

Une saga mémorable : l'obtention du repos de sécurité



Le repos de sécurité a été obtenu en 2002 suite à de multiples négociations que nous relatent Patrick Dassier. C'est sous sa présidence qu'il a vu le jour après une longue bataille pour sa mise en place.

Le lundi 18 juin 1996 à 18 h, je quitte l'Hôpital Broussais après une journée au bloc opératoire précédée d'une garde de week-end ayant débuté le samedi 15 juin matin 8 heures. Évidemment, l'activité habituelle de semaine se terminera le vendredi soir !

En 1996, cette séquence d'activité continue de 58 h, était reconnue seulement à la hauteur de 2 demi-journées (DJ) pour un montant d'indemnité de garde de 757 € (soit 13,03 €/h). Ce mode de fonctionnement au siècle dernier, était la norme pour les Praticiens Hospitaliers (PH) qui assuraient les missions de continuité et permanence des soins, et de l'accueil des urgences.

Cette dérive dans la durée du temps continu de travail et la pénibilité induite (burn out à bas bruit) favorisèrent mon engagement au conseil d'administration (CA) du SNPHAR.

Le SNPHAR militait depuis longtemps pour la mise en place du repos de sécurité et la reconnaissance de la garde en tant que travail. En 1997, lors d'un audit d'un hôpital parisien effectué avec l'un de mes aînés du CA du SNPHAR, Jean-Pierre Maréchal, j'ai exhumé de ses archives la fameuse directive européenne de 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Cette DE 93/104/CE fut une pièce majeure pour nos revendications dans les réunions au ministère de la Santé lors de l'instauration des 35 heures à l'hôpital public.

En 1999, suite à la mobilisation des mandants du SNPHAR, nous avons obtenu, le principe du repos de sécurité dans le statut de PH (décret 99-563 du 6 juillet 1999) : « le PH bénéficie d'un repos de sécurité (RS) à l'issue d'une garde, selon les conditions fixées

par arrêtés des ministres en charge de la Santé et du Budget ».

Le RS fut l'objet de nombreuses critiques et résistances de la part du microcosme hospitalier.

Le SNPHAR a dû ferrailer ferme pendant plus de 4 ans, pour obtenir officiellement en 2002 la réécriture de l'article 30 du statut de PH par le décret 2002-1421 du 6 décembre 2002 (et pas d'un simple arrêté) précisant enfin

**« Dès 2003, les gardes
de 24 heures furent toujours
suivies d'un repos de sécurité. »**

que :

- Le service hebdomadaire est fixé à 10 DJ, sans que la durée du travail ne puisse excéder 48 h par semaine moyennée sur 4 mois ;
- Une activité nocturne reconnue à la hauteur de 2 DJ ;
- Le principe du repos quotidien de 11 h par période de 24 h ;
- Par dérogation, une activité continue de 24 h peut être accomplie à condition d'être suivie d'un repos de durée équivalente ;
- Les principes de l'organisation en temps continu et des plages additionnelles.

Dès 2003, les gardes de 24 heures furent toujours suivies d'un repos de sécurité.

En revanche, malgré des recours réitérés en Conseil d'État du SNPHARE, nous n'avons toujours pas obtenu que la garde de 24 heures soit créditée à la hauteur de 5 demi-journées.

Cette saga mémorable se déroula de 1998 à 2000 sous la présidence de Jean Garric et de 2001 à 2003 sous la présidence de votre serviteur, avec Didier Réa comme Secrétaire Général et fidèle comparse.

Patrick Dassier, ancien président du SNPHARE

Les anesthésistes-réanimateurs dorment mal et peu

Joffrey Lemeux a consacré sa thèse de fin d'études au sommeil des anesthésistes-réanimateurs. En s'appuyant sur les études les plus récentes sur le sujet, il démontre à quel point la dette de sommeil des AR est importante et à quel point elle peut impacter leur travail, les patients et la vie du service. La rédaction a souhaité faire un résumé complet de son travail, en collaboration avec lui.

QUE DÉMONTRE CE TRAVAIL DE RECHERCHE ?

Les AR dorment mal et peu, c'est la conclusion alarmante que fait Joffrey Lemeux, après avoir rappelé que la durée de sommeil des AR est en baisse : 6 h en moyenne, avec plus de 50 % des praticiens qui dorment moins de 6 h, contre 6 h 42 en moyenne dans la population générale. En comparant les chiffres attribués aux PHAR et à la population générale, les résultats sont plus parlants. Plus précisément, on apprend au fil du texte que 61,7 % des praticiens dorment moins de 7 h (contre 35,9 % dans la population générale) et plus encore, 57,4 % moins de 6 h, les classant dans une dette sévère de sommeil.

DETTE DE SOMMEIL : FACTEURS ET CAUSES

Au-delà du constat, Joffrey Lemeux expose les facteurs associés à cette durée de sommeil qui sont l'âge croissant, le nombre de gardes supérieur à cinq par mois, le tabagisme actif, et la consultation d'écrans au coucher (blue light). Ces facteurs sont pour certains déjà reconnus dans la littérature. Une étude clinique et des mesures d'amélioration des conditions de travail et d'hygiène du sommeil semblent nécessaires, aussi bien pour le praticien que pour son patient, et la sensibilisation des praticiens à ce sujet semble nécessaire, individuellement tant dans leur formation initiale que dans leur suivi, et collectivement, de part des aménagements logistiques, horaires, et matériels.



LA DÉSynchronISATION : LA CAUSE D'UNE AGGRAVATION RÉCENTE

On apprend dans le texte que les chiffres cités ci-dessus sont en aggravation depuis 2012 : 27 % en plus de troubles du sommeil, 18 % en plus de somnolence diurne excessive (elle-même associée à une durée de sommeil inférieure à 7 h), et 30 minutes de sommeil en moins (passant de 6 h 30 à 6 h) sur une période

de 6 ans. Joffrey Lemeux rappelle que le nombre de gardes est un facteur de risque important, car il augmente principalement la désynchronisation, notion centrale dans les troubles du sommeil. Il faut savoir que la désynchronisation est la cause principale des troubles du sommeil.

Il rappelle également que la dette de sommeil augmente le taux de mortalité toutes causes confondues. Il ajoute « qu'il n'est plus envisageable au XXI^e siècle de négliger la santé de ceux qui y participent ». Joffrey Lemeux a vu juste. En effet, « la dette de sommeil surexpose au risque d'erreurs néfastes au patient, et des études sur les modalités des gardes sont réalisées, aussi bien en termes de durée, que des conditions de sommeil en garde ». Une des pistes est de trouver le juste milieu entre réduction du temps de garde, sans nuire à la continuité des soins par un roulement trop important des équipes, tout en optimisant le sommeil, minimiser la fatigue, et donc l'efficacité de soins par les médecins.

Joffrey Lemeux, DES Anesthésie-réanimation et Saveria Sargentini, journaliste

Arnaud Depil-Duval ou la sieste comme arme !

Aujourd'hui médecin urgentiste à l'hôpital Lariboisière, Arnaud Depil-Duval, anciennement chef de service des urgences du CH d'Évreux, nous raconte comment il a mis en place un système de siestes pour permettre aux soignants de récupérer sur leur lieu de travail. Nous voulions savoir pourquoi il s'est lancé dans cette aventure, le repos des soignants est un sujet qu'il a pris à bras-le-corps et nous souhaitons savoir comment.

PHARE : Comment en êtes-vous venu à vous intéresser au sommeil chez les médecins et les soignants en général ?

Arnaud Depil-Duval : Je suis également officier de réserve dans le service de santé des Armées, et l'institut de recherche bio médicale des armées avait publié un ouvrage : *Guide pratique, gestion du cycle veille - sommeil en milieu militaire*. Ce guide a été produit par Mounir Chennaoui en 2015. Je me suis dit qu'il y avait un parallèle entre le sommeil des militaires et le sommeil des urgentistes. À Évreux dans l'hôpital où je travaillais, la plupart des médecins habitaient à Rouen ou à Paris donc ils voulaient faire du 24 heures et pas du 12 heures. Cela a également posé la question du repos et du sommeil. D'autre part, nous avons eu un interne, qui faisait d'autres gardes dans d'autres services, ce que nous ne savions pas. Il a eu un accident de voiture et en est mort.

Mourir de fatigue à 25 ans, c'est inadmissible. Il fallait faire quelque chose.

PHARE : Vous avez instauré la sieste comme partie intégrante de la journée de travail lorsque vous étiez chef de service aux urgences du CH d'Évreux. Comment cela a-t-il été perçu initialement ? Par les soignants et par l'administration ?

Arnaud Depil-Duval : Concernant l'administration, cela a été plutôt simple. Je ne leur ai pas demandé leur avis. J'ai mis en place ce système parce que je considérais qu'en tant que chef de service, je devais savoir comment celui-ci doit

fonctionner. La plus grande hostilité est venue des soignants eux-mêmes. Les médecins étaient réticents au départ, il a fallu les convaincre. Chez les soignants, la culpabilité était très importante. Ils ont opposé une grande résistance en expliquant qu'ils « avaient trop de travail », qu'il y avait « des patients à soigner » ce à quoi j'ai répondu que nous étions une équipe qui devait se relayer, que toutes les urgences présentes n'étaient pas vitales et que leur santé en dépendait. Ça a marché, même si la résistance des esprits était réelle.

PHARE : Au-delà de ces réticences initiales, la mise en place pratique d'une telle mesure a-t-elle posé des problèmes en termes d'organisation du service ? Comment les avez-vous contournés ? En bref, quid de la faisabilité ?

Arnaud Depil-Duval : Un protocole a été écrit pour simplifier les choses. Pour les médecins qui faisaient 24 heures, il y avait une sieste de 60 minutes dans l'après-midi, à tour de rôle, y compris les internes.

C'est ce que l'on appelle une mini sieste. Il faut savoir qu'une sieste est suivie d'une période d'inertie, durant laquelle on ne doit pas prendre de décision. Donc pour résumer : 30 à 45 minutes de sieste et un quart d'heure de douche/réveil.

La nuit, les horaires étaient donc pré établis pour que chaque médecin puisse dormir 90 minutes, de façon à pouvoir récupérer ses fonctions cognitives et musculaires.

Pour les médecins, nous avons également mis en place la micro sieste de 10 minutes, dans un fauteuil idéalement. Cette sieste permet d'être

« Le temps d'attente moyen aux urgences a diminué après la mise en place des siestes. »

reboosté minimum durant une heure et demi et l'intérêt c'est qu'elle ne provoque pas de moment d'inertie.

Les soignants de nuit eux, pouvaient faire une mini sieste de 30 à 45 minutes.

PHARE : Avez-vous observé des bénéfices de cette action dans les temps qui ont suivi ? Via quels indicateurs ?

Arnaud Depil-Duval : D'abord, le temps d'attente moyen aux urgences, qui a diminué, après la mise en place de ces siestes. C'était un des marqueurs essentiels, même si les patients sont parfois maltraitants avec les soignants. Ils sont très pressés et ne comprennent pas forcément que nous ayons besoin, nous aussi, de nous reposer une demi-heure après 20 heures de travail.

Le deuxième indicateur, la sieste des soignants sur le chemin du retour. De nombreux médecins et soignants, s'arrêtaient sur une aire d'autoroute pour dormir une demi-heure ou plus. Cette pratique a complètement disparu très rapidement.

Un indicateur indirect mais qui dépend de la stratégie de qualité de vie au travail : la fidélisation des soignants. Nous nous sommes rendu compte que les gens voulaient rester à Évreux, notamment les paramédicaux.

PHARE : Les travaux scientifiques sur l'impact du manque de sommeil ou la déstructuration de celui-ci, notamment dans le monde du travail et en particulier chez les personnels hospitaliers, sont de plus en plus nombreux. Les personnels concernés vous semblent-ils prendre la mesure de cette problématique ? Qu'en est-il des directions ?

Arnaud Depil-Duval : La prise de conscience est vraiment très progressive. L'idée commence à s'installer dans quelques hôpitaux, alors que nous savons tous que le manque de sommeil est générateur d'accidents. Dans l'aviation par exemple, c'est une problématique qui fait l'objet de nombreuses études. Un pilote ne décolle pas s'il n'a pas dormi huit heures auparavant. Les médecins et les pilotes ont un haut niveau de formation, ils prennent des décisions seuls ou en binôme et en urgence, donc les problématiques des deux corps de métier sont très similaires.

PHARE : Selon vous, quelles sont les actions



que les personnels de terrain et les administrations hospitalières pourraient mettre en place pour améliorer la qualité de sommeil des soignants ? Des projets de votre côté ?

Arnaud Depil-Duval : Les administrations hospitalières devraient permettre aux soignants de se reposer dans des chambres de garde de qualité dans un premier temps. À Lariboisière par exemple, c'est juste immonde : le lit est « défoncé », les rideaux ne ferment pas et le bruit est infernal. Il faut améliorer les installations pour permettre aux soignants de se reposer réellement. Il faudrait idéalement permettre à tous les services d'avoir des capsules de sieste, nous en avons une à Lariboisière. Ça peut aller de la tente avec un casque audio, à un système étanche futuriste. Concernant mes projets, je suis directeur scientifique du Digital Médical HUB de l'APHP et je rejoins le projet Hôtel Dieu numérique dans lequel j'aimerais vraiment m'investir. D'autre part, je suis administrateur du groupe Pasteur Mutualité, au sein duquel j'espère pouvoir améliorer la qualité de vie au travail des soignants.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Comment optimiser le sommeil pour les gardes et astreintes

Cette infographie décrit une stratégie de sommeil basée sur l'analyse des recommandations et de la littérature réalisée par Helen McKenna et Matt Wilkes. Puis ils ont confronté leurs données avec des experts dans le domaine. Bien que le niveau de preuves soit faible, ils proposent ce schéma comme point de départ pour le développement de sa propre stratégie de sommeil.

