

La fin des nuits de garde en réanimation ?

Night physician staffing in the intensive care unit: is it the end?

F. Fourrier

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

« Nuit courte,
Rien que des morts
Dans mes rêves »

Haruko Yamagishi (La lune et moi. Points Ed.)

La réa, la nuit... La pénombre des couloirs de l'hôpital, les lueurs des moniteurs scintillant dans l'obscurité et les stridulations des alarmes troublant le silence, la nuit... la garde... C'est une évidence, enfin... c'était une évidence.

Nous avons acté dans nos référentiels qu'il n'est pas d'alternative à cette présence continue d'un réanimateur qualifié, capable à toute heure de prendre en charge un patient et d'assurer avec cohérence la continuité des soins décidés dans la journée [1,2]. Nous exigeons qu'au cours de sa formation, un réanimateur passe progressivement de la fonction d'interne à celle de junior en garde formatrice avant de devenir un senior aguerrri. C'est à l'aune du nombre de gardes effectuées et par multiple d'années qu'au concours de PH s'évaluent les capacités de nos jeunes collègues à devenir praticien. Les arrêtés et décrets de 1976, 1985 et 2002 et la loi HPST déterminent le nombre de gardes nécessaire à la qualification, les obligations d'astreintes associées et leurs modalités d'indemnisation. Ainsi, ces heures nocturnes abondent les compteurs d'épargne-temps, déclenchent l'accumulation des plages additionnelles et ajoutent des revenus annexes à des salaires trop faibles. Toutes ces justifications et « avantages » acquis rendent bien peu probable le fait que la présence permanente de réanimateurs qualifiés puisse jamais être remise en question. Et pourtant...

Pourtant, à voir les plus jeunes fuir comme la peste l'épouvantable contrainte d'une garde mensuelle d'étudiant hospitalier, à écouter nos internes se plaindre de l'insupportable fatigue générée par une nuit de veille, à lire les statistiques qui chiffrent l'incidence de l'épuisement professionnel, la fréquence des divorces et des suicides, il y a de quoi se

poser quelques questions. Est-ce indispensable ? Avons-nous les moyens de faire autrement ?

Traversons l'Atlantique, puisque c'est là qu'est le progrès, paraît-il. Nos collègues américains viennent d'une situation pratiquement inverse de la nôtre. La réanimation s'y est développée dans un univers privé, où chaque spécialiste assurant la prise en charge des défaillances viscérales spécifiques de sa compétence, code ses actes, écrit ses recommandations, laisse sa facture et disparaît dans les coulisses. C'était la règle, c'est encore vrai dans la majorité des unités américaines. Progressivement, sous la pression des sociétés savantes, des associations de patients et des assureurs, le développement de la médecine des soins critiques (*Critical Care Medicine*) a permis d'amener dans les unités un nombre toujours plus croissant de réanimateurs qualifiés. Le problème est qu'aux États-Unis les unités de réanimation représentent pratiquement 15 % des lits hospitaliers, que le nombre de ces lits est grossièrement trois fois plus important qu'en France et qu'une partie importante de leur activité est consacrée aux prises en charge postopératoires systématiques, si bien que la situation démographique paraît insoluble. Alors, avec le pragmatisme qu'on leur connaît, nos collègues se sont lancés dans la comparaison randomisée. Faut-il un réanimateur dans un service de réanimation ? Tout le temps ? Le jour seulement ? Le samedi ou le dimanche ? Combien cela coûte ? Et pourrait-on faire aussi bien sans ?

L'idée n'est pas neuve. Pronovost et al. ont consacré un temps considérable à l'évaluer. En 2002, ils rapportent dans le JAMA [3] la méta-analyse de 27 études comparant la morbidité en fonction des modalités d'organisation médicale, avec ou sans réanimateur présent dans l'unité. Vingt études sur 27 sont monocentriques et 17 comparent les mortalités résultantes. Seize sur 17 constatent une baisse significative de mortalité lorsqu'un réanimateur est présent et responsable. Sous l'influence d'une fondation privée constatant que moins de 10 % des réanimations sont dirigées par un réanimateur, le groupe *Leapfrog* publie des recommandations précises exigeant que tous les services soient confiés à des réanimateurs *board-certified* [4]. Et le même Pronovost va montrer que la présence d'un réanimateur est un facteur

F. Fourrier (✉)
Département universitaire de réanimation,
Université de Lille 2, réanimation polyvalente,
hôpital Roger Salengro, CHRU, F-59037 Lille cedex, France
e-mail : francois.fourrier@chru-lille.fr

d'économie, chiffré entre 500 000 et 3 millions de dollars par an pour une unité de 9 à 16 lits.

Les premiers « couacs » vont venir de craintes ancillaires. Il apparaît bientôt que compte tenu du nombre considérable d'unités de réanimation aux États-Unis, il sera bien difficile de former autant de réanimateurs qualifiés. On commence à parler de *shortage*, de difficultés démographiques, de pénibilité et de coût global. Il faut vérifier que la continuité de la présence médicale est bien associée à de meilleurs résultats cliniques. Au Canada, les travaux de Garland et al. [5] vont montrer que la présence d'un réanimateur la nuit ne semble pas apporter de gain sur la mortalité et qu'une organisation permettant aux réanimateurs de rester en astreinte est plutôt mieux vécue. Puis les études de Wallace et al. [6] vont démontrer que le pronostic des malades n'est pas influencé par la présence d'un réanimateur la nuit... lorsqu'il existe un réanimateur le jour ! En 2010, la réforme du système de santé d'Obama va recommander la présence d'un réanimateur 24h/24, comme le prônait l'initiative *Leapfrog* [7], mais les choses vont rapidement se gâter. En 2012, Reriani et al. [8] montrent que la présence continue d'un réanimateur senior qualifié ne modifie pas les résultats d'une unité de réanimation jusque-là organisée avec des résidents formés, présents la nuit avec un senior en astreinte. La même année, Kerlin et Halpern remettent en question l'utilité réelle d'une présence continue [9] et en 2013, tout récemment, portent le coup décisif par une étude randomisée qui montre l'absence de toute différence de mortalité et de durée d'hospitalisation induit par cette présence [10]. D'autres arguments sont ajoutés : elle écarterait les autres spécialistes de la réanimation et rendrait leur consultation impossible (faute de facturation ?) et la formation des plus jeunes se trouverait compromise puisqu'ils ne seraient plus confrontés à la prise en charge du patient en première instance et hors de la présence d'un senior.

Est-ce plié ? Prenons notre billet retour et revenons en France. Au-delà des critiques méthodologiques à apporter à ces études, faut-il accepter l'évidence ? Serons-nous soumis aux mêmes problèmes démographiques, aux mêmes contraintes économiques ? Faut-il nous préparer à quelque révision déchirante ?

Faisons un rapide état des lieux. Chez nous, théoriquement, il n'y a pas d'unité de réanimation sans réanimateur qualifié. La permanence médicale est organisée selon deux modalités, volontaires ou contraintes : les services autonomes disposent d'une équipe affectée en nombre suffisant pour assurer la permanence ou pratiquent – c'est rare – une organisation « postée » comme aux urgences. Les services dépendants subissent ou choisissent l'appel aux praticiens extérieurs, considérant qu'ils apportent, par leurs spécialités différentes, une richesse supplémentaire à l'équipe affectée. Autonomes ou dépendants, tous s'exposent à des difficultés majeures lorsque l'équipe ou les collègues extérieurs vieillissent, fatiguent, tombent malades, changent d'orientation ou disparaissent. Notons que la sacro-sainte tarification à l'activité rend de plus en plus difficile la participation des médecins extérieurs qui ne peuvent plus exercer dans leur propre service après une garde.

lissent, fatiguent, tombent malades, changent d'orientation ou disparaissent. Notons que la sacro-sainte tarification à l'activité rend de plus en plus difficile la participation des médecins extérieurs qui ne peuvent plus exercer dans leur propre service après une garde.

L'enquête de la Fédération de la Réanimation [1] a montré que le nombre de réanimateurs affectés par service variait de 4,8 à 6,3 et que 70 % des services font appel à des praticiens extérieurs (cinq en moyenne). En additionnant les deux catégories, on en déduit qu'il faut une équipe de 10 à 12 praticiens pour assurer la permanence 365 jours par an et 24h/24. Une découverte ! Chacun sait qu'en dessous de 8-10 praticiens, la permanence en garde sur place induit des contraintes quasi insupportables : absence de repos de sécurité, abandon des activités non soignantes, retentissement sur la vie personnelle... Et lorsqu'une équipe commence à s'appauvrir en nombre parce que la pénibilité devient trop grande, c'est parce qu'elle n'était pas assez nombreuse ! Alors c'est souvent le début de la fin, une apoptose !

Il existe aussi une disparité considérable dans la pénibilité de la garde puisqu'il n'y a pas de quota défini par nombre de lits. La base d'organisation est de un praticien réanimateur par unité, que celle-ci comporte 8 lits ou 30. Et il faut tenir compte encore de la participation des réanimateurs de garde aux prises en charge des patients aux urgences et dans les unités de surveillance continue (USC). On ne pourra multiplier encore la charge de travail sans renfort. La mutualisation a ses limites !

Pourrons-nous pérenniser notre système ? Combien sommes-nous ? Combien serons-nous ? L'enquête de la fédération, qui ne comptabilise pas les praticiens des réanimations spécifiquement chirurgicales, chiffre à 1800 environ la population des réanimateurs, 160 le nombre de postes vacants et près de 400 celui des postes souhaités par les chefs de service pour renforcer leur équipe. Ce dernier chiffre reflète probablement en grande partie le souhait de disposer d'une équipe autonome. Dans les dix ans, 25 % des réanimateurs actuellement en poste cesseront leur activité. Il faudra y ajouter les postes nécessaires pour la prise en charge des USC directement satellites des réanimations. Nous aurons à assurer dans ces conditions la formation d'une bonne centaine de réanimateurs par an et, sous réserve de l'absence de données démographiques, la filière d'anesthésie-réanimation aura un problème de même ampleur pour renouveler les équipes de réanimation chirurgicale et spécialisée et leurs USC.

Les optimistes diront que nous pouvons y arriver si les réformes du troisième cycle sont réalisées, si les postes sont ouverts et si la situation économique nous le permet. Les pessimistes diront qu'il faut se préparer à tout et au pire. Les réalistes diront qu'il y a probablement moyen de concilier l'apparemment inconciliable et d'économiser. Quels sont les scénarios possibles ?

- L'autonomie des unités pourrait être organisée en temps continu pour réduire le nombre de praticiens nécessaires. Ce scénario remet en question l'organisation des soins à laquelle nous tenons tant. Remarquons cependant qu'actuellement, le système des repos de sécurité et des plages additionnelles bouleverse le sage ordonnancement théorique des tableaux de service ;
- adopter le système « américain » ? Confier à l'équipe médicale permanente la continuité de jour, en déléguant la garde à des juniors en formation ou à des personnels paramédicaux formés spécifiquement avec une astreinte opérationnelle assurée par un médecin de l'équipe. L'économie de postes serait importante mais il reste à prouver – malgré les publications américaines – que la qualité de la prise en charge n'en serait pas affectée ;
- choisir l'autonomie. Pour la continuité des soins et une charge de travail admissible, les unités de réanimation doivent disposer d'au moins 10 à 12 praticiens affectés. Ce scénario interdit probablement la pérennité d'unités de réanimation de faible capacité. On voit mal comment pourrait être assuré partout le recrutement du nombre de praticiens requis et surtout comment pourraient s'organiser des unités possédant plus de praticiens que de lits. Quel intérêt y aurait-il encore à travailler dans de telles conditions ? Quelle expérience pourraient y acquérir les praticiens ? Avec quels résultats ? Il faudrait fusionner les services de faible capacité en structures plus grandes pour créer des équipes étoffées dans des services moins nombreux. Plus de 700 réanimateurs exercent actuellement dans les unités de moins de dix lits. Le regroupement générerait une « économie » par suppression des praticiens extérieurs de 340 postes et au total une « économie » de 386 praticiens au ratio praticien/lit de 0,71. Ces fusions sont-elles souhaitables et réalisables ? Sur quels critères ? Avec quelles conséquences humaines et pour l'accessibilité aux soins ? C'est une tout autre histoire ;
- enfin, compter sur des progrès techniques. La réanimation du futur ? Nous y entrons déjà. Des systèmes de télé-médecine informatisée permettent déjà au praticien d'astreinte d'avoir à sa disposition en temps réel les données cliniques et paracliniques des patients [11]. Examiner et soigner à distance. Centraliser la garde de plusieurs unités. Ces expériences ont déjà débouché vers des études comparatives qui font état de résultats favorables.

Le futur sera certainement encore plus fascinant. En attendant nous ne pouvons pas continuer à perdre les ressources humaines que nous formons. Il faut nous adapter avec intelligence sans nous accrocher à des structurations indéfendables ou à des organisations trop rigides. Je ne sais pas si demain des robots extraordinaires viendront dans ma cham-

bre prendre sans traumatisme les images de mon corps, y placer automatiquement des cathéters, régler les machines et transmettre mes données au travers d'ondes immatérielles sur les écrans d'un médecin éloigné. Je sais que je ne regretterai jamais mes nuits de garde, y compris les déceptions de ces matins blêmes où l'on réalise que toute l'énergie déployée n'a malheureusement servi à rien. Je suis sûr d'y avoir appris mon métier, l'apprentissage de la décision, la connaissance des autres, l'entraide et l'enthousiasme des succès communs. Le café partagé... Le jour qui se lève... l'équipe du matin qui arrive... les rires, les parfums de femmes jeunes qui supplantent les odeurs désagréables... Il n'y a pas que des morts dans mes nuits brèves.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Fédération de la Réanimation (2013) Organisation de la réanimation française en 2013 : état des lieux et référentiels. *Réanimation* 22:HS 1-102
2. Valentin A, Ferdinande P, ESICM working group on quality improvement (2011) Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med* 37:1575–87
3. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, et al (2002) Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. *JAMA* 288:2151–62
4. Parikh A, Huang SA, Murthy P, et al (2012) Quality improvement and cost savings after implementation of the Leapfrog intensive care unit physician staffing standard at a community teaching hospital. *Crit Care Med* 40:2754
5. Garland A, Gershengorn HB (2013) Staffing in ICUs. Physicians and alternative staffing models. *Chest* 143:214–21
6. Wallace DJ, Angus DC, Barnato AE, et al (2012) Nighttime intensivist staffing and mortality among critically ill patients. *Chest* 142:2093–101
7. Logani S, Green A, Gasparino J (2011) Benefits of high-intensity intensive care unit physician staffing under the affordable care act. *Critical Care Research Practice* 2011:ID 170814
8. Reriani M, Biehl M, Sloan J, et al (2012) Effect of 24-hour mandatory vs on-demand critical care specialist presence on long-term survival and quality of life of critically ill patients in the intensive care unit of a teaching hospital. *J Crit Care* 27:421.e1-7
9. Kerlin MP, Halpern SD (2012) Twenty-four-hour intensivist staffing in teaching hospitals. Tensions between safety today and safety tomorrow. *Chest* 141:1315–20
10. Kerlin MP, Small DS, Cooney E, et al (2013) A Randomized Trial of Nighttime Physician Staffing in an Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 368:2201–9
11. Lilly CM, Cody S, Zhao H, et al (2011) Hospital mortality, length of stay, and preventable complications among critically ill patients before and after tele-ICU reengineering of critical care processes. *JAMA* 305:2175–83