

Renouer avec les rôles CanMEDS- Médecine familiale pour lutter contre l'épuisement des médecins

Aaron Jattan MD CCFP

Après ma première année comme médecin de famille muni de tous ses titres de compétence, ce qui était le rêve de ma vie, j'étais désillusionné. Je réfléchissais activement à ma stratégie de sortie de la médecine. J'étais déconnecté de mes patients et de mes collègues. Je refusais des quarts de travail pour la simple raison que je ne voulais pas travailler.

C'était très étrange, car une année plus tôt, après ma résidence, j'étais incroyablement enthousiaste à l'idée de mettre à contribution mes compétences d'expert en médecine familiale. Même si je n'étais pas prêt à établir ma propre pratique, je voulais participer à toute une gamme de travaux cliniques. Je me suis inscrit comme hospitalier dans 4 hôpitaux différents. J'ai offert mes services comme remplaçant à court terme. Je me suis porté volontaire pour des quarts en soins d'urgence. J'étais bombardé de demandes pour couvrir de nombreuses semaines et travailler le soir et les fins de semaine. J'étais plus que content d'y répondre après avoir regagné un certain contrôle de mon emploi du temps à la suite des études de médecine et de la résidence. Après avoir passé 30 semaines en soins hospitaliers durant ma première année, sans compter le travail clinique, je souffrais d'épuisement professionnel.

Voilà que je commence ma cinquième année d'exercice; je ne travaille pas moins et, d'une certaine façon, je travaille davantage. Pourtant, je n'ai jamais été plus engagé envers la profession. Toutefois, je n'aurais pas pu prédire ce qui me sortirait de l'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel chez les médecins

Le concept de *l'épuisement professionnel* a d'abord été proposé au début des années 1970 par le psychologue américain Herbert Freudenberger¹, pour décrire la grande fatigue de certains professionnels de la santé. Selon la théorie, les personnes comme les médecins de famille sont bombardées de demandes qui sont excessives pour leur capacité émotive, ce qui les pousse à se « brûler » (d'où burnout, en anglais). La prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins est à la hausse dans le monde entier^{2,3}. Au nombre des symptômes figurent la fatigue émotionnelle, le détachement envers les patients, la frustration, le manque d'empathie et un sentiment de dévalorisation. J'ai bien senti plusieurs de ces symptômes, mais les conséquences potentielles dépassent l'individu. Des études portant sur les effets de l'épuisement sur le système de santé ont révélé

une moins grande productivité des médecins, un plus grand roulement de médecins et l'augmentation des coûts afférents ultérieurs⁴... En ce qui a trait aux soins aux patients, les médecins étaient plus susceptibles de signaler une erreur médicale ou d'admettre avoir eu des pratiques sous-optimales lorsqu'ils vivaient un épuisement professionnel^{5,6}.

La monotonie, la surcharge de travail, le manque d'autonomie, la discordance entre les valeurs individuelles et organisationnelles, et des gratifications insuffisantes comptent parmi les facteurs de risque propices à l'épuisement professionnel⁷. On a supposé que les spécialités exercées en clinique externe étaient plus à risque que celles pratiquées en milieu hospitalier⁸, peut-être en raison de la monotonie. Par ailleurs, il a été démontré que des affectations plus courtes réduisaient les symptômes de l'épuisement chez ceux qui travaillent en milieu hospitalier⁹. Les interventions pour réduire l'épuisement professionnel ont donc eu tendance à insister sur la réduction de la charge de travail, l'indépendance des médecins et plus de soutien à leur égard¹⁰. Toutefois, bien que ces interventions soient utiles, j'attribue à un autre facteur ma récupération de l'épuisement professionnel.

Repenser mon rôle comme médecin de famille

À la fin de ma première année d'exercice, j'ai considérablement simplifié mon travail clinique. J'ai démissionné de 3 des 4 hôpitaux où je travaillais, j'ai limité mon travail en clinique et j'ai pris des semaines de congé. Le temps additionnel passé ailleurs qu'en soins cliniques m'a procuré un soulagement relatif. Par contre, je n'avais jamais particulièrement hâte à mes semaines de clinique ou de travail hospitalier. Ma partenaire, connaissant mon intérêt pour l'éducation médicale, m'a encouragé à suivre un programme de maîtrise en éducation médicale, auquel je me suis inscrit à temps partiel. De plus, j'ai décidé d'élargir le projet de recherche amorcé durant la résidence, qui explorait les lacunes dans la formation en médecine familiale rurale. J'avais toujours souhaité continuer ce projet, et il semblait que le moment était propice pour ce faire. Une occasion s'est présentée à l'université, ce qui m'a permis de m'impliquer dans notre programme de résidence en médecine familiale et de contribuer à l'élaboration du cursus. Plus tard, j'ai sauté sur une occasion et me suis impliqué dans Choisir avec soin.

Soudainement, mon emploi du temps était rempli de travail non clinique. J'étais cependant énergisé par de nouveaux défis et de nouveaux rôles. En outre, quand je faisais du travail clinique, je me sentais à nouveau engagé. J'avais hâte de prendre soin des patients. Dans mes nouveaux rôles liés à l'enseignement, je me suis retrouvé à écouter activement des baladodiffusions médicales, et je m'empressais d'utiliser certaines de mes nouvelles connaissances dans les services médicaux. Le fait d'être de garde n'était plus émotionnellement drainant, et j'aimais ressentir à nouveau l'adrénaline. Cependant, je me sentais coupable de m'être éloigné à ce point du travail clinique. Je me sentais moins comme un médecin de famille, surtout quand mes collègues cliniciens me demandaient ce que je faisais la semaine suivante, et que ma réponse était « de la rechercher » ou de « l'enseignement ».

C'est alors que ma partenaire, qui est aussi médecin, m'a rappelé les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF) du temps de la résidence et le fait que je m'impliquais bien plus dans ces rôles que je ne l'avais jamais fait durant la formation.

Les rôles CanMEDS-MF

Les rôles CanMEDS-MF¹¹ sont une adaptation d'un référentiel semblable, élaboré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en 2009¹². Initialement, le référentiel avait pour but d'orienter l'éducation postdoctorale, mais il a été élargi en 2017 pour incorporer les nombreux rôles et responsabilités de tous les médecins de famille. Ces rôles sont les suivants : expert en médecine familiale, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel.

Pour être franc, je n'étais pas très intéressé aux rôles CanMEDS-MF durant ma résidence. Je trouvais que les exercices visant à réfléchir à mon rôle de communicateur ou de leader étaient de simples cases à remplir pour mener à l'achèvement de ma formation. J'étais bien trop axé sur le perfectionnement de mes compétences dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque ou sur le développement de mes compétences techniques en vue de la pratique indépendante. J'ai émergé de ma formation prêt à être un expert en médecine familiale.

Or, alors que je commence ma cinquième année de pratique, je suis bien plus que cela. Je suis un collaborateur avec d'autres en recherche et dans des initiatives pédagogiques. Je suis un promoteur de la santé en m'impliquant dans des activités d'amélioration de la qualité et en faisant la promotion des initiatives parrainées par Choisir avec soin Canada. Je suis un érudit en enseignant aux collègues, aux résidents et aux étudiants en médecine, et en apprenant d'eux. Grâce à tous ces changements, je suis devenu un professionnel et un leader plus conscient de mes compétences dans tous mes domaines de pratique. J'aimerais croire que je suis un médecin de famille plus accompli aujourd'hui que lorsque j'ai commencé ma carrière.

Réflexions

Je n'ai jamais pensé que l'épuisement professionnel pouvait affecter un novice dans la pratique, croyant plutôt que c'était un risque pour les personnes qui travaillaient depuis très longtemps. À ceux qui débutent leur pratique, je conseille d'éviter le piège dans lequel je suis tombé lorsque j'avais une vision étroite de ce peut être un médecin de famille. Tenez compte de vos intérêts, que ce soit l'enseignement, la promotion de la santé ou la recherche, et trouvez une façon de les intégrer dans votre pratique. En outre, envisagez ces activités comme une partie intégrante de votre rôle en tant que médecin de famille, et non comme du travail en dehors de la profession. Étant donné que la monotonie est un facteur de risque d'épuisement professionnel et que la stimulation intellectuelle est une technique pour combattre l'épuisement¹³, relevez des défis à l'intérieur et en dehors des soins cliniques. Pour ceux qui sont profondément enracinés dans la pratique et qui éprouvent des symptômes d'épuisement, il serait possible de rééquilibrer les rôles que vous exercez. Avant les rôles CanMEDS-MF, on mettait peut-être davantage l'accent sur le rôle de l'expert en médecine familiale, mais les rôles d'un médecin de famille sont bien plus nombreux. Pour ceux qui éprouvent des difficultés et qui cherchent des ressources, l'Association médicale canadienne offre des soutiens accessibles en ligne (<https://www.cma.ca/fr/carrefour-bien-etre-medecins/medecins>).

Alors que j'entame la prochaine étape de ma carrière, je suis encore conscient de ce qu'est l'épuisement professionnel. Je ressens encore parfois des symptômes se glisser dans ma vie, ce qui a été d'autant plus exacerbé par les défis posés par la pandémie de maladie à coronavirus 2019. Par ailleurs, je suis bien plus conscient de ces symptômes qu'en début de pratique. Maintenant, quand je ressens la fatigue, je suis capable de refuser des tâches et des responsabilités additionnelles si je ne peux m'y conformer. Je tiens toujours compte de l'équilibre entre mon travail clinique et non clinique, de manière à faire une juste répartition me permettant de fonctionner de manière optimale. Je planifie des vacances et me réserve du temps pour me déconnecter. Ces efforts visent principalement à demeurer un médecin de famille engagé et épanoui, ce que je suis présentement et que j'espère demeurer tout au long de ma carrière. 🍁

Le Dr Aaron Jattan est professeur adjoint au Département de médecine familiale de l'Université du Manitoba à Winnipeg.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychother (Chic)* 1975;12(1):73-82.
2. Del Carmen MG, Herman J, Rao S, Hidrue MK, Ting D, Lehrhoff SR et coll. Trends and factors associated with physician burnout at a multispecialty academic faculty practice organization. *JAMA Netw Open* 2019;2(3):e190554.
3. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J et coll. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015;90(12):1600-13. Erratum dans: *Mayo Clin Proc* 2016;91(2):276.
4. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;283(6):516-29. Publ. en ligne du 24 mars 2018.

5. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136(5):358.
6. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D et coll. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010;251(6):995-1000.
7. Rothenberger DA. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* 2017;60(6):567-76.
8. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health* 2013;11(1):48.
9. Lucas BP, Trick WE, Evans AT, Mba B, Smith J, Das K et coll. Effects of 2- vs 4-week attending physician inpatient rotations on unplanned patient revisits, evaluations by trainees, and attending physician burnout: a randomized trial. *JAMA* 2012;308(21):2199-207.
10. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C et coll. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017;177(2):195-205.
11. Shaw E, Oandasan I, Fowler N. *CanMEDS-Family Medicine 2017: competency framework for family physicians across the continuum*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Accessible à: https://portal.cfp.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf. Réf. du 27 juin 2021.
12. *CanMEDS: better standards, better physicians, better care*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2009.
13. Staten A, rédacteur. *Combatting burnout: a guide for medical students and junior doctors*. Boca Raton, FL: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2019.

Can Fam Physician 2021;67:e237-9. DOI: 10.46747/cfp.6708e237

The English version of this article is available from www.cfp.ca on the table of contents for the **August 2021** issue on **page 629**.

Les **Cinq premières années de pratique** est une série trimestrielle publiée dans *Le Médecin de famille canadien*, sous la coordination du Comité sur les cinq premières années de pratique de la médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada. Cette série a pour but d'explorer des sujets susceptibles d'intéresser surtout les médecins en début de pratique, de même que tous les lecteurs du *Médecin de famille canadien*. Nous invitons tous ceux et celles qui en sont à leurs 5 premières années de pratique à présenter une contribution d'au plus 1500 mots (www.cfp.ca/content/Guidelines) au **D^r Stephen Hawrylyshyn**, ancien président du Comité sur les premières cinq années de pratique de la médecine familiale, à steve.hawrylyshyn@medportal.ca.