

Mesures d'accommodation aux besoins des urgentologues enceintes

Lisa A. Calder, MD, MSc, FRCPC*†; A. Adam Cwinn, MD, FRCPC*

Les urgentologues enceintes ont des besoins tout à fait particuliers, auxquels les politiques ou la culture au sein des services des urgences (SU) peuvent ne pas répondre expressément. Au fond, la question est de savoir comment améliorer le plus possible la santé et la sécurité des urgentologues enceintes et de leur progéniture. Nous présenterons donc, dans l'article, la politique *Accommodating Pregnant Emergency Physicians: A Guiding Document*, qui a été élaborée et mise en œuvre au sein de notre service (v. annexe); nous expliquerons également sa pertinence et la méthode appliquée.

Les changements au sein du corps médical au Canada ont retenu l'attention des médias dernièrement.^{1,2} La médecine d'urgence n'échappe pas non plus à la tendance, l'évolution étant dynamique au fil du temps; non seulement y a-t-il des changements démographiques quant à l'âge, mais aussi et surtout des changements dans la proportion des femmes médecins.^{3,4} Il s'agit là d'une déduction tirée de statistiques nationales sur le corps médical étant donné qu'il n'existe pas de données particulières sur la médecine d'urgence. Si l'hypothèse se confirme, il est juste d'affirmer que les femmes sont en voie de former une part importante des effectifs en médecine d'urgence.

La documentation est muette sur les risques que comporte le travail dans les SU pour les femmes enceintes ou leur fœtus. D'après des données probantes sur les travailleurs de postes, il y a une relation entre le travail par roulement, tout particulièrement les postes de nuit, et les naissances prématurées et l'insuffisance pondérale en fonction de l'âge gestationnel.^{5,6} Cela est

particulièrement vrai au cours des deuxième et troisième trimestres de grossesse. La documentation sur l'incidence de la formation au niveau de la résidence sur la grossesse laisse également supposer un risque accru de complications.⁷ Aussi est-ce dans ce contexte de maigre documentation que les responsables du Physician Health Program of British Columbia ont pris les devants en 2010 et ont publié le document *Medicine and Motherhood: Can We Talk?*⁸ Il s'agit d'une déclaration consensuelle dans laquelle sont présentés un résumé de la documentation actuelle et des recommandations générales afin de faciliter les échanges de points de vue entre les femmes médecins enceintes, leurs collègues, et leur employeur. Le rapport a fait l'objet de discussions dans le groupe d'intérêt des femmes en médecine d'urgence de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU), dans le cadre de son congrès qui s'est tenu à Montréal, en 2010.

À la suite des échanges de points de vue, nous nous sommes penchés sur notre expérience locale, à L'Hôpital d'Ottawa. Les femmes qui étaient enceintes au début de la période ont indiqué qu'elles avaient noté, depuis lors, des changements importants dans la culture des médecins en ce qui concerne l'adaptation du travail aux besoins des urgentologues enceintes. Compte tenu de la composition démographique du groupe, une augmentation sensible du nombre de grossesses était à prévoir. L'esprit d'initiative au sein du service a permis de créer un environnement favorable, tant et si bien que les

Tiré de *Department of Emergency Medicine, University of Ottawa, et †Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute, Ottawa, ON.

Correspondance à: Dr. Lisa A. Calder, The Ottawa Hospital - Civic Campus, 1053 Carling Avenue, F654, Box 685, Ottawa, ON K1Y 4E9; lcalder@ohri.ca.

Cet article a été évalué par les pairs.

© Association canadienne des médecins d'urgence

CJEM 2014;16(4):262-264

DOI 10.2310/8000.131192F

femmes n'hésitaient pas à déclarer tôt leur grossesse, et il était sous-entendu que des mesures d'accommodation quant aux périodes de travail seraient possibles vers la fin de la grossesse, mais il n'y avait pas de politique ou de structure officielles à cet égard. Aussi avons-nous formé un groupe de travail sur les besoins des urgentologues enceintes. Celui-ci a passé en revue la documentation sur le travail par roulement et la grossesse, notamment la déclaration du Physician Health Program of British Columbia.⁸ Nous avons mené une vaste consultation auprès des autres membres du personnel au sein du service, qui comportait entre autres une enquête en ligne sur les expériences passées de grossesse. La démarche a fait ressortir de nombreux facteurs et a permis l'élaboration de recommandations qui couvrent toute la période avant, pendant et après la grossesse (v. annexe). Suit une brève description des grands principes qui ont sous-tendu ces recommandations:

1. *Avant la grossesse.* Nous avons constaté que les femmes urgentologues avaient besoin d'être généralement sensibilisées à l'existence d'un guide, au sein du service, qui leur permettrait de profiter de certaines mesures d'accommodation durant la grossesse; cela aurait pour effet d'apaiser grandement l'anxiété liée à la pratique médicale pendant qu'elles sont enceintes.
2. *Grossesse.* Déclaration précoce de la grossesse: le groupe a insisté sur la création d'un environnement favorable, permettant une déclaration précoce, en toute confidentialité, de la grossesse au chef de service. Le moment de cette déclaration est laissé à la discrétion des femmes, mais celle-ci devrait se faire au cours des 12 premières semaines de grossesse afin de permettre une planification des ressources humaines et de l'horaire de roulement qui réponde tant aux besoins du service qu'aux besoins des urgentologues enceintes.
Diminution progressive des périodes de travail physiquement exigeantes vers la fin de la grossesse: la réalisation de certaines interventions d'importance vitale au cours du troisième trimestre (ex.: intubation) comporte un certain effort physique. Faisant fond sur les résultats de l'étude cas/témoins menée par Croteau et ses collaborateurs, nous avons proposé de cesser le roulement dans les équipes de réanimation à la 28^e semaine de grossesse et les postes de nuit à la 24^e semaine.⁶ En effet, l'étude a démontré une réduction du

risque d'insuffisance pondérale en fonction de l'âge gestationnel lorsque les roulements irréguliers de travail, le soulèvement de poids lourds, et la réalisation d'un travail très exigeant sur le plan psychologique étaient cessés à la 24^e semaine de grossesse. Nous avons également recommandé que le nombre de périodes de roulement soit réduit de 25% durant le troisième trimestre et que les postes de travail soient limités aux heures de jour et aux soins ambulatoires au cours des 4 dernières semaines de travail clinique.

Conditions de travail: la médecine d'urgence comporte des risques d'exposition à des agents infectieux, qui peuvent être latents au moment de la consultation. Nous avons recommandé que les urgentologues enceintes subissent un titrage sérique des anticorps contre la varicelle et le parvovirus B19. Bien que la mesure ne soit pas un gage de protection, elle peut apaiser les craintes liées à une exposition imprévue. Il serait bon aussi, dans la mesure du possible, qu'un autre urgentologue de service à ce moment-là évalue les patients fiévreux, très malades, ou une éruption cutanée indifférenciée.

3. *Congé de maternité.* C'est connu, beaucoup de femmes médecins prennent, traditionnellement, de très courts congés de maternité (2–4 mois).⁹ Nous avons insisté sur la sensibilisation à l'existence des congés parentaux offerts dans les différentes associations médicales provinciales (15 semaines en Colombie-Britannique, 17 semaines en Ontario, 20 semaines en Saskatchewan).^{10–12}
Aucune recommandation n'a été faite quant à la durée du congé de maternité, mais nous avons remarqué que, dans le groupe, la durée était variable et qu'elle tendait à se prolonger. Toutefois, dans la plupart des cas, elle ne dépassait pas les 52 semaines prévues dans la norme nationale.¹³
4. *Retour au travail après la grossesse.* Augmentation progressive du travail par roulement: nous avons constaté qu'il n'était pas souhaitable d'entreprendre le retour au travail par un poste de nuit ou un roulement dans les équipes de réanimation. Par ailleurs, il se peut que certaines urgentologues désirent travailler à temps partiel, au début, jusqu'à ce que les services de garde de l'enfant soient assurés. Durant les 2 premières semaines de travail, il faudrait favoriser la reprise de la pratique en soins ambulatoires (ou en soins urgents) et éviter les postes de nuit. Nous avons proposé que les urgentologues qui

reprentent le travail envisagent de suivre un cours d'actualisation des connaissances pratiques cliniques (soit dans un centre de simulation, soit par un cours de formation médicale continue). Enfin, une salle particulière, située près du SU, a été mise à la disposition des mères qui désirent utiliser un tire-lait pendant les heures de travail.

La question des mesures d'accommodation aux besoins des urgentologues revêt une importance nationale et elle se fera de plus en plus pressante dans les SU. Nous invitons donc les SU à s'engager dans des discussions franches sur leurs besoins en tant qu'organisation et à envisager l'élaboration de politiques en la matière. Le moment est propice aux échanges de points de vue sur le sujet, à l'échelle du pays. Une enquête nationale a été menée auprès des urgentologues sur l'adaptation du travail aux besoins des femmes enceintes et des médecins qui sont parents, et l'analyse des données est en cours (Dre Jennifer Williams, communication personnelle). Une fois que seront connus les résultats de l'enquête sur les besoins perçus par les urgentologues à cet égard, nous incitons vivement l'ACMU à envisager l'élaboration d'une déclaration sur le sujet afin d'aider les SU à aller de l'avant, au Canada.

Remerciements: Nous tenons à remercier les membres du groupe de travail qui ont participé à l'élaboration du guide du service des urgences de L'Hôpital d'Ottawa sur les mesures d'accommodation aux besoins des urgentologues enceintes: Dres Justine Amaro, Jennifer Clow, Soraya Davoudi, Gary Greenberg, Elisabeth Hobden, Christine Johns, Barb Miller, Janet Nuth, Jacky Parker, Shena Riff, Kari Sampsel, et Alena Spacek.

Mots clés: grossesse, mesures d'accommodation, politique, travail par roulement, urgentologues

Intérêts concurrentiels: Aucun déclaré.

RÉFÉRENCES

1. Physician turnover rates mirror economic conditions and housing market. *Globe & Mail* 2011 Apr 18.
2. Doctor numbers in Canada at all-time high. *CBC News*. 2011 Dec 15.
3. Tyrell L, Dauphinee D. *Task force on physician supply in Canada*. Canadian Medical Association; 1999.
4. Weizblit N, Noble J, Baerlocher MO. The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Med Educ* 2009;43:442-8, doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03309.x.
5. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, et al. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000;95:623-35, doi:10.1016/S0029-7844(99)00598-0.
6. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *Am J Public Health* 2006; 96:846-55, doi:10.2105/AJPH.2004.058552.
7. Finch SJ. Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med* 2003;78:418-28, doi:10.1097/00001888-200304000-00021.
8. Physician Health Program of British Columbia. *Medicine and motherhood: can we talk? A consensus statement*. March 2010.
9. Lent B, Phillips S, Richardson B, Stewart D. Promoting parental leave for female and male physicians. *CMAJ* 2000; 162:1575-6.
10. <https://www.bcma.org> (accessed March 20, 2013).
11. <https://www.sma.sk.ca> (accessed March 20, 2013).
12. <https://www.oma.org> (accessed March 20, 2013).
13. *Canadian Labour Code*, R.S.C. 1985, c. L-2 (section 206.2).