

ACPM.

Pour l'avancement
des soins de santé



PROMOUVOIR LA SANTÉ DES MÉDECINS
UN INVESTISSEMENT DANS LES SOINS MÉDICAUX SÉCURITAIRES

Message du Dr Hartley Stern



Tous les jours, l'ACPM reçoit des appels de médecins qui éprouvent des problèmes de santé. Ceux-ci sont exténués, bouleversés et souvent au bord de l'épuisement. Leur détresse pourrait nuire aux soins qu'ils prodiguent. Des études ont en effet indiqué que les problèmes de santé des médecins risquent d'affecter la sécurité et la qualité des soins. Ainsi, le bien-être devrait être considéré important non seulement pour les médecins, mais également pour leurs patients, leurs collègues, et l'ensemble du système de santé.

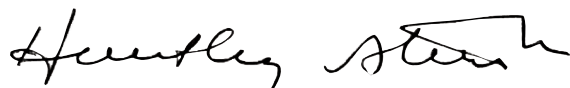
La surcharge de travail, les exigences administratives, la perte d'autonomie, les critiques soutenues du public et le manque de soutien des établissements peuvent tous contribuer à la détérioration de la santé. Puisque l'épuisement professionnel est rarement attribuable à une seule cause, l'ACPM reconnaît que la responsabilité de soutenir le bien-être doit être collective et reposer sur les efforts de multiples organisations.

Chaque groupe a un rôle à jouer dans le mieux-être des médecins et, par extension, dans l'amélioration de la sécurité et la qualité des soins :

- Les **médecins** devraient veiller à leur bien-être et soutenir leurs collègues lorsque ceux-ci vivent des problèmes.
- Les **médecins** chefs de file devraient préconiser des appuis au mieux-être dans l'ensemble du système et résoudre les problèmes de mal-être dans les établissements qu'ils dirigent.

- Les **facultés de médecine** devraient adopter une culture de bien-être pour aider les médecins en formation à prévenir la maladie dès le début de leur carrière et à miser sur leurs forces tout au long de leur vie professionnelle.
- Les **organisations médicales**, telles les associations et fédérations médicales provinciales et territoriales et les sociétés de spécialistes, devraient continuer de soutenir les programmes de prévention et de chercher des façons novatrices d'aider les médecins aux prises avec des problèmes de santé.
- Les **organismes de réglementation de la médecine** devraient adopter une « approche empathique » et reconnaître qu'une plainte ou une mesure disciplinaire peut gravement affecter le bien-être du médecin.
- Les **dirigeants d'établissements et d'hôpitaux** devraient reconnaître la « rentabilité » d'investir dans des programmes de bien-être.
- Les **gouvernements** devraient reconnaître que l'investissement dans le bien-être est non seulement bénéfique pour les médecins, mais également pour les patients ainsi que pour l'efficacité et l'efficience globales du système de santé.

En tant qu'organisation comptant le plus grand nombre de médecins membres au Canada, l'ACPM comprend l'importance du bien-être et collabore activement avec ses partenaires pour aider ses membres à s'occuper de leur santé et des enjeux qui s'y rattachent. Bien qu'il soit difficile de faire face à l'épuisement et à la détresse, nous devons le faire collectivement. Les médecins canadiens peuvent être assurés que nous sommes déterminés à faire notre part dans le cadre de cet effort collectif.



MD, FRCSC, FACS, IAS.A

Directeur général de l'ACPM

Bien qu'il soit difficile de faire face à l'épuisement et à la détresse, nous devons le faire collectivement.



Le système de santé vit une crise du bien-être qui affecte les patients et les professionnels de la santé, et qui menace sa pérennité. Des études indiquent que l'épuisement professionnel (détresse psychologique la plus couramment signalée et régulièrement mesurée)¹ affecte une proportion de médecins nord-américains allant du tiers à plus de la moitié. Cet épuisement se définit par des symptômes d'asthénie et de dépersonnalisation, ainsi que par une baisse de la satisfaction professionnelle.

L'épuisement mine la vie des médecins. Il trouble les relations, accroît la probabilité de dépression et de toxicomanie, et double le risque de connaître des idées suicidaires. Pendant longtemps ces effets portaient à croire que l'épuisement constituait un problème strictement personnel. Cependant, nous savons maintenant que des facteurs systémiques, et non personnels, sont principalement à l'origine de ce problème.²

Le système de santé ne peut atteindre ses « trois objectifs » (rehausser l'expérience pour le patient, améliorer la santé populationnelle et réduire les coûts) que lorsqu'il peut compter sur des médecins en bonne santé. L'ajout d'un « **quatrième objectif** » visant le bien-être soutiendra l'atteinte des trois autres et renforcera la capacité des médecins à prodiguer des soins efficaces de grande qualité.

QUATRE OBJECTIFS



L'indicateur de qualité manquant



Les experts soulignent que nous disposons maintenant d'un si grand nombre de données associant le bien-être des médecins aux résultats pour les patients, aux risques médico-légaux et au rendement des équipes de santé que l'on devrait le considérer comme un indicateur indépendant de la qualité du système de santé.

Par exemple, **le stress et l'épuisement chez les médecins ont été associés à la prestation de soins « sous-optimaux »**. Les médecins qui vivent ces situations avouent prendre des raccourcis, négliger les procédures établies, faire fi des questions des patients, passer outre à la discussion des options de traitement et commettre des erreurs en matière de traitement ou de prescription qui ne peuvent être attribuées à un manque de connaissances.⁴ Des recherches indiquent que les patients de médecins insatisfaits ont moins tendance à adhérer à leur plan de traitement⁴ et que leur rétablissement peut être plus long.²

Des taux élevés d'épuisement ont été **associés à une plus grande probabilité que des résidents signalent une erreur médicale qu'ils perçoivent comme étant majeure**. Ces erreurs perçues ont été à leur tour associées à des scores plus élevés d'épuisement professionnel et à l'exacerbation des symptômes dépressifs chez les résidents. Un sondage mené auprès de plus de 7 000 chirurgiens américains a fait ressortir que **l'épuisement était fortement associé au fait d'avoir été récemment cité dans une poursuite pour faute professionnelle**. Ce type de poursuite a mené à une baisse de la satisfaction professionnelle, ce qui sous-entend une relation

réciproque entre les erreurs médicales et l'épuisement chez les résidents et les médecins.^{6,7}

Un certain nombre d'études avancent également que **l'épuisement peut être infectieux et se propager au sein d'une équipe**,⁵ et que le départ d'un médecin pour ce motif peut accroître les risques que ce problème survienne chez les autres membres de l'équipe au cours des 12 mois suivants.⁵ L'épuisement, au niveau de l'équipe ou de l'unité, peut affecter les soins aux patients. Une étude suisse menée auprès de 54 unités de soins intensifs a révélé que des taux élevés d'épuisement étaient associés à un moins bon esprit d'équipe et à des taux accrus de mortalité chez les patients.²

Comme tout autre indicateur de la qualité, le bien-être des médecins est **mesurable et réalisable**. L'épuisement professionnel peut être évalué au moyen d'instruments déjà accessibles, et des interventions factuelles peuvent en atténuer l'incidence.

*Jean Wallace, Jane Lemaire et William Ghali**

Coûts pour le système de santé



Deux analyses récentes ont souligné la nécessité de considérer le bien-être des médecins sous un angle financier.⁵ L'« analyse de la rentabilité » du bien-être est relativement récente, et incite les médecins chefs de file et d'autres partenaires à reconnaître les effets possibles de l'épuisement professionnel dans l'ensemble du système de santé.

L'épuisement chez les médecins a été associé à une baisse de la productivité.

Une étude menée auprès de médecins de la Mayo Clinic a démontré que chaque point d'augmentation du score d'épuisement professionnel augmentait la probabilité qu'un médecin réduise ses heures de travail au cours des 24 mois à venir.⁵ Ce score est également un solide facteur prédictif de l'abandon de la profession pour des motifs autres que la retraite.⁸ La réduction des heures de travail se traduit en une baisse du nombre de chirurgies non urgentes, d'hospitalisations et d'interventions d'imagerie,⁵ tandis que l'abandon de la profession mène à des perturbations dans les soins et à une baisse de l'accès aux soins.^{8,2}

Le roulement des médecins engendre des coûts liés à l'embauche de remplaçants, ce qui entraîne une hausse des coûts de la prestation des soins aux patients, qui pourraient ainsi devoir régulièrement consulter un nouveau médecin.⁵ Les médecins épuisés qui demeurent néanmoins en poste peuvent causer une hausse des coûts

en prescrivant plus de tests et en dirigeant davantage de patients vers des spécialistes; ils peuvent également faire l'objet d'un plus grand nombre de plaintes médico-légales.⁸ Le roulement attribuable à l'épuisement entraîne une pénurie de mentors pour les jeunes médecins, une perte d'expertise au sein de l'équipe, et une réduction de la capacité des établissements de demander des subventions et de lancer des essais cliniques.⁵

Selon une étude menée en 2014 à l'Université de Toronto, on estime que **l'épuisement professionnel entraîne des coûts de 213,1 millions de dollars pour le système de santé canadien** qui sont associés aux retraites anticipées et à la réduction des heures de travail. Les chercheurs soulignent que les coûts et les inefficacités liés à l'épuisement constituent un problème important pour un système de santé déjà aux prises avec de longs temps d'attente et une pénurie de médecins.

Le canari dans la mine de charbon



Le D^r Tait Shanafelt (un des principaux experts du domaine) souligne que les médecins se font souvent reprocher d'être épuisés et qu'ils pourraient donc internaliser le message que la responsabilité de créer ou de maintenir leur propre bien-être leur revient. L'analogie du « canari dans la mine de charbon » constitue une meilleure façon de conceptualiser le bien-être : **les symptômes d'épuisement au niveau personnel sont indicateurs de problèmes dans le milieu de travail.**

Une étude menée auprès d'étudiants en médecine américains soutient cette analyse. Au début de leur formation, ces étudiants ont de meilleurs scores de santé mentale et de qualité de vie que les autres diplômés. Par contre, une fois exposés à la profession et aux milieux de travail, ces étudiants voient leurs scores baisser, ce qui les affecte sur le plan psychologique par rapport à leurs pairs. Cette constatation semble indiquer que **les pressions et les conditions en milieu de travail sont à l'origine de l'épuisement professionnel chez les médecins.**¹¹

Parmi les causes systémiques et organisationnelles de l'épuisement professionnel, on trouve : des processus inefficaces (y compris la tenue des dossiers par le médecin), la surcharge de travail, de longues heures de travail, des volumes élevés de patients, et un manque de contrôle et d'autonomie.² Le peu de soutien qu'offrent les établissements aux médecins qui vivent avec les effets du « syndrome de la deuxième victime » pourrait contribuer à l'épuisement.¹¹ La quête de sens au travail constitue une autre cause importante d'épuisement : les médecins qui consacrent moins de 20 % de leur temps à des tâches jugées significatives sont trois fois plus susceptibles d'être épuisés.² Les comportements de leadership négatifs, les occasions limitées de collaboration et l'absence de soutien social ont également été cités comme facteurs contributifs de l'épuisement.²

« L'épuisement professionnel est un **problème principalement systémique** attribuable à des exigences excessives et à des ressources et un soutien inadéquats; il ne s'agit pas d'un problème déclenché par des limites personnelles. »

Tait Shanafelt, Joel Goh et Christine Sinky⁵

Réaction à l'épuisement professionnel et promotion du bien-être



Bien que les médecins, les médecins chefs de file et d'autres partenaires clés de la santé reconnaissent de plus en plus la problématique de l'épuisement professionnel, cela ne se traduit pas en mesures concrètes. Dans un sondage sur le leadership mené par le *New England Journal of Medicine* en 2016, 96 % des répondants reconnaissaient que l'épuisement des médecins constituait un problème grave ou modéré, mais **bon nombre d'entre eux affirmaient également que leur établissement ne réagissait pas en conséquence.**¹²

De par sa complexité, le problème peut sembler difficile à résoudre, ou les dirigeants peuvent penser que les mesures requises seraient trop coûteuses.⁵ En fait, **de modestes investissements permettent souvent d'améliorer le bien-être des médecins.** Par exemple, les établissements peuvent promouvoir le bien-être en offrant des ressources aux médecins qui vivent des erreurs médicales,² en évaluant l'état de santé des médecins au moyen d'outils de dépistage de l'épuisement, de la dépression et de la fatigue¹¹, et en sollicitant l'avis des médecins sur le sujet.

Nous disposons également de **données qui soutiennent l'efficacité des interventions.** Deux analyses systématiques menées en 2016 ont conclu à l'efficacité de nombreuses interventions visant le bien-être.¹ Une autre étude, publiée dans *The Lancet*, a révélé que la différence moyenne combinée du taux global d'épuisement professionnel avant et après les interventions était de 10 %. Les auteurs ont constaté que, si ce résultat était appliqué aux données nationales de 2014, les scores d'épuisement professionnel reviendraient à leurs niveaux de 2011 (soit de 54 % à 44 %).¹⁴

Ces analyses ont évalué les « interventions visant les médecins » (soit les formations sur la pleine conscience ou les compétences communicationnelles) et les « interventions visant les établissements » (allant de la diminution de la charge de travail à la mise en place d'une culture de travail d'équipe). Bien que ces deux formes d'intervention aient réduit l'incidence de l'épuisement professionnel, **les effets des approches visant les établissements ont été plus importants.** Cette constatation soutient la notion selon laquelle l'épuisement professionnel reflète la présence de facteurs organisationnels.¹

Les médecins peuvent **tirer avantage des interventions de réduction de l'épuisement professionnel**, particulièrement lorsque celles-ci visent les établissements.

Maria Panagioti, Efharis Panagopoulou, Peter Bower et al.¹

Ressources



Explorez les ressources de l'ACPM

En plus d'offrir du soutien personnalisé aux médecins aux prises avec le stress d'un problème médico-légal ou d'une plainte au Collège, l'ACPM dispose d'une **vaste gamme d'articles sur le stress et les incidents liés à la sécurité des patients**. Notre page sur le bien-être des médecins compte également des liens menant à **des programmes canadiens de santé pour les médecins**.



Consultez des stratégies organisationnelles

Tait Shanafelt (ancien directeur du Program on Physician Well-Being de la Mayo Clinic) et John Noseworthy (PDG de la Mayo Clinic) ont formulé **neuf stratégies organisationnelles factuelles qui favorisent l'engagement et réduisent l'incidence de l'épuisement professionnel chez les médecins**. Les auteurs y soulignent l'importance du leadership et discutent de la façon dont ces stratégies ont été mises en œuvre à la Mayo Clinic.



Effectuez des recherches

Le **National Academy of Medicine's Clinician Well-Being Knowledge Hub** offre une gamme de stratégies organisationnelles et personnelles visant à combattre l'épuisement professionnel, ainsi qu'un centre de ressources doté d'une base de données interrogeable comptant près de 500 documents (articles, rapports, récits personnels, vidéos, etc.) traitant du bien-être.



Lisez les études clés

Si vous souhaitez aborder la question du bien-être au sein de votre établissement, ou en apprendre plus sur les effets de l'épuisement professionnel, les études suivantes vous seront utiles :

- Colin West et al. **Physician Burnout: Contributors, Consequences, and Solutions** (2018)
- Tait Shanafelt et al. **The Business Case for Investing in Physician Well-Being** (2017)
- Thomas Bodenheimer et Christine Sinsky. **From Triple to Quadruple Aim** (2014)



Renseignez-vous sur les initiatives provinciales

Des efforts novateurs sont déployés au niveau provincial en réponse à l'épuisement professionnel.

- La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec offre un **programme de mentorat** qui soutient les nouveaux médecins à leurs débuts dans la profession.
- Doctors Manitoba offre le programme d'entraide **Physicians At Risk** pour aider les médecins qui connaissent des problèmes.
- En Colombie-Britannique, des groupes de médecins tels que **MDs4Wellness** s'affairent à créer des communautés, à favoriser l'entraide et à offrir des initiatives éducatives et récréatives pour améliorer le bien-être des médecins.

Une version en ligne de ce rapport est accessible au : www.cmpa-acpm.ca

RÉFÉRENCES

1. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* [En ligne]. 2017 [cité le 18 juillet 2018]; 177(2), 195–205. Disponible : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
2. West C, Dyrbye L, Shanafelt T. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* [En ligne]. 2018 [cité le 18 juillet 2018]; 283(6), 516–529. Disponible : <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim: Care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* [En ligne]. 2014 [cité le 18 juillet 2018]; 12(6), 573–576. Disponible : <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
4. Wallace J, Lemaire J, Ghali W. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet* [En ligne]. 2009 [cité le 18 juillet 2018]; 374(9702), 1714–1721. Disponible : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
5. Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician well-being. *JAMA Intern Med* [En ligne]. 2017 [cité le 18 juillet 2018]; 177(12), 1826–1832. Disponible : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340>
6. West C, Huschka M, Novotny P, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. *JAMA* [En ligne]. 2016 [cité le 18 juillet 2018]; 296(9), 1071–1078. Disponible : [doi:10.1001/jama.296.9.1071](https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071)
7. Balch C, Oreskovich M, Dyrbye L, et al. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg* [En ligne]. 2011 [cité le 18 juillet 2018]; 213(5), 657–667. Disponible : <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.08.005>
8. Dyrbye L, Shanafelt T, Sinsky C, et al. (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives 2017: Discussion Paper*. National Academy of Medicine [En ligne]. July 2017 [cité le 18 juillet 2018]; Washington, DC. 11 p. Disponible : <https://bit.ly/2sKLCW>
9. Dewa C, Jacobs P, Thanh N, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res* [En ligne]. 2014 [cité le 18 juillet 2018]; 14(1), 1–9. Disponible : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-254>
10. Shanafelt T. Physician burnout: Stop blaming the individual. In: *Physician burnout: The root of the problem and the path to solutions*. NEJM Catalyst Collection; June 2017; Waltham, Mass. 50 p.
11. Dyrbye L, Swensen S. Despite burnout, there's still joy in medicine. In: *Physician burnout: The root of the problem and the path to solutions*. NEJM Catalyst Collection; June 2017; Waltham, Mass. 50 p.
12. Swensen S, Shanafelt T, Mohta N. Leadership survey: Why physician burnout is endemic, and how health care must respond. In: *Physician burnout: The root of the problem and the path to solutions*. NEJM Catalyst Collection; June 2017; Waltham, Mass. 50 p.
13. Gittlen S. Survey snapshot: Fixing burnout through physician input. In: *Physician burnout: The root of the problem and the path to solutions*. NEJM Catalyst Collection; June 2017; Waltham, Mass. 50 p.
14. West C, Dyrbye L, Erwin P, Shanafelt T. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* [En ligne]. 2016 [cité le 18 juillet 2018]; 388(10057), 2272–2281. Disponible : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)



L'Association canadienne de protection médicale

C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7 | Tél. : 613-725-2000, 1-800-267-6522 | Téléc. : 613-725-1300, 1-877-763-1300

www.cmpa-acpm.ca

© ACPM 2017 08/18