organisation de la structure | 9 |
| H. Problématique..... | 16 |
| I. Objectif de l'étude | 17 |
| MATERIEL ET METHODE | 18 |
| A. Les changements effectués | 18 |
| B. Type d'étude | 25 |
| C. Objectifs et critères de jugement | 25 |
| D. Périodes | 26 |
| E. Critères d'inclusion et de non inclusion..... | 27 |
| F. Recueil des données | 27 |
| G. Analyses statistiques | 29 |
| H. Aspects éthiques et réglementaires | 30 |
| RESULTATS..... | 31 |
| A. Population | 31 |
| B. Durée de passage aux urgences | 33 |
| C. Qualités de vie au travail des professionnels..... | 36 |
| DISCUSSION | 46 |
| A. Durée de prise en charge | 46 |
| B. Qualité de vie des professionnels | 47 |
| C. Limites..... | 49 |
| D. Vers le nouveau service des urgences du CH Lens (2025)..... | 51 |
| CONCLUSION..... | 56 |
| BIBLIOGRAPHIE | 57 |
| ANNEXES..... | 60 |

INTRODUCTION

A. La médecine d'urgence en France

La médecine d'urgence hospitalière telle que nous la connaissons aujourd'hui en France est officialisée par la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière par les termes suivants :

« Le service public hospitalier assure les examens diagnostiques, de traitement et notamment les soins d'urgence des malades, des blessés, des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel. »¹

Dès lors des structures, qui avaient vu le jour dans les années 1960 avec comme mission de prendre en charge les accidentés de la route et les arrêts cardio circulatoires, ont commencé à recevoir des patients souffrants d'autres pathologies (maladies cardio-vasculaires, neurologiques, complications aiguës de maladies chroniques, ...)².

Depuis 2006, la terminologie exacte est « structure d'urgence » ou service d'urgence (SU) qui a remplacé les « Service d'Accueil et de traitement des Urgences ».

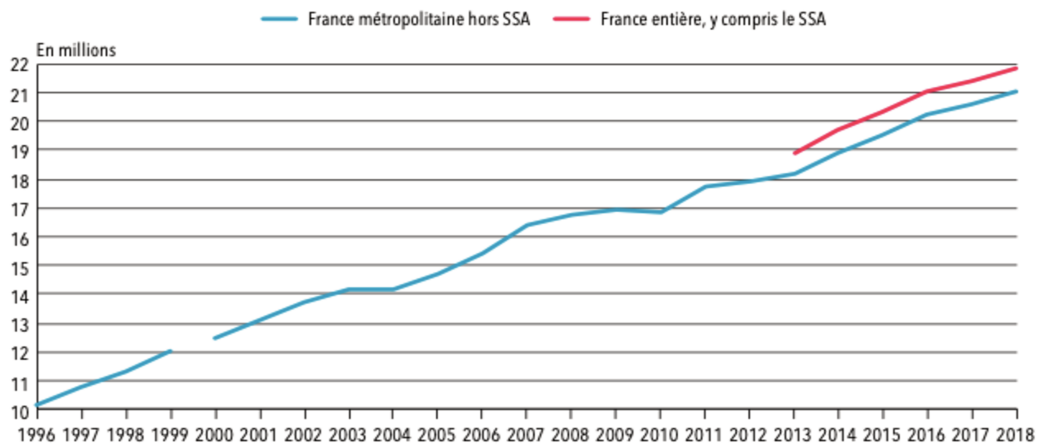
L'autorisation d'activité de médecine d'urgence est délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont dépend l'établissement. Cette activité peut s'exercer selon 3 modalités :

1. SAMU centre 15 : régulation des appels adressés au Service d'Aide Médicale Urgente
2. SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
3. Structure d'urgence

B. Une hausse de la fréquentation des structures d'urgence.

En 2018, il existe en France métropolitaine et DROM, 709 structures d'urgence (Service de Santé des Armées compris). Ces structures d'urgence sont à plus de 80% des établissements publics.³

Selon un sondage IPSOS/FHF de 2019 réalisé dans le cadre du grand débat national de 2019, 29% des français se sont rendus au moins une fois dans un service d'urgence au cours de l'année 2018.⁴ Cette donnée est corroborée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES, service de statistique publique) qui annonce 21,8 millions de passages dans les services d'urgence de France (France métropolitaine et Département et Région d'Outre-mer) en 2018. Toujours selon la DREES, ce nombre de passages était de 10,1 millions en 1996.³ Il a ainsi doublé en 22 ans. Dans le même temps, la population française est passée de 59,28 millions en 1995 à 66,88 millions en 2018 soit une augmentation de 12%⁵.



*Figure 1 : Évolution de nombre de passages aux urgences en France.
D'après la DREES « Panorama : les établissements de santé »
édition 2020*

Cette augmentation amène alors une surcharge des structures d'urgence avec de plus en plus de patients présents au sein de celle-ci.

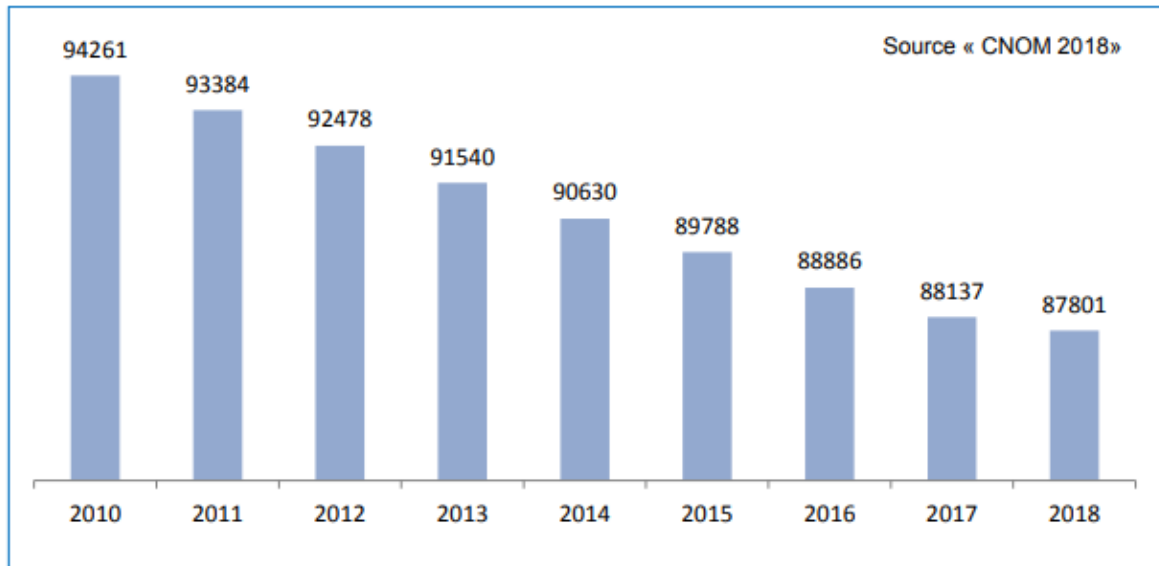
C. Causes de la surcharge des structures d'urgence

L'augmentation de la fréquentation des structures d'urgence peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Dans un premier temps, on observe un changement de comportement des usagers qui consultent plus volontiers aux urgences. Selon le sondage IPSOS/FHF de 2019, 42 % des français estiment s'être déjà rendus dans un service d'urgence pour une raison inadéquate.⁴

Ce changement de comportement découle d'une diminution de la réponse de la médecine de ville aux usagers. Toujours selon le même sondage, 17% des français consultent aux urgences devant l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous en médecine de ville dans un délai acceptable.⁴

En effet, en France, selon le conseil national de l'ordre des médecins, le nombre de médecins généralistes en activité est passé de 94 261 en 2010 à 87 801 en 2018.⁶



*Figure 2 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (valeurs absolues)
D'après le CNOM, « Atlas de la démographie médicale en France » édition 2018*

La Cour des Comptes évoque dans son rapport de 2018 sur la Sécurité Sociale le « rôle palliatif » joué par les urgences hospitalières vis-à-vis des carences de la médecine de ville. Ainsi, les urgences ne prennent plus en charge uniquement les urgences « vraies » ou vitales mais aussi les soins non programmés ne relevant pas de l'urgence mais pour lesquels, la médecine de ville ne peut plus répondre.⁷

La surcharge des services d'urgence peut également s'expliquer par un allongement des temps de prise en charge.

On note une augmentation des demandes d'examen complémentaires dont l'accès est parfois complexe hors milieu hospitalier (scanner par exemple).

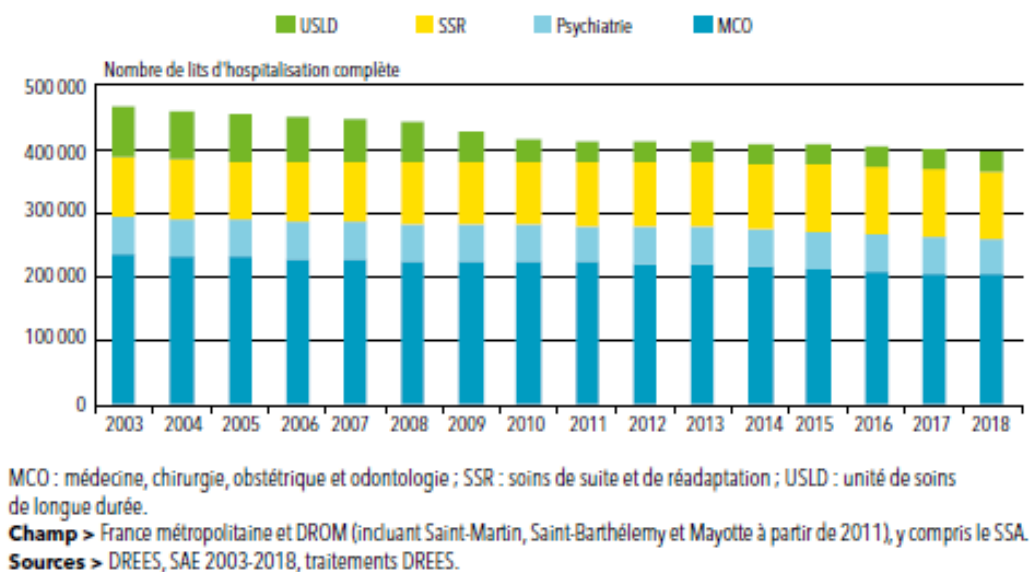


Figure 3 : Nombre de lits d'hospitalisation complète en France

D'après la DRESS « Statistique Annuelle des Etablissement de santé ». Edition 2020

On peut également évoquer le vieillissement de la population et ce qu'il implique : des pathologies plus complexes et intriquées, augmentant ainsi la nécessité d'hospitalisation ou d'avis multidisciplinaire (prenons l'exemple du passage des équipes mobiles de gériatrie dans les structures d'urgence). Selon l'INSEE, la part des 65 ans ou plus a augmenté de 4.7 points entre 2000 et 2020.

Enfin, on peut noter la difficulté à obtenir des lits d'aval pour les patients dont les soins ne sont pas programmés. En effet, l'augmentation du nombre de passages dans les structures d'urgence n'a pas entraîné d'augmentation du nombre de lit d'aval. Au contraire, on assiste à une baisse du nombre de lits d'hospitalisation « complète » au profit des lits d'hospitalisation « partielle » c'est-à-dire sans nuitée.³ Cela s'explique par une volonté de réduction des coûts avec notamment la volonté d'une prise en charge le plus possible en ambulatoire.

D. Conséquences de la surcharge des structures d'urgence

Cette augmentation constante de l'activité des structures d'urgence ne s'accompagne pas d'une augmentation parallèle des moyens, qu'ils soient humains, ou matériels. Les recommandations de la SFMU sur l'organisation des services d'urgence de 2004⁸ exposent la nécessité de la mise en place d'une organisation des soins différente avec une réelle marche en avant des patients. Mais, même si ces recommandations ont plus de 15 ans, cette nouvelle organisation n'est, pour la plupart des structures, toujours pas mise en place.

En janvier 2018, SAMU Urgences de France (SudF) a mis en place un indicateur de saturation des structures d'urgence appelé « No bed challenge ». Il s'agit de mesurer le nombre de patients se retrouvant à passer la nuit sur un brancard dans une structure d'urgence.⁹

C'est ainsi que le temps moyen de passage dans les structures d'urgence s'est progressivement allongé. En 2014, selon une étude de la DREES réalisée sur 52 000 patients étant passés aux urgences, 52% sont restés plus de 2 heures dans la structure. 21% des patients sont restés plus de 4 heures.¹⁰

Dès 2006, une étude rétrospective australienne montrait une association significative entre saturation des structures d'urgence et des hôpitaux et augmentation de la mortalité.¹¹ En France, une étude rétrospective réalisée au CHU de Nîmes montre qu'en 2017 le taux de mortalité intra hospitalière est plus élevé chez les patients attendant dans la structure d'urgence faute de lit d'aval disponible.¹²

Une étude américaine de 2010 montre que la surcharge d'une structure d'urgence est associée à une augmentation des erreurs médicamenteuses¹³

E. Le centre hospitalier de Lens

Le centre hospitalier (CH) Dr SCHAFFNER se situe à Lens, route de La Bassée. Il fait partie du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) de l'Artois. Il en est l'établissement support. L'hôpital depuis sa création en 1936 est organisé en pavillons. C'est le centre hospitalier le plus important du Pas-de-Calais en termes d'activité. La zone d'attractivité du GHT concerne une population de plus de 510 000 personnes selon la Direction Générale de l'Offre de soins.¹⁴

Il existe un projet de nouvel hôpital dont la livraison est prévue pour 2025.



Figure 4 : Plan du CH Lens. D'après le livret d'accueil du CH Lens

F. Une structure d'urgence sous tension

La structure d'urgence de l'établissement se situe dans le pavillon DELPLACE (Bâtiment F, entrée 2 sur le plan ci-dessus). Ce bâtiment a été construit dans les années 1970. L'autorisation d'activité de médecine d'urgence au centre hospitalier de Lens porte sur 2 modalités

- 1- SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- 2- Structure d'urgence

La filière adulte de la structure d'urgence prend en charge 48000 patients en 2018 selon les chiffres du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de l'hôpital. Ainsi le nombre moyen de passages journalier est de 130 par jour.

Cette structure n'échappe pas à l'augmentation des contraintes que les structures d'urgence subissent au niveau national. C'est ainsi que la situation s'est progressivement tendue jusqu'à un point de non-retour atteint début 2019. Le service n'a présenté que très peu de modifications dans son fonctionnement depuis sa création dans les années 70. La montée en charge avec une augmentation constante du nombre de patients a entraîné une dégradation progressive des conditions de travail pour les professionnels et de prise en charge pour les patients

Le 14 février 2019, le directeur du centre hospitalier de Lens alerte l'ARS des Hauts de France quant à une situation de crise dans la structure d'urgence de son établissement. Le service bénéficie d'un audit réalisé sous la direction de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) le 20 février 2019. Suite à cet audit, le service bénéficie d'une mission d'appui régional soutenue par l'ARS.

Ces audits et mission d'appui ont déclenché en plus des réorganisations fonctionnelles, un plan de rénovation architectural. L'objet de ce travail est donc de présenter ces modifications et de vérifier l'impact sur la prise en charge des patients ainsi que sur le vécu des équipes du service.

G. L'organisation de la structure

Nous allons à présent décrire l'organisation de la structure d'urgence du CH Lens jusqu'en février 2019.

1. Les effectifs médicaux

Début 2019, l'effectif médical de la structure d'urgence du CH Lens comptait 19 équivalents temps plein (ETP). Selon le rapport d'activité du pôle urgence du GHT¹⁵, l'effectif tombait même à moins de 11 ETP au cours de l'année 2019.

Selon le projet de service de mars 2019, l'effectif cible était de 22.70 ETP.

2. L'architecture et l'organisation des locaux

Comme dit précédemment, le CH Lens est un hôpital pavillonnaire. Le service d'urgence se situe dans le pavillon F, en plein cœur du centre hospitalier. Il est donc plus difficile d'accès et moins visible que s'il était proche de la porte principale de l'hôpital, comme le suggère les recommandations de la SFMU sur l'architecture des services d'urgence.⁸

Le service était organisé de la manière suivante :

a. La zone d'accueil et d'orientation (ZAO)

Cette zone permettait le premier contact avec les patients. C'était l'interface entre la ville et l'hôpital. L'objectif était d'évaluer le degré d'urgence et d'orienter le patient vers le bon secteur. L'entrée était séparée entre les patients arrivant par leurs propres moyens et les patients amenés par les secours (ambulances, pompiers, SMUR).

Les patients trouvaient le premier contact paramédical juste après l'entrée dans l'hôpital. Le but de ce temps était d'enregistrer le motif de venue du patient.

Il existait un box d'examen pour l'infirmière d'accueil et d'orientation. Le but de cette salle était de pouvoir préparer les patients, de prendre leurs constantes et de réaliser un interrogatoire rapide afin de les orienter vers les bonnes zones de prise en charge.

b. SAUV

Selon les recommandations de la SFMU, la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) ou déchocage est un lieu d'accueil, au sein du service d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.¹⁶

Ici, la SAUV possédait une capacité de 6 lits répartis en 3 salles de 2 lits chacune. Ces dernières faisaient respectivement 26, 29 et 34m². Les recommandations suggèrent qu'une SAUV doit avoir une surface minimale de 15m² par lit.

Il s'agissait des seules salles permettant une surveillance des paramètres vitaux en temps réel à l'aide de moniteurs multiparamétriques. Ainsi, les patients ne nécessitant pas de prise en charge au déchocage mais une surveillance scopée

passaient également par ce secteur. Parfois, ceux-ci y restaient en surveillance. Il arrivait par moment que certains patients soient dans le couloir, faute de place dans le déchocage.

Le secteur du déchocage bénéficiait d'un poste de contrôle ou PC dédié attenant. Il permettait au personnel médical et paramédical d'avoir accès au système informatique et de consulter les dossiers des patients.

c. Filière dite « légère »

La prise en charge des autres patients était organisée en une filière dite « légère ». Ces derniers nécessitaient des soins moins lourds selon le tri IOA. Ils étaient jugés comme n'ayant pas de détresse vitale et pouvaient être assis ou couchés.

Ces patients étaient accueillis et attendaient dans 2 salles.

Ceux pouvant être assis attendaient dans la zone dite « bambou » située à côté du déchocage. Cette salle faisait 57m².

Ceux nécessitant d'être allongés attendaient dans une salle appelée « aquarium ». Cette pièce, plus grande, faisait 135m² mais était également, une zone de passage.

Ces pièces étaient organisées en « open space ». Il n'existait pas de paravent ou de rideau.

Cette filière était composée de 5 salles d'examen, deux de 7m², deux de 15m² et la dernière de 14m².

Après examen médical et en attendant les résultats des examens complémentaires, les patients retournaient dans leurs zones d'attente initiales.

Il existait un poste de contrôle pour cette filière. Le sol de cette pièce ne possédait pas de revêtement. Le mobilier était posé à même le sol en béton.

Il n'existait pas de poste de soin à proprement parler. La préparation des gestes thérapeutiques et des médicaments était réalisée dans le couloir où étaient situés 3 chariots de soin.

A noter que sur ce secteur comme pour le reste du service, il n'existait pas de salle de bain permettant aux patients de pouvoir se laver.

d. Filière de traumatologie

Cette filière gérait exclusivement les patients consultant pour des motifs chirurgicaux ne mettant pas en jeu le pronostic vital. Depuis 2015, 2 salles d'examen étaient dédiées à cette filière. Celles-ci possédaient deux entrées : une provenant de la salle d'attente et une provenant de la salle dédiée à la suture. La salle de suture donnait accès au PC de la filière légère. Il existait donc des pièces en enfilade.

La salle de gypsothérapie était, quant à elle, située plus loin dans le service, dans l'UHCD.

La salle d'attente de la filière traumatologie se situait à proximité immédiate de la ZAO.

e. UHCD

Enfin il existait une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dont la mission était d'accueillir des patients pour surveillance ou en attente d'examens à visée diagnostique. Les textes législatifs précisent que les patients éligibles doivent être admis en UHCD pour une durée de séjour inférieure à 24h dans au moins 90% des cas.

L'unité au CH Lens possédait 16 lits.

f. Prise en charge des patients psychiatriques

Il existait une salle d'entretien qui permettait à l'infirmier de liaison psychiatrique de réaliser un interrogatoire dans une ambiance plus calme et confidentielle.

Les patients ne pouvaient pas rester dans cette salle après l'entretien. Ils rejoignaient donc les autres patients dans les zones d'attente.

Il n'y avait pas la possibilité de garder les patients agités dans une salle dédiée.

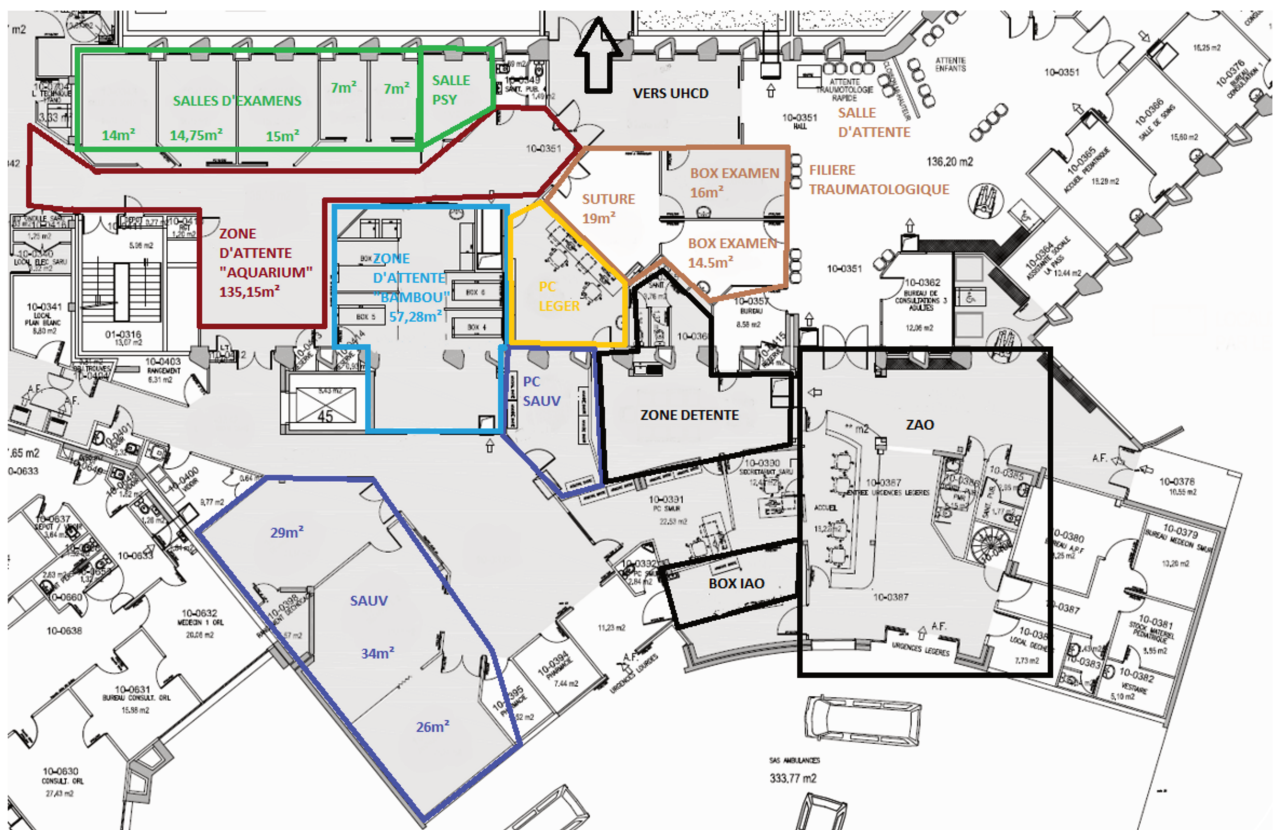


Figure 5 : Organisation du service en 2019

3. La répartition des effectifs

a. La zone d'accueil et d'orientation (ZAO)

L'accueil pour la structure d'urgence était assuré en journée par 2 infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ainsi qu'un hôte d'accueil. La nuit, c'était un IDE qui se chargeait seul de l'accueil, entre 22h et 6h.

Il s'occupait également de l'accueil des urgences pédiatriques. Cette filière était et est toujours gérée par le service de pédiatrie (effectifs médicaux et para médicaux dépendant du pôle mère/enfant).

Ainsi, le nombre moyen d'entrées à l'accueil est de 173 par jour toutes urgences confondues.

b. SAUV

Du côté paramédical, un IDE et un aide-soignant diplômé (ASD) étaient affectés à la SAUV en journée et un IDE seul la nuit.

c. Filière dite « légère »

On comptait 2 IDE, 1 ASD le matin ; 3 IDE, 1 ASD l'après-midi et 2 IDE et 2 ASD la nuit.

d. Filière de traumatologie

Ce secteur était géré par un IDE de 9h à 17h. A partir de 17h, cette filière intégrait la filière légère.

e. UHCD

L'effectif paramédical se composait de 2 IDE et 2 ASD le matin, 1 IDE et 1 ASD l'après-midi et la nuit.

f. Effectif médical

L'effectif médical ne participait pas à l'activité d'accueil. Les 3 médecins présents sur place géraient le flux sans sectorisation, selon une méthode dite « au fil de l'eau ».

Ainsi, nous pouvons résumer l'organisation des effectifs au sein de la structure selon le schéma suivant

| ZONE | ZAO | SAUV | Filière Légère | Filière Traumatologie | UHCD |
|------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Matin | 2 IDE 1 Hôtesse | 1 IDE 1 ASD | 2 IDE 1 ASD | 1 IDE | 2 IDE 2 ASD |
| Après-Midi | 2 IDE 1 Hôtesse | 1 IDE 1 ASD | 3 IDE 1 ASD | 1 IDE jusque 17h | 1 IDE 1 ASD |
| Nuit | 1 IDE | 1 IDE | 2 IDE 2 ASD | | 1 IDE 1 ASD |

Figure 6 : Organisation des effectifs paramédicaux dans le service d'Urgence du CH Lens.

H. Problématique

En février 2019, la région se trouvait dans un contexte d'épidémie de grippe saisonnière importante, augmentant très significativement la fréquentation de la structure avec une tension de gestion de flux très dégradée exacerbant le manque d'effectif.

Les départs médicaux se sont enchaînés jusqu'à une présence de 8 ETP d'urgentiste pour la structure d'urgence et le SMUR. La vétusté des installations et les problèmes d'organisation constituaient un frein au recrutement d'un nouveau personnel.

Le manque de place d'aval et la saturation de l'UHCD amenaient des patients à stagner dans le service. Ils occupaient alors un « lit supplémentaire ». Ces patients attendaient en fait comme les autres dans la zone « aquarium ». Ainsi, ajouté à un manque d'effectif et à l'augmentation du nombre de passages, le flux de patient se trouvait ralenti, augmentant le nombre de patients présents en même temps dans le service.

Suite au rapport de l'audit Flash réalisé par la SFMU, des groupes de travail impliquant les professionnels de la structure, et l'ensemble de la communauté médicale du centre hospitalier ont été mis en place et des réunions avec la direction de l'hôpital ont eu lieu.

Il a été décidé d'apporter des modifications à l'organisation du service et de réaliser des travaux afin de se rapprocher d'un service d'urgence plus moderne et plus fonctionnel.

I. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des réorganisations sur la prise en charge au sein de la structure d'urgence du CH Lens via la durée de passage dans le service.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'impact des réorganisations sur la qualité de vie et de travail des professionnels au sein de la structure.

MATERIEL ET METHODE

A. Les changements effectués

Suite aux constats de la mission d'audit réalisée par des membres de la SFMU le 20 février 2019, des dysfonctionnements et des pistes d'améliorations ont émergé.

Une dotation financière d'un million d'euros est donc débloquée par l'ARS, répartie comme tel :

- 500 000€ pour l'achat et le renouvellement de matériel pour la sécurité des patients (brancards, moniteurs multiparamétriques de surveillance, échographe, matelas, chaises, ...)
- 500 000€ pour la réorganisation architecturale du service.

Des changements ont été actés en se basant sur les recommandations organisationnelles et architecturales de la SFMU et sur les avis des professionnels de la structure (obtenus via des groupes de travail). Ils touchent notamment à l'architecture du service avec des modifications de sectorisations.

Malheureusement, le milieu architectural reste contraint. L'amélioration recherchée est à court et moyen terme, le nouvel hôpital de Lens et à fortiori le nouveau service d'urgence devant être livré en 2025.

Les changements organisationnels ont débuté dès 2019. En ce qui concerne les changements structurels et les travaux, ils ont débuté en janvier 2020.

1. Une réorganisation des filières de soin et des travaux modifiant les espaces

Pour se rapprocher des recommandations de la SFMU, le service a été réorganisé afin de permettre un cloisonnement des flux de patients. Ainsi, les patients des différents secteurs (déchocage, patients debout ou couchés) doivent moins se croiser.

Les recommandations montrent également l'intérêt d'une vraie synchronisation des temps de travail entre le personnel médical et le personnel paramédical.

a. La Zone d'accueil et d'orientation

Peu de changements ont été réalisés dans cette zone. Le box d'IOA a été fusionné avec un placard adjacent afin que la salle soit plus grande et plus pratique (environ 15m²). En effet, les recommandations SFMU suggèrent une surface du box IOA entre 15 et 30m² selon le nombre de patients pris en charge. L'entrée et la sortie de cette pièce sont différentes. Ainsi, c'est une porte d'entrée vers les zones de soin.

La zone d'accueil a été sécurisée avec l'installation d'un nouveau comptoir et de vitres en plexiglas afin d'éviter d'éventuelles agressions.

L'entrée entre les patients couchés et debout était déjà séparée, ce qui est en accord avec les recommandations.

Une salle d'attente a été aménagée devant la ZAO comme recommandé par la SFMU. Cette salle d'attente dispose de chaises, pour permettre aux proches

des patients d'attendre assis, de distributeurs de boissons et de nourriture ainsi que de sanitaires.

b. Création d'une Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD)

Dans l'ancienne organisation du service, les seules salles permettant une surveillance scopée étaient situées au déchochage. Il y avait donc un flux important de patient dans cette zone, dont beaucoup ne relevaient pas de la SAUV du point de vue de la gravité de leur pathologie.

Il est ainsi décidé de créer une zone de surveillance de très courte durée ou ZSTCD afin de pouvoir prendre en charge ces patients, l'objectif étant ainsi de décharger le déchochage et de recentrer son activité sur les patients le nécessitant.

Cette zone nouvelle remplace l'ancienne zone « bambou ». Elle comporte 4 places.

c. Création d'une filière de soins externes

Les patients assis qui étaient pris en charge en zone « bambou » rejoindront ceux de la filière traumatologique afin de créer une filière de soins externes. Ainsi tous les patients ne nécessitant pas d'être allongés, se retrouve dans une salle d'attente assise.

Les deux box d'examen qui étaient dédiés à la filière traumatologique avant travaux, restent dédiés à la filière des soins externes. Il n'y a pas nécessité d'augmenter leur nombre car la prise en charge des patients reste rapide, ceux-ci retournent en salle d'attente une fois l'examen clinique terminé.

Les travaux permettent simplement de créer une nouvelle porte d'accès à la salle de suture permettant de supprimer le caractère passant de cette salle.

d. La réorganisation de la filière légère

La première conséquence attendue d'une réorientation des patients assis dans une filière de soins externes est la diminution du nombre de patients en filière dite « légère » et donc du nombre de patients dans la salle d'attente qui lui est dédié. Ainsi, on peut s'attendre à un meilleur flux.

Le deuxième axe de travail a été la création de nouvelles salles d'examen pour la filière légère. On passe de 5 salles d'examen à 9. Les nouvelles salles sont situées derrière la salle d'attente « aquarium » et prennent la place d'anciens bureaux et d'une salle de réunion. L'augmentation du nombre de salles d'examen vise à se rapprocher des standards observés lors d'audit dans les services d'urgence en France, à savoir, une salle d'examen pour 1200 à 3000 passages annuels. En prenant les 48 000 passages du service il en faudrait au minimum 16.

Ces salles font entre 9 et 11m². Selon les recommandations SFMU, ces salles d'examens sont un peu petites (recommandation entre 14 et 16m²). L'équipement de ces salles est standardisé permettant une utilisation optimale et un apprentissage de l'équipement par le plus de personnel possible.

La période de travaux a également permis la création d'une salle de bain pour les patients. Les recommandations demandent que le service d'urgence puisse assurer la toilette des patients, ce qui était très compliqué avant les travaux devant l'absence de salle de bain.

e. Reste des travaux

Le reste des travaux n'a que peu modifié l'organisation des différentes zones. Ceux-ci ont principalement eu pour objectif de rafraîchir et de moderniser les salles déjà existantes.

La zone de détente a été entièrement refaite. Du mobiliers neuf a été acquis.

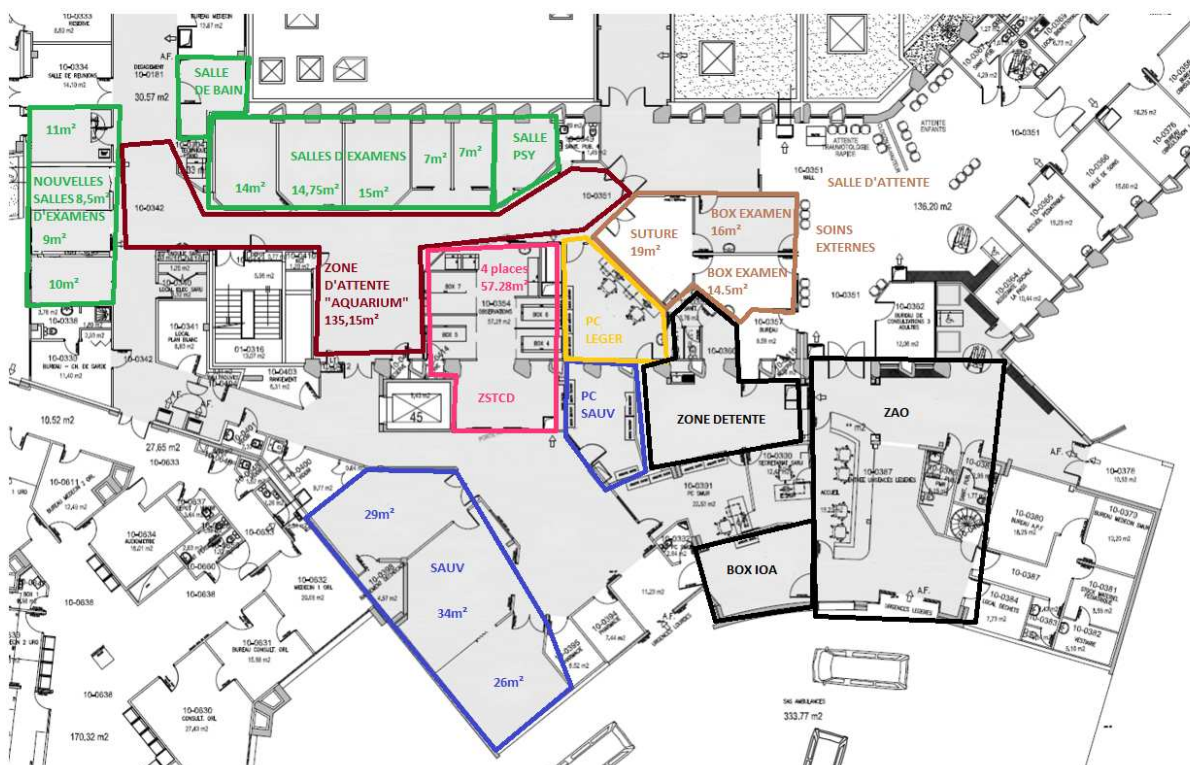


Figure 7 : Nouvelle organisation du service

f. La gestion des lits d'aval

Un des problèmes soulevés par l'audit Flash de la SFMU était la gestion des lits d'aval. En effet, en cas de manque de lit d'aval, le système des lits supplémentaires laissait la gestion de ce surplus de patients à la charge du service d'urgence seul. Pour éviter au maximum d'employer cette solution, une Unité de Médecine Post Urgence (UMPU) a été ouverte. Celle-ci est composée de 6 lits et est gérée par le service de Médecine Polyvalente.

Un système de gestion des hébergements a également été mis en place. Lorsqu'un patient doit être hospitalisé dans un service sans lit pouvant l'accueillir, celui-ci peut être hospitalisé dans un autre service. La gestion médicale du patient incombe au service initialement prévu. Le service rapatrie le patient dans ses lits dès qu'une place se libère.

2. La création d'un binôme médecin/équipe paramédicale

La grande modification dans l'affectation des équipes dans les différentes zones se situe au niveau médical. En effet, avant cette réorganisation, les médecins n'étaient pas affectés à une zone et prenaient en charge les patients au fil de l'eau. La répartition était ainsi équitable en nombre de patients entre médecins. Il en découlait une diversification de l'activité pour un même médecin entre les différents secteurs (des patients du déchocage et de la filière légère en même temps) pas forcément équitable en terme de charge de travail.

a. La zone d'accueil et d'orientation (ZAO)

L'accueil pour la structure d'urgence est assuré en journée par 2 infirmiers diplômés d'Etat (IDE), un aide-soignant ainsi qu'un hôte d'accueil. La nuit, c'est un IDE et un ASD qui accueillent les patients entre 22h et 6h.

b. SAUV

L'effectif paramédical qui est affecté à la SAUV comporte un IDE, un aide-soignant diplômé (ASD) en journée et un IDE seul la nuit.

c. Zone de surveillance de très courte durée ZSTCD

D'un point de vue paramédical un IDE seul est affecté à la ZSTCD pendant 24h. L'aide-soignant affecté à la SAUV peut se détacher pour aider l'IDE en journée. Un médecin est affecté à la SAUV et à la ZSTCD en journée et jusque minuit en semaine.

d. Filière dite « légère »

On compte 2 IDE, 2 ASD le matin ; 2 IDE, 2 ASD l'après-midi et 1 IDE et 2 ASD la nuit. Deux médecins sont affectés à la filière légère en journée. Ceux-ci assurent également la garde en gérant tous les secteurs la nuit.

e. Filière des soins externes

Ce secteur est géré par un IDE toute la journée.

Un médecin y est affecté en journée.

f. UHCD

L'effectif para médical pour l'UHCD est de 2 IDE et 2 ASD le matin, 1 IDE et 1 ASD l'après-midi et la nuit. Un médecin y est affecté en journée

| | | | | | | |
|------------|-----------------------------|----------------|-------|------------------------|----------------------|----------------------|
| ZONE | ZAO | SAUV | ZSTCD | Filière Légère | Soins Externes | UHCD |
| Matin | 2 IDE 1 ASD 1 Hôtesse | 1 IDE 1 ASD | 1 IDE | 2 IDE 2 ASD | 1 IDE | 2 IDE 2 ASD |
| Après-Midi | 2 IDE 1 ASD 1 Hôtesse | 1 IDE 1 ASD | 1 IDE | 2 IDE 2 ASD | 1 IDE | 1 IDE 1 ASD |
| Nuit | 2 IDE 1 ASD 1 Hôtesse | 1 IDE | 1 IDE | 1 IDE 2 ASD | 1 IDE | 1 IDE 1 ASD |
| | 1 médecin jusque minuit | | | 2 médecins pendant 24h | 1 médecin en journée | 1 médecin en journée |

Figure 8 : Nouvelle organisation des effectifs médicaux et paramédicaux dans le service d'Urgence du CH Lens.

B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique, observationnelle, rétrospective, sans intervention sur la personne au sein du service d'urgence du Centre Hospitalier de Lens.

C. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact des réorganisations sur la prise en charge au sein de la structure d'urgence du CH Lens. Le critère de jugement principal est la comparaison de la durée de passage au sein du service avant et après les réorganisations.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'impact des réorganisations sur la qualité de vie et de travail des professionnels au sein de la

structure. Il est évalué par la réalisation d'un questionnaire diffusé auprès des professionnels de santé de la structure.

D. Périodes

Concernant l'analyse du critère de jugement principal, il a été retenu 2 périodes d'inclusions distinctes avec une période de « wash in » intercurrente

- La première période, du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2018
- Une période de « wash in » correspondant à la mise en place des différentes modifications du 1^{er} février 2018 au 31 décembre 2020
- La seconde période, du 1^{er} janvier 2021 au 31 janvier 2021

Il a été décidé de choisir ces 2 périodes d'un mois, pour s'affranchir de plusieurs problématiques.

En premier lieu, il a été décidé de ne pas étudier la période de crise de début 2019. En effet, avec moins de praticiens, les délais de prises en charge étaient forcément plus longs et une différence statistique significative pourrait être due à une simple résolution de la crise, sans modifications de l'organisation mais avec un simple recrutement de personnel médical.

La seconde problématique est la pandémie COVID 19 qui a débuté en France et dans la région des Hauts de France à partir de février 2020. Cette pandémie a particulièrement impacté le fonctionnement des services d'urgence avec notamment pendant la « première vague », un flux de patient nettement inférieur au flux habituel et pendant la « deuxième vague » un flux conservé mais des délais plus longs du fait de l'attente de résultats des test virologiques type PCR.

Le mois de janvier 2021 représente une période de creux pandémique entre les « deuxième » et « troisième » vagues de la pandémie à COVID 19 en France.

Enfin, il nous semblait important de sélectionner 2 périodes survenant à la même période saisonnière. En effet, le flux est variable en fonction des différentes saisons et périodes de vacances scolaires.

E. Critères d'inclusion et de non inclusion

Les critères d'inclusion retenus étaient tout passage dans la structure d'urgence du CH Lens pendant les périodes d'inclusion.

Les patients mineurs consultant pour une problématique médicale nécessitant un passage par la filière pédiatrique étaient exclus (Filière gérées par les pédiatres et les internes de pédiatrie).

F. Recueil des données

Concernant le critère de jugement principal, la durée de passage a été récupérée auprès du Département d'Information Médicale du CH Lens. L'âge et le sexe des patients ont été récupérés. La durée de séjour a été arrondie à l'heure entière la plus proche.

Concernant le critère de jugement secondaire, l'évaluation de la qualité de vie des professionnels au sein du service a été évaluée à l'aide d'un questionnaire (Annexe 1). Ce questionnaire est réalisé via le logiciel en ligne Google Form. Les réponses sont anonymes.

Ce questionnaire est composé de 8 parties

- Une partie concernant les caractéristiques des professionnels (sexe, âge, fonction, ancienneté)
- Une partie sur la santé personnelle
- Une partie sur l'organisation du service
- Une partie sur la prise en charge des patients
- Une partie sur l'ergonomie de l'environnement de travail
- Une partie sur le lieu de vie
- Une partie sur les relations inter professionnelles
- Une partie sur la sécurité

Au total, ce questionnaire comporte 46 questions fermées. A la fin de chaque partie, il existe une case permettant une réponse libre à propos de la thématique abordée par la partie. En dehors de la première partie concernant les caractéristiques de la population, les questions évaluent le degré d'accord avec la proposition via 4 possibilités :

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Une seule réponse par question était possible.

Le questionnaire vise les professionnels de santé qui ont plus de 2 ans d'expérience dans le service des urgences du CH Lens. Ainsi, ceux-ci pourront comparer l'évolution de leur qualité de vie au travail au cours des 2 dernières années.

Le questionnaire a été diffusé du 5 juillet 2021 au 02 août 2021. Le personnel a été sensibilisé à l'étude via une note affichée dans le service (Annexe 2). Pour accéder au questionnaire, un QR code était présent sur l'affiche.

G. Analyses statistiques

Concernant le critère de jugement principal, l'analyse statistique a été réalisée par la cellule de biostatistique du CHU de Lille à l'aide du système SAS (SAS Institute Version 9.4).

Le niveau de significativité a été fixé à 5%.

Les paramètres qualitatifs ont été exprimés en termes de fréquences et de pourcentages. L'âge à l'entrée a été exprimé en termes de moyenne et de déviation standard, la durée de passage aux urgences a été exprimée par la médiane et l'intervalle interquartile. La distribution de ces paramètres a été analysée graphiquement et par le test de Shapiro Wilk.

L'âge à l'entrée a été comparé entre les deux périodes par le test t de Student. Le sex-ratio a été comparé entre les deux périodes par le test du Chi-2.

La durée de passage a été comparée (après transformation en log) entre les deux périodes par un modèle linéaire généralisé. Le même modèle a été utilisé pour tester l'interaction entre la période et le devenir du patient (retour à domicile, hospitalisation ou retour à domicile après passage par l'UHCD).

En cas d'interaction significative, la comparaison entre les deux périodes a été réalisée par devenir du patient par des contrastes linéaires.

Ce modèle a également été réalisé avec un ajustement sur l'âge d'entrée.

Concernant le critère de jugement secondaire, une fois le questionnaire clôturé, les données ont été récupérées via le logiciel Excel. Le calcul des pourcentages sur chaque question a ainsi pu être réalisé. Les résultats ont été présentés sous forme de graphiques.

H. Aspects éthiques et réglementaires

Notre étude n'impliquant pas la personne humaine par son caractère rétrospectif, elle ne relève pas de la loi Jardé et n'est pas soumise à l'avis d'un Comité de Protection des Personnes.

Ce projet de recherche est conforme à la méthodologie de référence MR004 éditée par le CNIL. Le GHT de l'Artois, responsable du traitement des données pour cette étude, s'est engagé à respecter cette méthodologie (Annexe 3)

RESULTATS

A. Population

Pour rappel, nous nous intéressons aux passages aux urgences générales du CH Lens sur les périodes du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2018 et du 1^{er} janvier 2021 au 31 janvier 2021.

Au total, on compte 7434 passages aux urgences adultes pour les deux périodes. Ces passages étaient répartis de la manière suivante :

- 3885 passages sur le mois de janvier 2018.
- 3549 passages sur le mois de janvier 2021.

Ainsi, nous pouvons résumer la population dans le diagramme de flux suivant

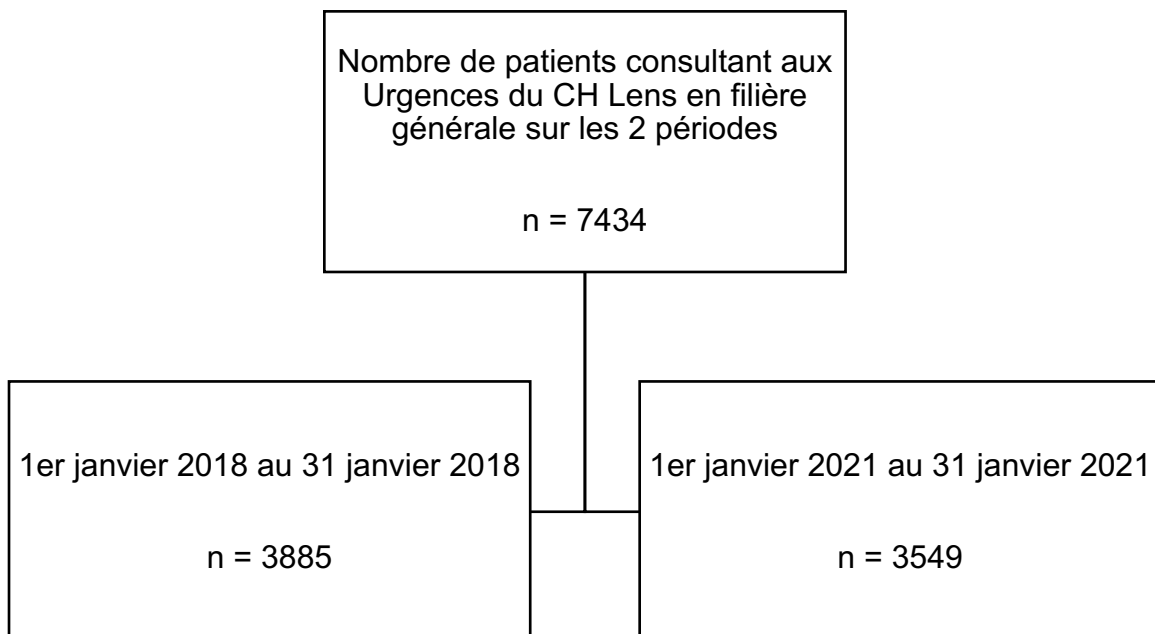


Figure 9 : Diagramme de flux

Sur l'ensemble de la population étudiée, 3585 patients étaient des femmes soit 48%. Elles étaient 1867 en janvier 2018 soit 48% et 1718 en janvier 2021 soit 48.4%. La répartition est donc homogène avec un $p = 0.7620$. Les effectifs pour chaque période sont regroupés dans le tableau 1.

| Sexe | Période | | |
|-------|---|---|-------|
| | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2018 N(%) | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2021 N(%) | Total |
| Femme | 1867 (48) | 1718 (48.4) | 3585 |
| Homme | 2018 (52) | 1831 (51.6) | 3849 |
| Total | 3885 | 3549 | 7434 |

Tableau 1 : Effectifs selon le sexe, par période.

La moyenne d'âge des populations est de 46 (± 25) ans et de 45 (± 26) ans en 2018 et 2021 respectivement, sans différence significative ($p = 0.0618$).

| Période | Effectifs | Moyenne | Minimum | Maximum |
|---|-----------|-----------------|---------|---------|
| 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2018 | 3885 | 46 (± 25) | 0 | 103 |
| 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2021 | 3549 | 45 (± 26) | 0 | 100 |

Tableau 2 : Age des populations, par période

Le devenir des patients consultant aux urgences a été classé en 3 catégories : retour à domicile, hospitalisation, passage en UHCD avant retour à domicile.

| Période | Devenir | Nombre de passages | % |
|---|-------------------|--------------------|------------|
| 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2018 | Hospitalisation | 632 | 16.3 |
| | Passage en UHCD | 419 | 10.8 |
| | Retour à domicile | 2834 | 72.9 |
| | Total | 3885 | 100 |
| 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2021 | Hospitalisation | 613 | 17.3 |
| | Passage en UHCD | 543 | 15.3 |
| | Retour à domicile | 2393 | 67.4 |
| | Total | 3549 | 100 |

Tableau 3 : Effectif par période selon le devenir des patients

B. Durée de passage aux urgences

1. Analyse des médianes de durée de passage

Après avoir recueilli les différentes durées de passage aux urgences sur les deux périodes étudiées, nous avons calculé les moyennes de durée de passage ainsi que les médianes. (Tableau 4)

Les moyennes étant très élevés par rapport aux médianes, nous avons conclu que la répartition des durées de passages aux urgences n'était pas homogène.

Ainsi, nous avons décidé d'exprimer nos résultats selon les médianes, quartiles et espace inter quartiles.

| Données | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2018 | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2021 |
|--------------------------------|---|---|
| Effectif | 3885 | 3549 |
| Moyenne | 7.8 ± 13.0 | 6.3 ± 7.9 |
| Médiane, (IQR*), Q1, Q3 | 4.0 (6), 2, 8 | 4.0 (5), 2, 7 |
| Minimum | 0 | 0 |
| Maximum | 195.0 | 112.0 |

Tableau 4 : Durée moyenne de passage, médiane et quartiles, par période, en heures *IQR = Interquartile Range ou Espace interquartile

On constate que la médiane de durée de passage entre le mois de janvier 2018 et le mois de janvier 2021 est la même (4h). Il y a peu de modification au niveau des paramètres de dispersion. On note tout de même une légère diminution de la dispersion avec notamment les durées de séjour les plus longues qui semblent raccourcies.

Nous avons ensuite calculé les moyennes, médianes, quartiles des durées de passage selon le devenir des patients (retour à domicile, UHCD avant retour à domicile, hospitalisation). (Tableau 5)

| Données | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2018 | 1 ^{er} janvier – 31 janvier 2021 |
|-------------------------------|---|---|
| Hospitalisation | N = 632 | N = 613 |
| Moyenne | 15.9 ± 17.8 | 11.4 ± 9.7 |
| Médiane, (IQR), Q1, Q3 | 9.0 (17), 5, 22 | 8.0 (11), 5, 16 |
| Minimum | 0 | 1.0 |
| Maximum | 192.0 | 76.0 |
| Passage en UHCD | N = 419 | N = 543 |
| Moyenne | 24.1 ± 20.0 | 13.9 ± 10.4 |
| Médiane, (IQR), Q1, Q3 | 19.0 (13), 13, 26 | 12.0 (11), 7, 18 |
| Minimum | 0 | 1.0 |
| Maximum | 177.0 | 103.0 |
| Retour à domicile | N = 2834 | N = 2393 |
| Moyenne | 3.5 ± 5.5 | 3.3 ± 4.0 |
| Minimum | 0 | 0 |
| Médiane, (IQR), Q1, Q3 | 3.0 (4), 1, 5 | 3.0 (3), 1, 4 |
| Maximum | 195.0 | 112.0 |

Tableau 5 : Durée moyenne de passage, médiane et quartiles selon le devenir du patient, par période, en heures

Concernant les patients hospitalisés suite à leur passage aux urgences, nous constatons que la médiane de durée de passage a légèrement diminué. Par contre, les paramètres de dispersion sont en baisse. Le 3ème quartile est en baisse. On peut donc dire que les durées de séjour les plus longues diminuent.

Chez les patients passant par l'UHCD avant un retour à domicile, la médiane de durée de passage est passé de 19h en 2018 à 12h en 2021 soit une diminution

de la médiane de 7h. On constate les mêmes diminutions des caractères de dispersion.

Concernant les patients rentrant chez eux directement après le passage aux urgences, la médiane de durée de passage est restée constante à 3h entre janvier 2018 et janvier 2021. Les paramètres de dispersion restent inchangés.

Ainsi de manière générale, les modifications apportées au service entre 2018 et 2021 semblent diminuer les durées moyennes de séjour les plus longues.

2. Modèle linéaire généralisé

Nous avons décidé de réaliser une analyse en modèle linéaire généralisé avec un terme d'interaction entre la période et le devenir du patient.

| Devenir du patient | Estimation | Erreur Standard | Effectif | Valeur T | p |
|---------------------------|-------------------|------------------------|-----------------|-----------------|----------|
| Passage en UHCD | -0.4851 | 0.04346 | 7428 | -11.2 | <0.0001 |
| Hospitalisation | -0.1595 | 0.03789 | 7428 | -4.2 | <0.0001 |
| Retour à domicile | -0.02592 | 0.01856 | 7428 | -1.4 | 0.16 |

Tableau 6 : Comparaison de la durée de séjour entre la période de janvier 2021 et de janvier 2018 en interaction avec le devenir du patient.

Concernant les patients hospitalisés, il existe donc une différence significative entre la durée de passage entre janvier 2018 et janvier 2021.

Pour les patients ayant fait un passage en UHCD, la différence est également significative.

Enfin, concernant les patients rentrant chez eux directement après le passage aux urgences, il n'y a pas de différence significative entre la durée de séjour aux urgences en janvier 2018 et janvier 2021.

3. Ajustement sur l'âge

| Devenir du patient | Estimation | Erreur Standard | Effectif | Valeur T | p |
|--------------------|------------|-----------------|----------|----------|---------|
| Passage en UHCD | -0.4591 | 0.04230 | 7427 | -10.9 | <0.0001 |
| Hospitalisation | -0.1630 | 0.03686 | 7427 | -4.4 | <0.0001 |
| Retour à domicile | -0.00450 | 0.01808 | 7427 | -0.3 | 0.8035 |

Tableau 7 : Comparaison de la durée de séjour entre la période de janvier 2021 et de janvier 2018 avec ajustement sur l'âge et en interaction avec le devenir du patient

Nous avons ensuite réalisé un ajustement sur l'âge afin d'éviter un éventuel facteur confondant.

Les résultats sont superposables avec une différence statistiquement significative chez les patients étant hospitalisé ainsi que chez les patients passant par l'UHCD avant leur retour à domicile. Il n'y a pas de différence significative chez les patients rentrant directement chez eux après leur passage aux urgences.

C. Qualités de vie au travail des professionnels

Le questionnaire diffusé auprès des professionnels de la structure a permis de récolter 20 réponses. Nous allons présenter les résultats sous la forme de graphiques et de pourcentages.

Sur les 20 personnes ayant répondu au questionnaire, 90% sont des femmes.

(Figure 9.)

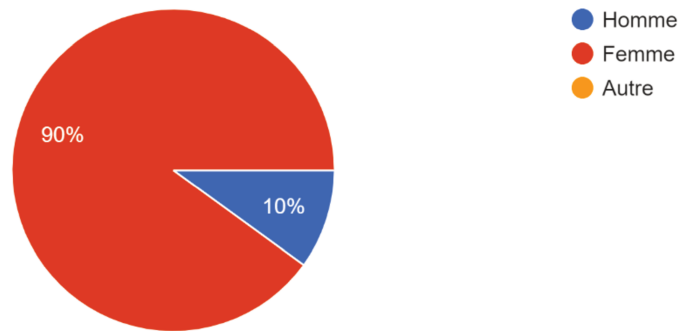


Figure 9 : Répartition des réponses à la question sur le sexe des répondants.

50% des professionnels ayant répondu au questionnaire ont entre 25 et 34 ans, 20% ont moins de 25 ans, 15% entre 35 et 44 ans et 15% entre 45 et 54 ans. (Figure 10).

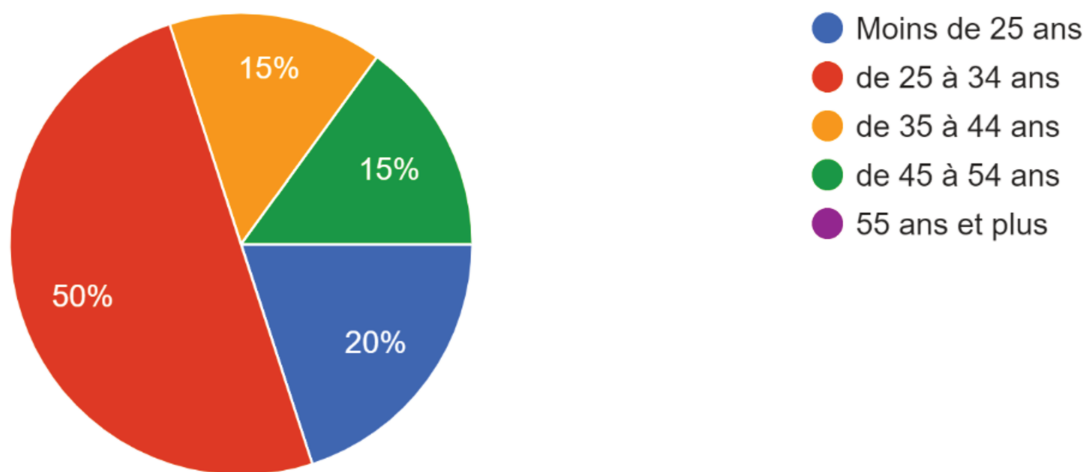


Figure 10 : Répartition des réponses à la question sur l'âge

70 % des répondants sont des Infirmiers Diplômés d'Etat, 15% des Aides-Soignants et 15% des médecins. (Figure 11).

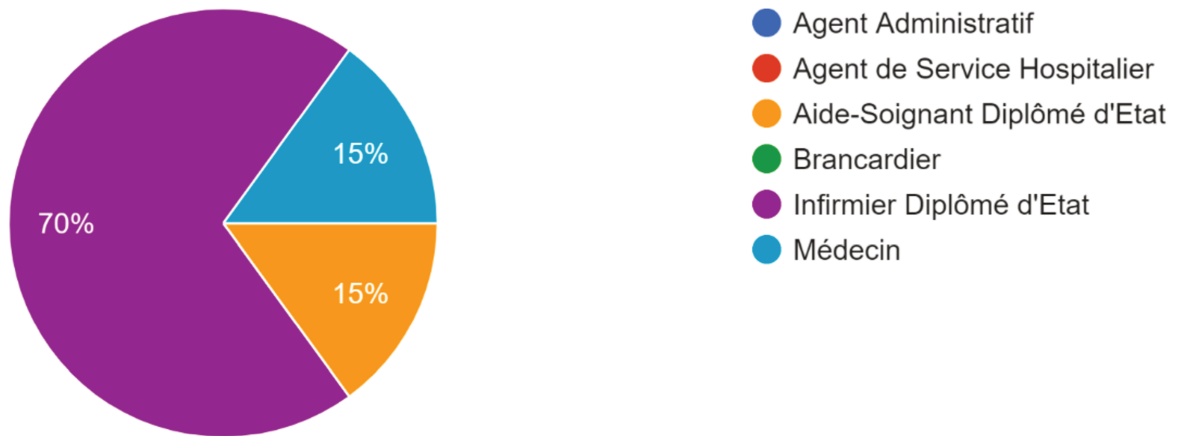


Figure 11 : Répartition des réponses à la question « quelle est votre fonction au sein du service »

L'ensemble des résultats du questionnaire est résumé dans un tableau présenté en annexe (Annexe 4).

Nous allons traiter les principaux résultats du questionnaire.

1. La santé personnelle des professionnels

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|---|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1 | Mon travail est stressant | 52,90% | 41,20% | 5,90% | 0% |
| 2 | Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus stressant | 29,40% | 47,10% | 17,60% | 5,90% |
| 3 | Mon travail est pénible | 47,10% | 29,40% | 23,50% | 0% |
| 4 | Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus pénible | 29,40% | 41,20% | 23,50% | 5,90% |

Tableau 8 : résultats des questions sur la thématique de la santé

Sur l'ensemble des répondants, 94,1% trouvent leur travail stressant. Au cours des 2 dernières années, les répondants trouvent à 76.5% que leur travail est devenu plus stressant.

Les professionnels trouvent également que leur travail est plus pénible à 76,5%. Ils trouvent également à 70,6% que la pénibilité a augmenté au cours des deux dernières années.

Quelques éléments de réponse ont été évoqués par les professionnels. La première étant la pandémie mondiale à la COVID 19. En effet, la pandémie a débuté dans l'intervalle de 2 ans entre les deux périodes qui nous intéressent. Les services d'urgence se sont retrouvés en première ligne pour recevoir les patients atteints de cette pathologie. Le plus souvent, la prise en charge de ces patients est lourde (mesure complémentaire avec habillage, ventilation et autres soins lourds).

Les professionnels évoquent également des relations de plus en plus tendues avec des patients ou des accompagnants qui peuvent parfois se montrer agressifs.

2. L'organisation du service

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 5 | L'organisation du service est propice à un travail efficace et agréable | 5,90% | 35,30% | 35,30% | 23,50% |
| 6 | Depuis 2 ans, l'organisation du service s'est améliorée | 17,60% | 35,30% | 41,20% | 5,90% |
| 7 | Les effectifs médicaux et paramédicaux sont bien répartis entre les différents secteurs de soin | 5,90% | 47,10% | 29,40% | 17,60% |
| 8 | Depuis 2 ans, la répartition des effectifs s'est améliorée | 5,90% | 47,10% | 23,50% | 23,50% |
| 9 | La communication dans l'équipe est facile | 17,60% | 64,70% | 11,80% | 5,90% |
| 10 | Depuis 2 ans, la communication dans l'équipe est plus facile | 29,40% | 47,10% | 11,80% | 11,80% |

Tableau 9 : résultats des questions sur la thématique de l'organisation du service

La question suivante traite de l'organisation du service et de son caractère propice à un travail efficace et agréable. 58,8% des répondants ne trouvent pas l'organisation propice à un travail efficace.

Cependant les répondants notent une amélioration de l'organisation du service depuis 2 ans à 52,9%.

La répartition des effectifs médicaux et paramédicaux au sein des différents secteurs de soin est jugée bonne à 53%. Les répondants notent une amélioration de la réparation des effectifs depuis 2 ans (53% d'avis positif).

Une piste de réflexion est évoquée dans une réponse avec l'ajout d'un aide-soignant en ZSTCD (actuellement, c'est l'aide-soignant du déchocage qui doit gérer les deux zones).

Enfin la communication dans l'équipe est jugée très facile.

3. La prise en charge des patients

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 11 | La prise en charge des patients est bonne | 0% | 47,10% | 52,90% | 0% |
| 12 | Depuis 2 ans, la prise en charge des patients s'est améliorée | 0% | 47,10% | 17,60% | 35,30% |
| 13 | La prise en charge des patients est rapide | 0% | 11,80% | 35,30% | 52,90% |
| 14 | Depuis 2 ans, la prise en charge des patients est plus rapide | 0% | 29,40% | 29,40% | 41,20% |

Tableau 10 : résultats des questions sur la prise en charge des patients

Concernant la prise en charge des patients, les professionnels sont 52,9% à juger qu'elle est plutôt mauvaise.

Ils sont 47,1% à trouver que la prise en charge tend à s'améliorer depuis 2 ans. Au contraire, 52,3% des répondants trouvent qu'il n'y a pas d'amélioration.

Une grande majorité juge que la prise en charge des patients est trop lente. 70,2% ne trouvent pas d'amélioration sur la rapidité de la prise en charge sur les deux dernières années.

Un des répondants pondère cette tendance en expliquant que cela dépend de la gravité des patients. En effet, selon lui, les patients les plus graves sont bien pris

en charge et rapidement. Toujours d'après lui, les patients moins graves semblent pâtir du nombre important de patients ce qui allonge la durée de leur prise en charge ainsi que sa qualité.

Plusieurs répondants évoquent également l'impression d'un manque de lit d'aval qui dégrade la durée et la qualité de la prise en charge.

4. L'ergonomie de l'environnement de travail

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 15 | Mon environnement de travail est agréable | 0% | 41,20% | 41,20% | 17,60% |
| 16 | Depuis 2 ans, mon environnement de travail est devenu plus agréable | 0% | 35,30% | 35,30% | 29,40% |
| 17 | Je dispose des moyens matériels nécessaires pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions | 0% | 5,90% | 58,80% | 35,30% |
| 18 | Depuis 2 ans, je dispose de plus de moyens matériels pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions | 0% | 23,50% | 35,30% | 41,20% |
| 19 | Les locaux sont adaptés aux soins des patients | 0% | 0% | 64,70% | 35,30% |
| 20 | Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés aux soins des patients | 0% | 47,10% | 29,40% | 23,50% |
| 21 | Les locaux sont adaptés à la préparation des thérapeutiques | 0% | 0% | 52,90% | 47,10% |
| 22 | Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la préparation des thérapeutiques | 0% | 5,90% | 52,90% | 41,20% |
| 23 | Les locaux sont adaptés au nursing des patients | 0% | 17,60% | 41,20% | 41,20% |
| 24 | Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés au nursing des patients | 5,90% | 41,20% | 23,50% | 29,40% |
| 25 | Les locaux sont adaptés à la surveillance des patients | 0% | 5,90% | 52,90% | 41,20% |
| 26 | Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la surveillance des patients | 0% | 23,50% | 52,90% | 23,50% |

Tableau 11 : résultats des questions sur l'ergonomie du service

A propos de l'environnement de travail, 58,8% des répondants ne le jugent pas agréable. Seulement 35,3% des répondants trouvent que leur environnement de travail s'est amélioré dans les deux dernières années.

94,1% des interrogés jugent ne pas disposer de suffisamment de moyen pour réaliser correctement leur travail. Le personnel interrogé ne trouve majoritairement pas d'amélioration des moyens au cours des deux dernières années.

La totalité des répondants ne juge pas les locaux adaptés aux soins des patients. Néanmoins, ils sont presque la moitié (47,1%) à trouver une amélioration sur ce point.

Tous les répondants trouvent que les locaux ne sont pas adaptés à la préparation des thérapeutiques. La très grande majorité des interrogés (94,1%) ne relève pas d'amélioration dans ce domaine.

82,4% des répondants jugent que les locaux ne sont pas adaptés aux soins de nursing. Par contre 47,1% des interrogés jugent qu'il existe quand même une amélioration des conditions de prise en charge.

Concernant la surveillance des patients, 94,1% des interrogés jugent le service inadapté. Les 3/4 des professionnels ne trouvent pas d'amélioration depuis 2 ans malgré les travaux réalisés.

5. Lieu de vie

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 27 | La salle de détente et de restauration possède les équipements nécessaires | 11,80% | 41,20% | 11,80% | 35,30% |
| 28 | Depuis 2 ans, la salle de détente et de restauration est mieux équipée | 0% | 41,20% | 17,60% | 41,20% |
| 29 | La salle de détente et de restauration est confortable | 0% | 23,50% | 35,30% | 41,20% |
| 30 | Depuis 2 ans, le confort de la salle de détente et de restauration s'est amélioré | 0% | 35,30% | 11,80% | 52,90% |
| 31 | Le service propose des sanitaires pour le personnel adaptés et propres | 23,50% | 47,10% | 23,50% | 5,90% |
| 32 | Depuis 2 ans, les sanitaires pour le personnel sont plus adaptés et plus propres | 5,90% | 58,80% | 29,40% | 5,90% |

Tableau 12 : résultats des questions sur le lieu de vie

Concernant la salle de détente, 53% des interrogés trouvent que celle-ci possède les équipements nécessaires. Nous entendons par là, des tables, chaises, réfrigérateurs, micro-onde, machine à café, etc. Seulement 41,2% des interrogés trouvent une amélioration de la salle de détente et de restauration depuis 2 ans.

Les répondants évoquent comme problèmes, le manque de chaises et de fauteuils. Le point revenant le plus est la disparition des casiers du personnel qui ont été déplacés hors du service vers l'UHCD.

Les $\frac{3}{4}$ des répondants trouvent que la salle de détente manque de confort. Plus de la moitié (52,9%) ne relèvent pas du tout d'amélioration au niveau de la salle de détente.

70,6% des interrogés trouvent que les sanitaires sont propres et adaptés. Ils sont 88,2% à souligner une amélioration sur ce point depuis 2 ans.

6. Relations inter professionnelles

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|--|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 33 | Les relations avec mes collègues sont bonnes | 58,80% | 35,30% | 5,90% | 0% |
| 34 | Depuis 2 ans, les relations avec mes collègues se sont améliorées | 35,30% | 52,90% | 11,80% | 0% |
| 35 | La communication avec les collègues avec qui je travaille est bonne | 47,10% | 47,10% | 5,90% | 0% |
| 36 | Depuis 2 ans, la communication avec les collègues avec qui je travaille s'est améliorée | 11,80% | 70,60% | 11,80% | 5,90% |
| 37 | La communication entre le personnel médical et paramédical est bonne | 41,20% | 47,10% | 11,80% | 0% |
| 38 | Depuis 2 ans, la communication entre le personnel médical et paramédical s'est améliorée | 5,90% | 76,50% | 17,60% | 0% |

Tableau 13 : résultats des questions sur les relations entre les professionnels

Concernant les relations entre collègues, 94,2% des interrogés les trouvent bonnes. La communication entre collègues est jugée bonne par 94,2% des répondants. La communication s'améliore au cours des deux dernières années selon 82,4% des interrogés.

La communication entre le personnel médical et paramédical est considérée comme bonne à 88,3%. Elle s'est améliorée au cours des deux dernières années pour 82,4% des professionnels.

7. Sécurité

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|--|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 39 | La sécurité du personnel est bonne | 0% | 23,50% | 41,20% | 35,30% |
| 40 | Depuis 2 ans, la sécurité du personnel s'est améliorée | 11,80% | 41,20% | 11,80% | 35,30% |
| 41 | La sécurité des patients est bonne | 0% | 17,60% | 52,90% | 29,40% |
| 42 | Depuis 2 ans, la sécurité des patients s'est améliorée | 0% | 29,40% | 47,10% | 23,50% |

Tableau 14 : résultats des questions sur la sécurité

A propos de la sécurité du personnel, 76,5% des interrogés jugent que celle-ci n'est pas bonne. Néanmoins, 53% trouvent qu'elle s'est améliorée au cours des deux dernières années.

A propos de la sécurité des patients, 70,5% des répondants la jugent mauvaise. Les professionnels jugent qu'il n'y a pas eu d'amélioration au cours des deux dernières années (76,5%).

Dans les remarques de cette section, les répondants soulignent l'effort sur la sécurité du personnel avec néanmoins la persistance d'agressions physiques.

Sur la sécurité des patients, il est souligné que les patients sont parfois dans des recoins ce qui peut poser problème au niveau de la surveillance et de la sécurité.

DISCUSSION

A. Durée de prise en charge

Les modifications structurelles et organisationnelles des urgences du CH Lens ne semblent pas avoir eu d'impact sur la durée de prise en charge dans le service tous patients confondus.

Néanmoins, en regardant en fonction du devenir des patients, les modifications ont permis de diminuer sensiblement les durées médianes de séjour pour les patients étant hospitalisés et pour ceux passant par l'UHCD. Il n'y a pas de modification de la médiane de durée de séjour chez les patients rentrant immédiatement chez eux après la prise en charge.

La diminution des paramètres de dispersion ainsi que de la valeur des 3^{ème} quartiles pour les patients hospitalisés et ceux passant par l'UHCD sont également en faveur d'une réduction de la durée de passage, notamment pour les passages les plus longs.

Les analyses en modèle linéaire avec interaction sur le devenir du patient sont également en faveur de cette différence sur les sous-groupes sus cités.

Même si une amélioration semble se dessiner, on constate des durées de prise en charge qui peuvent être extrêmement longue (jusqu'à 112h). La durée médiane de passage est restée à 3h. Dans son rapport de 2019 sur les urgences hospitalières, la Cour des Comptes évoque un temps médian de passage acceptable à 2h. Nous sommes ici à un temps 50% plus élevé.¹⁷

Cette durée plus élevée n'est pas une problématique propre au centre hospitalier de Lens, elle est constatée dans la plupart des grands centres hospitaliers et s'explique par la surfréquentation des services d'urgence par rapport à leur capacité. C'est même une problématique internationale.¹⁸

Des solutions pour essayer de désengorger les services d'urgence fleurissent. Le CHU de Nancy a ainsi par exemple mis en place un réseau entre la médecine de ville et l'hôpital afin de permettre aux médecins généralistes un accès rapide à des avis spécialisés sans passer par le service des urgences.

De plus, depuis 2014, le CHU de Nancy a ouvert une Unité de Gériatrie d'Entrées Directes. Cette unité de 15 lits permet la prise en charge de patients de plus de 75 ans sans passer par le service des urgences. Cette population représente en effet plus de 19% des séjours de plus de 24h aux urgences de cet hôpital.¹⁹

B. Qualité de vie des professionnels

Le questionnaire diffusé dans le service nous apporte quelques informations complémentaires.

Tout d'abord les professionnels trouvent que leur travail est de plus en plus stressant et de plus en plus pénible. Nous n'avons pas abordé dans notre questionnaire les causes de ce stress, mais une étude australienne de 2017 évoque comme facteurs stressants dans un service d'urgence la surcharge de travail, l'incapacité à prodiguer des soins corrects, la surcharge du service, des situations cliniques difficiles (décès par exemple).²⁰

Le personnel trouve encore majoritairement que l'organisation du service ne permet pas un travail efficace et agréable mais note une amélioration au cours des deux dernières années.

Ils jugent en majorité que la répartition des effectifs au sein des différentes filières est bonne. La communication entre les professionnels en est facilitée.

Les professionnels évoquent un environnement ne facilitant pas le travail, non propice aux soins des malades, même si quasiment la moitié d'entre eux notent une amélioration depuis 2 ans. Les locaux ne sont pas adaptés selon eux à la préparation des médicaments. En effet, il n'existe pas de salle dédiée à la préparation des thérapeutiques et celles-ci sont réalisés dans les couloirs sur un chariot de soin. Les recommandations de la SFMU sur l'architecture d'un service d'urgence suggèrent la nécessité d'une salle de soin dédiée à la préparation des médicaments.⁸

Les professionnels évoquent une difficulté à la surveillance des patients liée à l'architecture des lieux.

A propos du lieu de vie, les professionnels notent qu'il est bien doté en équipements mais déplorent une baisse du confort et de la personnalisation du lieu depuis les travaux.

Un des points les plus importants est la sécurité. La sécurité du personnel peut être mis à mal par des situations de violence. Celles-ci sont favorisées par plusieurs facteurs au sein d'un service d'urgence : la surcharge du service, le manque de personnel, le stress du personnel, des malades ou des proches, un service ouvert ou des pathologies particulières (psychiatrie, ivresse).²¹

C. Limites

1. La pandémie à la COVID 19

La première limite est liée à la pandémie à la COVID. En effet, cette pandémie a profondément modifié le mode de fonctionnement de l'hôpital et des services d'urgence. On note par exemple, la création de filières dédiées aux patients avec une forte suspicion d'infection à Sars Cov 2, avec des services d'aval dédiés parfois surchargés, ce qui retarde la montée des patients dans les étages.

Cette période a mis à mal les équipes médicale et paramédicale déjà éprouvées avant la pandémie mondiale et qui se retrouvent avec une charge de travail supplémentaire. Cette pandémie a rajouté une pression psychologique supplémentaire. Une étude américaine sur des médecins urgentistes au cours de la première vague en mars 2020 a montré une augmentation du stress au travail mais aussi à domicile avec une diminution des signes d'affections envers leurs proches de peur de leur transmettre la COVID 19.²²

Ces trois vagues successives de patient atteints de la COVID 19 peuvent donc expliquer une partie de la montée du stress des équipes et de l'augmentation de la charge de travail. Ces facteurs peuvent donc influencer les résultats du questionnaire.

2. Réponses au questionnaire

Notre questionnaire a été diffusé pendant 4 semaines. Nous n'avons récolté que 20 réponses. Cela peut s'expliquer d'une part, par le mode de diffusion du

questionnaire (informatique avec nécessité d'avoir un téléphone avec lecture de QR code) et d'autre part, par la période de diffusion du questionnaire (période de vacances scolaires).

Parmi ces 20 réponses, 70% étaient des réponses venant d'Infirmiers Diplômés d'Etat. Nous avons donc une sous-représentation des Aides-Soignants ainsi que des médecins (15% chacun). Nous n'avons malheureusement pas réussi à avoir de réponse des agents administratifs, brancardiers ou agents de service hospitalier. On peut ainsi évoquer ici un biais de recrutement.

3. Les recommandations SFMU

Les recommandations de la SFMU sur l'architecture des urgences datent de 2004. Celles-ci, à l'heure de la rédaction de ce travail, ont 17 ans. Elles ne tiennent donc pas compte de certaines spécificités apparues après 2004.

Tout d'abord, l'utilisation de l'échographie était peu démocratisée dans un service d'urgence en 2004. Les échographes prenant de la place, il n'était pas prévu à l'époque de pouvoir les faire entrer dans les salles d'examen.

Il n'est pas non plus recommandé d'avoir de salle spécifique à la thrombolyse dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral. Or, il peut être intéressant d'avoir une salle dédiée car les patients nécessitent une surveillance particulière. Enfin, dans le cadre des GHT, le neurologue d'astreinte peut exercer sur un autre site et du matériel de télémédecine peut s'avérer nécessaire (caméra haute résolution, ordinateur avec connexion internet fiable, ...).

L'hôpital public et les établissements privés participant au service public hospitalier ont depuis 2008 une obligation de permanence d'accès aux soins de

santé (PASS). Les personnes en situation de précarité peuvent ainsi avoir accès au système de santé. L'organisation de cette permanence incombe souvent aux services d'urgence. Il peut être intéressant de disposer de salles d'examens propres à cette permanence.

D. Vers le nouveau service des urgences du CH Lens (2025)

La limite même du projet de restructuration des urgences du CH Lens est le milieu architectural contraint. Cette limite doit s'affranchir avec la construction d'un nouvel hôpital prévue pour 2025. Il apparaît important de se servir des enseignements de ce projet ainsi que des recommandations de la SFMU pour disposer d'un outil de travail efficace.

La première des choses à rappeler est la nécessité d'impliquer le personnel du service (infirmier, aide-soignant et médecin) au projet dès les premières ébauches de plan.

Voici l'état du projet en avril 2021 :

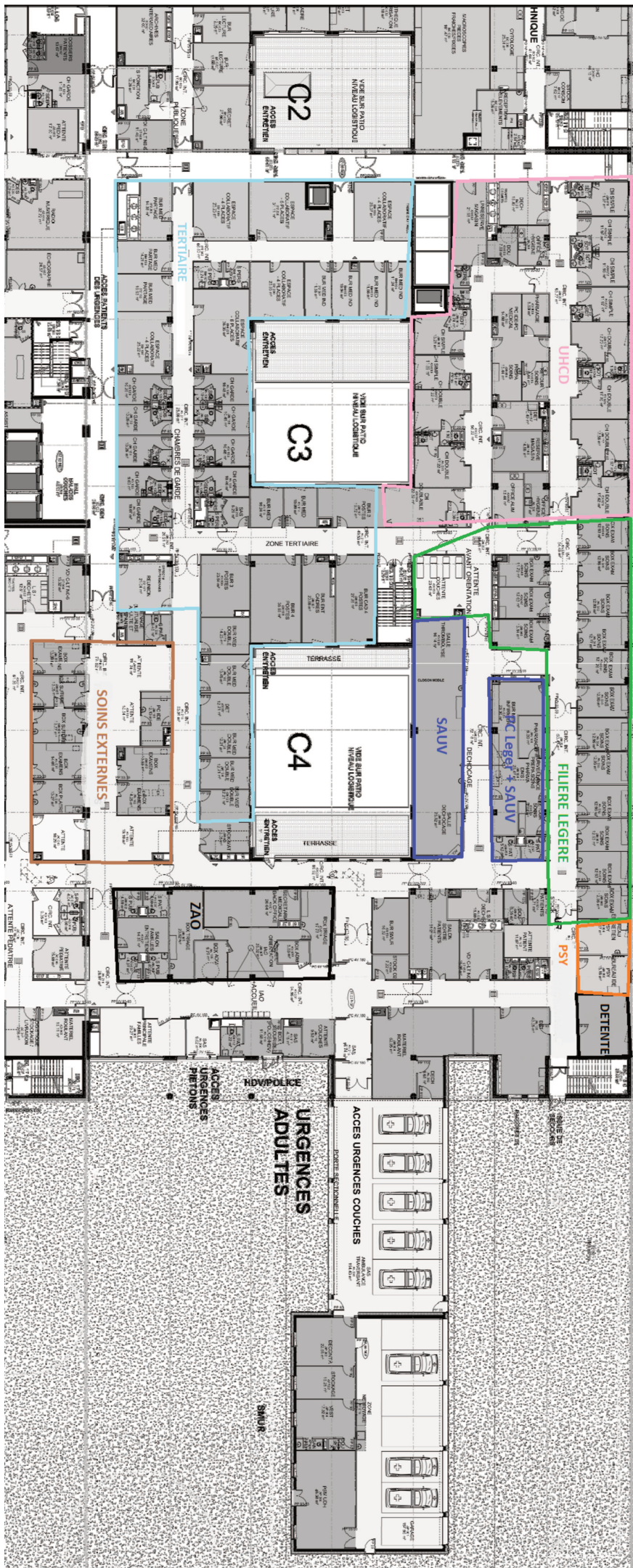


Figure 12 : Projet du nouveau service des urgences du CH Lens, avril 2021

Comme recommandé par la SFMU, l'entrée des urgences est dédiée au service.

Il est prévu une zone d'accueil avec deux entrées séparées pour les patients couchés et les patients debout. Il existe la possibilité d'avoir 2 admissions simultanées. Le premier contact est médical et non administratif comme suggéré par la SFMU. Un guichet d'accueil est disposé devant l'entrée avec un poste de travail pour l'infirmière d'accueil. Des bureaux pour le secrétariat des urgences et pour les démarches administratives sont prévus en arrière du guichet d'accueil.

Une salle d'attente pour les familles est prévue. Celle-ci sera pourvue de sièges, de sanitaires et de distributeurs de boissons et de nourriture comme prévu dans les recommandations. Il existe également un salon d'entretien famille (chose qui était absente de l'ancien service).

Le projet des nouvelles urgences est composé de 3 zones de soin distinctes. Celles-ci sont séparées géographiquement afin de conserver un circuit des patients couchés séparé du circuit des patients debout.

En dehors de la ZAO, le public ne peut accéder aux zones de soin sans autorisation afin de maintenir la sécurité du service. Il est prévu des portes avec accès à badge.

La première zone est celle des soins externes. Elle possède 3 salles d'attente. Il existe un PC infirmier propre à cette zone à proximité des box d'examen et des zones d'attente. Quatre salles d'examen, 2 salles de suture et une salle dédiée à la gypsothérapie sont prévues. Cette zone sera à proximité immédiate du service de radiologie, comme le suggère la SFMU.

La filière dite légère et le déchocage sont proches. Ils partagent la même salle de soin qui est composée d'un bureau médical et infirmier, d'une pharmacie et d'une zone dédiée à la préparation des thérapeutiques.

La filière légère comporte 15 salles d'examens d'environ 13m² chacune. La surface des différentes salles d'examen ainsi que leur nombre se rapprochent de ce qui est prévu dans les recommandations (14 à 16m², 1 salle d'examen pour 3000 passages soit 45000 passages pour 15 salles). Les salles d'examens sont fermées et disposées en continuité. Elles sont au maximum identiques. L'accès y est facilité par des portes larges. Chaque salle a un plan de travail humide avec un point d'eau et une paille sèche. Il est prévu dans chaque salle un accès informatique pour la saisie des informations et le remplissage du dossier médical.

Il existe une salle de douche ainsi que des sanitaires pour les patients.

La filière légère possède une section dédiée à la psychiatrie. Comme prévu dans les recommandations, cette zone sera équipée d'une salle d'attente propre, un bureau d'entretien et un bureau pour l'infirmier de liaison en psychiatrie. Ces salles sont plus grandes permettant ainsi l'intervention de personnel de sécurité en cas de besoin.

Par contre il est prévu très peu de zone d'attente couchée avant la prise en charge. Celle-ci sera située près de la ZAO et ne fera que 9.5m². Il existe par contre un salon d'attente pour la sortie des patients. Celui-ci est aussi situé à proximité de la ZAO.

Le déchocage est prévu pour 4 patients simultanés. Il fait 75m². Il existe en plus une 5^{ème} place destinée aux suspicions d'AVC et à la thrombolyse. La géométrie de la pièce prévue pour le déchocage peut poser problème car celle-ci est en

longueur. La largeur peut sembler insuffisante pour pouvoir se placer à la tête du patient. Il semble manquer une porte d'accès pour les deux brancards centraux.

L'UHCD est située à proximité du service d'urgence comme suggéré par les recommandations. Elle est composée de 13 chambres, 6 chambres simples et 7 chambres doubles. Au total, elle pourra accueillir 20 patients. L'organisation est en rotonde avec un poste de soin central et les chambres autour. Chaque chambre possède sa propre salle de bain. Ainsi même si les patients passent plus de 24h dans le service, l'hygiène des patients pourra être respectée.

Une salle de détente est prévue pour le personnel. Celle-ci se situe au sein du service à proximité de la filière légère et du déchocage. L'usage est exclusivement dédié aux moments de pause du personnel du service.

Enfin, il est prévu une zone tertiaire à proximité immédiate des urgences avec les bureaux des médecins et cadres. Il existe aussi des salles de réunions. Enfin cette zone comprend également les chambres de garde.

CONCLUSION

Notre travail suggère que les modifications architecturales et organisationnelles réalisées aux urgences du CH Lens diminuent la médiane de séjour aux urgences pour les patients ensuite hospitalisés ou passant par l'UHCD avant leur retour à domicile. Il ne semble pas y avoir de modification pour les patients rentrant directement chez eux après leur passage.

Concernant la qualité de vie des professionnels dans le service, notre travail suggère que, malgré les améliorations apportées, le stress et la pénibilité de travail n'ont pas diminué. Cette problématique n'est cependant pas exclusive au service du CH Lens, c'est une tendance générale au niveau national et même international.

Des difficultés quant à la surveillance des patients sont soulevées par les professionnels. Il existe également des problèmes de sécurité mais ceux-ci sont en diminution depuis le réaménagement.

Face à la difficulté d'accès aux soins en ville, notamment dans le bassin minier, ainsi qu'au virage ambulatoire réalisé par l'hôpital, il apparaît clairement que la surcharge des services d'urgence restera d'actualité dans les années futures. Le levier pour améliorer les conditions d'accueil des patients, la qualité de soin et la qualité de vie au travail des professionnels passe donc par une réorganisation profonde des structures d'urgence.

C'est tout l'enjeu de la conception et de la construction du nouveau service des urgences du CH Lens prévue pour 2025.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.

(2) SAMU Urgences de France. Livret Blanc - Organisation de la Médecine d'Urgence en France : un défi pour l'avenir

(3) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé - édition 2020

(4) Fédération Hospitalière de France (FHF). Contribution de la Fédération Hospitalière de France au Grand Débat National

(5) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableaux de l'Économie Française – Edition 2020

(6) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France – janvier 2018

(7) Cours des Comptes. La Sécurité sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale - Octobre 2018

(8) Bleichner, al. Architecture des services d'Urgence - Recommandations de la SFMU

(9) SAMU Urgences de France. No bed Challenge. <https://nbc.samu-urgences-de-france.fr/default/index/a-propos>

(10) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation

(11) Sprivulis PC, Silva J-AD, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Medical Journal of Australia. 2006;184(12):616-616.

(12) Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. Ann Fr Med Urgence. 1 juill 2019;9(4):229-34.

(13) Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. The American Journal of Emergency Medicine. 1 mars 2010;28(3):304-9.

(14) Direction Générale de l'Offre de Soins. Présentation du GHT de l'Artois.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hf-03.pdf>

(15) Rapport d'activité - Pôle URMED année 2019.

(16) Mardegan, al. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)

(17) Cours des Comptes. Rapport sur les urgences hospitalières de 2019

(18) Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M. Overcrowding in emergency department: an international issue. Intern Emerg Med. mars 2015;10(2):171-5.

(19) Réseau CHU. Création de l'unité de gériatrie d'entrées directes. 12 juin 2014.

<https://www.reseau-chu.org/article/creation-de-lunite-de-geriatrie-dentrees-directes/>

(20) Xu H (Grace), Johnston ANB, Greenslade JH, Wallis M, Elder E, Abraham L, et al. Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australasian Emergency Care*. 1 sept 2019;22(3):180-6.

(21) Stowell KR, Hughes NP, Rozel JS. Violence in the Emergency Department. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 déc 2016;39(4):557-66.

(22) Academic Emergency Medicine Physicians' Anxiety Levels, Stressors, and Potential Stress Mitigation Measures During the Acceleration Phase of the COVID-19 Pandemic - Rodriguez - 2020 - *Academic Emergency Medicine*

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur la qualité de vie au travail

28/07/2021

Qualité de vie au travail - Service des Urgences CH Lens

Qualité de vie au travail - Service des Urgences CH Lens

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon projet de thèse, je réalise une enquête sur la qualité de vie au travail au sein du service d'urgence du CH Lens ainsi que son évolution dans le temps.

Pour cela, je vous demande de bien vouloir remplir le questionnaire joint.

Pour chaque question, vous disposez de quatre propositions de réponses : « Pas du tout d'accord », « Pas d'accord », « D'accord », « Tout à fait d'accord ». Vous devez cocher la réponse qui correspond le plus à ce que vous pensez.

Cette enquête est totalement anonyme et confidentielle.

Ce questionnaire dure environ 5 à 10 minutes. Merci du temps que vous y accorderez.

Tout professionnel de la structure étant arrivé avant 2019 dans le service peut répondre à ce questionnaire.

Julien RYCKEMBUSCH
DESMU

Vous êtes libre de refuser l'utilisation des données vous concernant dans le cadre de cette étude.

Conformément au droit en vigueur (le Règlement Général sur la Protection des Données et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez de droits sur les données personnelles vous concernant, à savoir :

- Un droit d'accès : vous avez le droit à l'accès et à la communication des données collectées et traitées vous concernant à tout moment.
- Un droit de rectification : vous pouvez demander la rectification des données inexactes et l'effacement des données obsolètes.
- Un droit à l'oubli : vous pouvez demander l'effacement de vos données dans la limite du droit applicable.
- Un droit à la limitation du traitement de vos données : vous pouvez demander la limitation des traitements de vos données, dans les limites du droit applicable.
- Un droit à la portabilité : vous disposez du droit à la portabilité des données vous concernant. Ce droit vous permet de récupérer vos données sous une forme lisible et aisément réutilisable et, le cas échéant, de les transférer ensuite à un tiers.

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le médecin en charge de l'étude qui connaît votre identité ou le délégué à la protection des données (DPD) du responsable de traitement par courriel à l'adresse dpo@ght-artois.fr ou par téléphone au 03.21.69.77.53.

Vous pouvez vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données (en suivant la démarche ci-dessus).

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles

<https://docs.google.com/forms/d/1nMhDBWGYNveO1Q5gjFJcDcwBrO2TrnRblYikfuD34s/edit>

1/17

de protection des données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés sur le site internet de la CNIL <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par courrier à l'adresse suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

***Obligatoire**

Caractéristiques

1. Je suis *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme
 Autre

2. J'ai *

Une seule réponse possible.

- Moins de 25 ans
 de 25 à 34 ans
 de 35 à 44 ans
 de 45 à 54 ans
 55 ans et plus

3. Quelle est votre fonction au sein du service *

Une seule réponse possible.

- Agent Administratif
 Agent de Service Hospitalier
 Aide-Soignant Diplômé d'Etat
 Brancardier
 Infirmier Diplômé d'Etat
 Médecin

4. Quelle est votre ancienneté au sein du service *

Une seule réponse possible.

- Moins de 2 ans (arrivée en 2019 ou plus tard)
 Plus de 2 ans (arrivée avant 2019)

Santé personnelle

5. Mon travail est stressant *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

6. Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus stressant *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

7. Mon travail est pénible *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plutôt d'accord
 Tout à fait d'accord

8. Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus pénible *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

9. Remarques à propos de cette section

Organisation du service

10. L'organisation du service (différentes filières et différents lieux) est propice à un travail efficace et agréable *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

11. Depuis 2 ans, l'organisation du service (différentes filières et différents lieux) s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

12. Les effectifs médicaux et paramédicaux sont bien répartis entre les différents secteurs de soin *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

13. Depuis 2 ans, la répartition des effectifs s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

14. La communication dans l'équipe est facile (transmission, communication médicale/paramédicale) *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

15. Depuis 2 ans, la communication dans l'équipe est plus facile (transmission, communication médicale/paramédicale) *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

16. Remarques à propos de cette section

Prise en charge des patients

17. La prise en charge des patients est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

18. Depuis 2 ans, la prise en charge des patients s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

19. La prise en charge des patients est rapide *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

20. Depuis 2 ans, la prise en charge des patients est plus rapide *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

21. Remarques à propos de cette section

Ergonomie de l'environnement de travail

22. Mon environnement de travail est agréable *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

23. Depuis 2 ans, mon environnement de travail est devenu plus agréable *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

24. Je dispose des moyens matériels nécessaires pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

25. Depuis 2 ans, je dispose de plus de moyens matériels pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

26. Les locaux sont adaptés aux soins des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

27. Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés aux soins des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

28. Les locaux sont adaptés à la préparation des thérapeutiques *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

29. Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la préparation des thérapeutiques *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

30. Les locaux sont adaptés au nursing des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

31. Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés au nursing des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

32. Les locaux sont adaptés à la surveillance des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

33. Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la surveillance des patients *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

34. Remarques à propos de cette section

35. La salle de détente et de restauration possède les équipements nécessaires (table, chaise, fauteuil, réfrigérateur, micro-onde, machine à café, ...) *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

36. Depuis 2 ans, la salle de détente et de restauration est mieux équipée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

37. La salle de détente et de restauration est confortable *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

38. Depuis 2 ans, le confort de la salle de détente et de restauration s'est amélioré *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

39. Le service propose des sanitaires pour le personnel adaptés et propres *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

40. Depuis 2 ans, les sanitaires pour le personnel sont plus adaptés et plus propres *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

41. Remarques à propos de cette section

Relations inter professionnelles

42. Les relations avec mes collègues sont bonnes *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

43. Depuis 2 ans, les relations avec mes collègues se sont améliorées *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

44. La communication avec les collègues avec qui je travaille est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

45. Depuis 2 ans, la communication avec les collègues avec je travaille s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

46. La communication entre le personnel médical et paramédical est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
 Plûtôt pas d'accord
 Plûtôt d'accord
 Tout à fait d'accord

47. Depuis 2 ans, la communication entre le personnel médical et paramédical s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

48. Remarques à propos de cette section

Sécurité

49. La sécurité du personnel est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

49. La sécurité du personnel est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

50. Depuis 2 ans, la sécurité du personnel s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

51. La sécurité des patients est bonne *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

52. Depuis 2 ans, la sécurité des patients s'est améliorée *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout d'accord
- Plûtôt pas d'accord
- Plûtôt d'accord
- Tout à fait d'accord

Annexe 2 : Affiche faisant la promotion du questionnaire

Professionnel au sein du service
depuis au moins 2019 ?



Dans le cadre d'un projet de thèse de
médecine d'urgence,
Participez à ce questionnaire sur la
qualité de vie au travail au sein du
service des urgences du CH Lens.

Merci pour votre aide précieuse.
Julien RYCKEMBUSCH (DESMU)

Questionnaire via Google Form.
(pas d'inscription nécessaire)
Toutes les données sont anonymes.



SCAN ME

Annexe 3 : Déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR 004



RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2211837 v 0

du 25 février 2019

Madame VERLAY Mélanie
CENTRE HOSPITALIER DE LENS
RECHERCHE CLINIQUE
99 ROUTE DE LA BASSÉE
62307 LENS

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par le voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE LENS

Service : DIRECTION

Adresse : 99 ROUTE DE LA BASSÉE

Code postal : 62307

Ville : LENS

N° SIREN ou SIRET :

266209329 00017

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0321691028

Fax. : 0321691386

Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 25 février 2019
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 4 : Résultats du questionnaire diffusé aux professionnels.

| Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|--|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 1 Mon travail est stressant | 52,90% | 41,20% | 5,90% | 0% |
| 2 Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus stressant | 29,40% | 47,10% | 17,60% | 5,90% |
| 3 Mon travail est pénible | 47,10% | 29,40% | 23,50% | 0% |
| 4 Depuis 2 ans, mon travail est devenu plus pénible | 29,40% | 41,20% | 23,50% | 5,90% |
| 5 L'organisation du service est propre à un travail efficace et agréable | 5,90% | 35,30% | 35,30% | 23,50% |
| 6 Depuis 2 ans, l'organisation du service s'est améliorée | 17,60% | 35,30% | 41,20% | 5,90% |
| 7 Les effectifs médicaux et paramédicaux sont bien répartis entre les différents secteurs de soins | 5,90% | 47,10% | 29,40% | 17,60% |
| 8 Depuis 2 ans, la répartition des effectifs s'est améliorée | 5,90% | 47,10% | 23,50% | 23,50% |
| 9 La communication dans l'équipe est facile | 17,60% | 64,70% | 11,80% | 5,90% |
| 10 Depuis 2 ans, la communication dans l'équipe est plus facile | 29,40% | 47,10% | 11,80% | 11,80% |
| 11 La prise en charge des patients est bonne | 0% | 47,10% | 52,90% | 0% |
| 12 Depuis 2 ans, la prise en charge des patients s'est améliorée | 0% | 47,10% | 17,60% | 35,30% |
| 13 La prise en charge des patients est rapide | 0% | 11,80% | 35,30% | 52,90% |
| 14 Depuis 2 ans, la prise en charge des patients est plus rapide | 0% | 29,40% | 29,40% | 41,20% |
| 15 Mon environnement de travail est agréable | 0% | 41,20% | 41,20% | 17,60% |
| 16 Depuis 2 ans, mon environnement de travail est devenu plus agréable | 0% | 35,30% | 35,30% | 29,40% |
| 17 Je dispose des moyens matériels nécessaires pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions | 0% | 5,90% | 58,80% | 35,30% |
| 18 Depuis 2 ans, je dispose de plus de moyens matériels pour accomplir mon travail dans de bonnes conditions | 0% | 23,50% | 35,30% | 41,20% |
| 19 Les locaux sont adaptés aux soins des patients | 0% | 0% | 64,70% | 35,30% |
| 20 Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés aux soins des patients | 0% | 47,10% | 29,40% | 23,50% |
| 21 Les locaux sont adaptés à la préparation des thérapeutiques | 0% | 0% | 52,90% | 47,10% |
| 22 Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la préparation des thérapeutiques | 0% | 5,90% | 52,90% | 41,20% |
| 23 Les locaux sont adaptés au nursing des patients | 0% | 17,60% | 41,20% | 41,20% |
| 24 Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés au nursing des patients | 5,90% | 41,20% | 23,50% | 29,40% |
| 25 Les locaux sont adaptés à la surveillance des patients | 0% | 5,90% | 52,90% | 41,20% |
| 26 Depuis 2 ans, les locaux sont devenus plus adaptés à la surveillance des patients | 0% | 23,50% | 52,90% | 23,50% |
| 27 La salle de détente et de restauration possède les équipements nécessaires | 11,80% | 41,20% | 11,80% | 35,30% |

| | Question | Tout à fait d'accord | Plutôt d'accord | Plutôt pas d'accord | Pas du tout d'accord |
|----|---|----------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| 28 | Depuis 2 ans, la salle de détente et de restauration est mieux équipée | 0% | 41,20% | 17,60% | 41,20% |
| 29 | La salle de détente et de restauration est confortable | 0% | 23,50% | 35,30% | 41,20% |
| 30 | Depuis 2 ans, le confort de la salle de détente et de restauration s'est amélioré | 0% | 35,30% | 11,80% | 52,90% |
| 31 | Le service propose des sanitaires pour le personnel adaptés et propres | 23,50% | 47,10% | 23,50% | 5,90% |
| 32 | Depuis 2 ans, les sanitaires pour le personnel sont plus adaptés et plus propres | 5,90% | 58,80% | 29,40% | 5,90% |
| 33 | Les relations avec mes collègues sont bonnes | 58,80% | 35,30% | 5,90% | 0% |
| 34 | Depuis 2 ans, les relations avec mes collègues se sont améliorées | 35,30% | 52,90% | 11,80% | 0% |
| 35 | La communication avec les collègues avec qui je travaille est bonne | 47,10% | 47,10% | 5,90% | 0% |
| 36 | Depuis 2 ans, la communication avec les collègues avec je travaille s'est améliorée | 11,80% | 70,60% | 11,80% | 5,90% |
| 37 | La communication entre le personnel médical et paramédical est bonne | 41,20% | 47,10% | 11,80% | 0% |
| 38 | Depuis 2 ans, a communication entre le personnel médical et paramédical s'est améliorée | 5,90% | 76,50% | 17,60% | 0% |
| 39 | La sécurité du personnel est bonne | 0% | 23,50% | 41,20% | 35,30% |
| 40 | Depuis 2 ans, la sécurité du personnel s'est améliorée | 11,80% | 41,20% | 11,80% | 35,30% |
| 41 | La sécurité des patients est bonne | 0% | 17,60% | 52,90% | 29,40% |
| 42 | Depuis 2 ans, la sécurité des patients s'est améliorée | 0% | 29,40% | 47,10% | 23,50% |

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement
ma conduite professionnelle aux principes traditionnels.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés,
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs,
ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage
de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur Père.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé
de mes Confrères si j'y manque.



AUTEUR : RYCKEMBUSCH Julien

Date de soutenance : 13 septembre 2021

Titre de la thèse : Impact des modifications structurelles et organisationnelles sur la prise en charge des patients et sur les professionnels de la structure d'urgence du CH Lens.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine d'Urgence

DES + spécialité : DES Médecine d'Urgence

Mots-clés : Réorganisation, architecture, organisation, urgences, durée médiane de séjour

RESUME :

CONTEXTE : L'objectif de notre étude était d'analyser l'effet des modifications structurelles et organisationnelles des urgences du centre hospitalier de Lens sur la durée médiane de passage des patients ainsi que sur la qualité de vie au travail des professionnels de la structure.

METHODE : Nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles au sein du service des urgences du centre hospitalier de Lens. Nous avons récolté les durées de passage des patients aux urgences du centre hospitalier de Lens au mois de janvier 2018 et au mois de janvier 2021. Étaient inclus, tous les passages aux urgences adultes sur ces deux périodes. Étaient exclus, les passages aux urgences pédiatriques. Notre critère de jugement principal était la durée médiane de séjour sur les deux périodes. Notre critère secondaire était l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels mesurée à l'aide d'un questionnaire.

RESULTATS : 7434 passages ont été enregistré : 3885 en janvier 2018 et 3549 en janvier 2021. La durée médiane de séjour aux urgences est de 4h sur les deux périodes. L'analyse en sous-groupe sur le devenir du patient montre une durée médiane de séjour identique à 3h chez les patients rentrant chez eux. Chez les patients hospitalisés, la durée médiane de séjour diminue de 9 à 8h entre 2018 et 2021 et chez les patients passant en UHCD, la durée médiane de séjour diminue de 19 à 12h. Ces résultats sont confirmés par une analyse en modèle linéaire généralisé avec un terme d'interaction entre la période et le devenir du patient. La durée de séjour diminue chez les patients hospitalisé ($p < 0.0001$) et chez les patients passant en UHCD ($p < 0.0001$). La durée de séjour chez les patients rentrant chez eux n'est pas significativement différente ($p = 0.1624$)

Concernant la qualité de vie des professionnels dans le service, le stress et la pénibilité n'ont pas diminué. L'ergonomie de travail et la sécurité se sont améliorées.

CONCLUSION : Les modifications opérées sur le service d'urgence du centre hospitalier de Lens ont diminué la durée médiane de séjour chez les patients hospitalisés et les patients par l'UHCD. Il n'y a pas de modification chez les patients rentrant directement chez eux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Asseseurs : Madame le Docteur Alice DELACROIX

Monsieur le Docteur Alain-Éric DUBART

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain Éric DUBART