



Retour sur la gestion de la fatigue

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

En tant que médecins de famille, nous connaissons tous les effets du manque de sommeil. Votre Collège a fait partie d'un consortium sur les problèmes liés au nombre d'heures de travail des résidents, l'objectif étant d'optimiser les soins aux patients et les expériences d'apprentissage des résidents. La création du consortium relève en partie de réglementations provinciales interdisant aux résidents de travailler plus de 16 heures d'affilée. Voici les principaux constats¹.

- Les heures de travail actuelles des résidents présentent des risques pour leur santé; les quarts de travail de 24 heures ou plus sont à éviter.
- La fatigue affecte le rendement cognitif et comportemental.
- Un médecin fatigué n'est pas forcément un médecin dangereux.
- Aucune donnée ne démontre que la restriction du nombre d'heures de travail consécutives des résidents assure la sécurité des patients.
- Les efforts pour améliorer la sécurité des patients et réduire la fatigue des résidents doivent avoir une portée globale et non seulement tenir compte des d'heures de travail.
- Aucune donnée probante n'indique un lien concluant, positif ou négatif, entre la restriction du nombre d'heures de travail et les résultats universitaires des résidents.
- Des données indiquent qu'en chirurgie, restreindre les heures de travail des résidents se traduit par des soins et des apprentissages sous-optimaux.
- La réglementation sur les heures de travail requiert une réorganisation des RH en santé et des systèmes de prestation de soins.

Le rapport recommande, entre autres, la mise en place d'une approche globale afin de minimiser la fatigue et les risques connexes pendant la résidence. Le CMFC est membre d'un groupe qui travaille en ce sens, sous l'égide du Collège royal.

Je suis ravie que ce travail porte également sur les médecins de famille (MF), étant donné l'importance de cet enjeu pour les soins aux patients. Une analyse environnementale de la documentation médicale et de l'information provenant d'autres industries (aviation et mines) a été menée. Une trousse d'outils contenant des conseils pour autoévaluer la fatigue et prévenir et gérer la fatigue sera bientôt disponible.

La façon dont les MF dispensent des soins après les heures régulières varie grandement. Dans le Sondage national des médecins de 2013, 64% des MF répondants offraient des soins sur appel². Ils pratiquaient dans divers milieux: cabinets privés (60%), cliniques communautaires (17%), cliniques sans rendez-vous (15%), urgence (18%), foyers pour personnes âgées ou de soins de longue durée (19%) et centres hospitaliers universitaires (19%)². Le contexte de pratique a un effet sur la charge de travail et les services.

Plusieurs MF offrent des soins en groupe sur appel ou après les heures régulières. Certains modèles plus récents incluent les soins après les heures régulières^{3,4}, mais il y a encore lieu d'améliorer⁵. En 2015, 52% des personnes de 16 ans ou plus en Ontario ont déclaré avoir accès à des soins primaires après les heures régulières⁶.

D'autres facteurs, p.ex., résider dans une région rurale ou éloignée, affectent l'accès. Un plus grand nombre d'habitants des régions rurales de l'Ontario (67%) avaient de la difficulté à accéder à des soins après les heures régulières, comparativement aux régions urbaines (49%)⁶. Ceci a aussi des répercussions sur les responsabilités des professionnels de la santé dans des milieux où les ressources sont limitées, ce qui peut accentuer la fatigue.

La médecine familiale est une profession autoréglémentée, avec une charge de travail structurée et souvent imprévisible. Le contact clinique avec les patients peut être intense; il est important d'évaluer les heures de travail et le risque de fatigue. Il faut tenir compte des multiples facteurs de risque, car ils ont un effet cumulatif. Les responsabilités cliniques et non cliniques (p. ex., les responsabilités médico-légales, les assurances, les formulaires à remplir), ainsi que les responsabilités administratives, doivent être prises en compte. *L'Australian Medical Association* a effectué un travail considérable dans ce domaine, et a créé une liste de vérification des risques liés à la fatigue⁷.

Nous devons faire attention à nos horaires (p. ex., éviter le plus possible les quarts de 10 heures d'affilée; prendre au moins 24 heures de congé sur 7 jours, pendant lesquelles on peut prévoir une période de sommeil ininterrompue) et trouver des façons de travailler plus efficacement (effectuer les tâches plus complexes tôt le matin; réduire les tâches administratives; déléguer à d'autres membres de l'équipe; s'assurer à l'avance d'avoir suffisamment de personnel pendant les périodes les plus occupées). Comme nous le disons à nos patients, il est important de s'occuper de notre santé, ce qui signifie pour nous, avoir un MF.

Le Groupe de travail sur la prise en charge des risques liés à la fatigue mènera un sondage à la fin du mois pour déterminer si la stratégie et la trousse d'outils proposées ont été bien accueillies par les bureaux de formation médicale postdoctorale et les milieux de formation clinique, et si elles peuvent être utilisées dans la formation clinique. La communauté de pratique de médecine familiale sera incluse dans l'invitation.

Tout compte fait, la gestion du risque de fatigue est synonyme de prestation adéquate de soins, en prenant soin de soi-même, et d'organiser le travail au niveau de la personne, de la pratique et du système.

Remerciements

Je tiens à remercier Eric Mang, Artem Safarov et Cheri Nickel pour leur aide à la rédaction de cet article.

This article is also in English on page 656.

Références à la page 656