

LA SANTÉ DES MÉDECINS

État des connaissances
et approches préventives

SANDRA ROMAN, M.D.

CLAUDE PRÉVOST, M.D.



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

À propos des auteurs :

Dre **Sandra Roman**

Médecin de famille, médecin-conseil au
Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)
et à la Direction de santé publique du CISSS Laval

Dr **Claude Prévost**

Spécialiste en santé publique et médecine préventive
à la Direction de santé publique du CISSS Laval

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| Préface | 4 |
| Introduction | 5 |
| ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS | 6 |
| Les médecins sont-ils en santé? | 7 |
| Comment abordent-ils leur propre santé? | 7 |
| Pourquoi ces résistances à consulter? | 8 |
| SUICIDE | 10 |
| Que savons-nous du suicide chez les médecins? | 11 |
| Y a-t-il des médecins plus à risque? | 11 |
| Pistes de prévention | 12 |
| ABUS DE SUBSTANCES | 14 |
| En quoi l'abus de substances diffère-t-il chez les médecins? | 15 |
| Des conséquences potentiellement désastreuses | 15 |
| Et pourtant | 16 |
| ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURNOUT) | 17 |
| Un problème fréquent chez les médecins? | 18 |
| Quelles sont les sources du problème? | 18 |
| Facteurs intrinsèques | 18 |
| Facteurs extrinsèques | 19 |
| Facteurs individuels | 20 |
| Conséquences | 21 |
| APPROCHES PRÉVENTIVES | 22 |
| Satisfaction professionnelle, mieux-être et résilience : des concepts nouveaux en médecine | 23 |
| Stratégies individuelles | 23 |
| Au-delà du <i>self-care</i> | 25 |
| Stratégies « communautaires » et organisationnelles | 25 |
| Enseigner la résilience? | 26 |
| À chaque médecin son médecin | 26 |
| CONCLUSION | 27 |
| Face à la détresse vécue par plusieurs de ses membres, comment la profession peut-elle réagir? | 28 |
| Bibliographie | 30 |

Préface

L'état de santé des médecins est habituellement perçu comme très bon par l'ensemble de la population. Au-delà de son appartenance à un groupe social favorisé, on imagine mal qu'un médecin ne soit pas capable de se traiter lui-même, lorsqu'il présente des symptômes d'une maladie. De plus, au regard de l'épuisement professionnel (*burnout*), le médecin devrait en être protégé car, en tant que travailleur autonome, c'est lui-même qui détermine sa charge de travail. Or, comme le montre l'état des connaissances qui suit, il n'en est rien. Les médecins sont en effet plus à risque d'un ensemble de problèmes de santé mentale, soit le suicide, l'abus de substance et l'épuisement professionnel.

C'est cette énigme qu'une équipe de chercheurs de l'Université Laval, dont je fais partie, a voulu comprendre dans le cadre d'une recherche effectuée auprès de médecins québécois qui avaient dû cesser temporairement leur pratique en raison d'un problème de santé mentale*. Cette étude nous a permis de constater que le médecin n'est pas si autonome qu'on veut bien le croire. Il a lui aussi un patron et il en a même plus d'un! Le premier est lui-même de par sa personnalité de type perfectionniste et sa capacité de travail, qu'il a su mettre à profit dans ses succès scolaires et parascolaires qui ont compté pour beaucoup dans son admission en médecine. Le second est la profession elle-même qui édicte des standards de pratique élevés, relayés par les collègues et la corporation et pour lesquels le médecin se doit de se maintenir à jour dans un monde où les connaissances sont en constante explosion. Enfin, l'autre patron est la société qui, collectivement ou via chacun des patients, a des attentes élevées face au médecin. Ces rationalités ou exigences personnelles, professionnelles et sociales nécessitent, pour être satisfaites, un niveau élevé d'investissement de la part du médecin. Un des éléments majeurs du surinvestissement des médecins tient à la difficulté d'intégrer ces trois rationalités, ce qui conduit le médecin à redoubler d'effort pour, notamment, combler l'écart entre les normes de bonne pratique médicale liée à sa conscience professionnelle et ce qu'il peut faire, compte tenu des ressources dont il dispose (personnel, temps, matériel, etc.). Cette obligation de pallier les insuffisances du système peut conduire à un état de souffrance éthique et à une perte de sens du travail, lorsque la pratique médicale va à l'encontre des valeurs du médecin. Comme le disait un médecin rencontré dans notre enquête : « *Ce qu'ils nous demandent de faire, et ce que les normes disent, et ce que l'on nous permet de faire sans les moyens de faire... c'est comme deux mondes ... Et là, ils nous laissent avec des cas de conscience...* ».

* Maranda, M.F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L., Vézina, M.
La détresse des médecins : un appel au changement.
Presses de l'Université Laval; 2006.

Dans ce contexte, il est heureux de constater que le texte qui suit va au-delà d'une approche préventive uniquement centrée sur l'individu et ses faiblesses pour inclure également une dimension communautaire et organisationnelle. Une telle approche permet de contrer les préjugés du milieu face aux médecins atteints d'un problème de santé mentale, préjugés qui se traduisent par des remarques du genre de celles entendues lors de nos entrevues : « *Si tu fais un infarctus... (on dit) « Il est mort au travail. Il a trop travaillé ».* Mais si tu fais un burnout : « *il n'a pas été assez fort*... « *C'est parce qu'il n'était pas capable* ».

En centrant les pistes de prévention autour du soutien et des échanges entres pairs, le texte propose de s'attaquer au cœur du problème, soit le déni et le mur du silence au sujet du problème. Ce faisant, l'approche proposée permettra de créer des espaces de parole pour débattre notamment de l'applicabilité des normes actuelles de bonne pratique médicale, tout en offrant aux médecins le soutien requis pour solutionner certains problèmes dans leur pratique.

Michel Vézina, M.D., FRCPC

Professeur, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Conseiller médical à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Chercheur associé au Centre de recherche du CHUQ

Direction de recherche du Centre de Santé et des Services sociaux de la Vieille Capitale (CSSSVQ)

INTRODUCTION

La médecine est une profession exigeante sur tous les plans : une lourde charge de travail, de longues heures, des degrés élevés de stress et de responsabilités. De plus, les médecins sont régulièrement confrontés à la souffrance et doivent répondre à des dilemmes éthiques parfois complexes. Pourtant, la médecine n'a jamais cessé de fasciner le public et d'attirer les candidats les plus prometteurs prêts à répondre aux nombreux défis qui y sont associés.

Cependant, plusieurs éléments laissent entrevoir un malaise profond au sein de la profession : ses membres sont de moins en moins satisfaits. Cette insatisfaction est palpable au sein des équipes de soins, sans cesse fragilisées par la pénurie de ressources. Les témoignages de détresse vécue par nos collègues se multiplient. Les médecins sont soumis à des stress importants dans leur environnement de travail et l'épuisement professionnel semble largement répandu. Depuis 2006, un nombre considérable de nouvelles demandes de consultation est porté à l'attention du Programme d'aide aux médecins du Québec. Le stress inhérent à la profession aurait-il atteint un seuil critique ? Jusqu'à quel point met-il en péril la santé de nos ressources ?

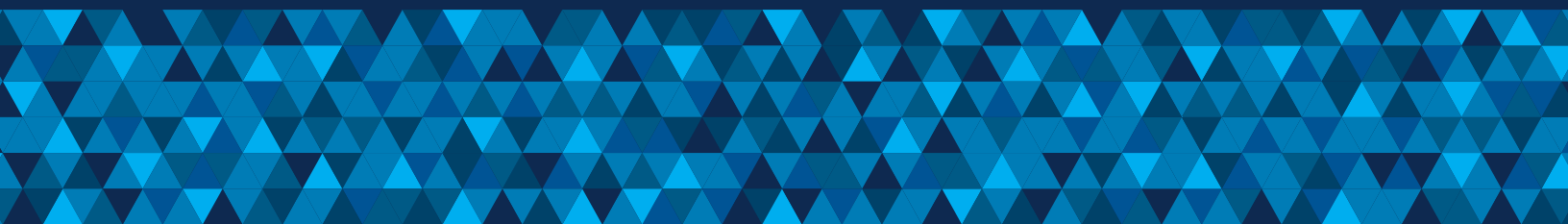
Toutes ces questions nous ont conduits à mettre sur pied un projet régional de prévention primaire visant à préserver et promouvoir la santé des médecins ainsi que la vitalité de la communauté médicale. La première étape, qui sous-tendait toute notre démarche, consistait en une revue de littérature qui devait nous fournir les pistes d'actions à entreprendre. À cette fin, nous avons consulté plusieurs ouvrages entièrement consacrés à la santé des médecins ainsi que des études provenant de l'Amérique du nord, de l'Europe et d'ailleurs. Le présent document ne constitue pas une revue exhaustive de la littérature, mais un condensé des problématiques de santé vécues par les médecins en termes de prévalence, de facteurs de risque et de conséquences.

Nous proposons d'abord de faire le point sur l'état des connaissances sur la santé des médecins et de mieux comprendre comment ceux-ci abordent leur propre santé. Nous nous pencherons ensuite sur certaines problématiques plus

Depuis 2006, un nombre considérable de nouvelles demandes de consultation est porté à l'attention du Programme d'aide aux médecins du Québec. Le stress inhérent à la profession aurait-il atteint un seuil critique ?

spécifiques aux médecins, soit en raison de leur fréquence accrue, soit de leur mode de présentation particulier. Étant donné sa prévalence élevée, nous nous attarderons plus en détail sur l'épuisement professionnel, notamment sur ses impacts et les facteurs qui y sont associés. Enfin, nous ferons le point sur les diverses approches préventives reconnues à l'heure actuelle dans la littérature et proposerons des pistes d'intervention visant à améliorer la santé et la satisfaction professionnelle dans notre communauté.

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
SUR LA SANTÉ
DES MÉDECINS



ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS

Les médecins sont-ils en santé?

Les médecins sont généralement en bonne santé physique et, depuis longtemps, on rapporte qu'ils ont une espérance de vie plus longue par rapport à la population générale [1-4]. Selon la recherche, les médecins sont moins souvent atteints de cancers associés à de plus faibles niveaux socio-économiques (estomac, sphère oro-pharyngée) et présenteraient plus fréquemment des cancers liés à de meilleures conditions de vie (colon, mélanome) alors que certaines études rapportent de plus hauts taux de mortalité par cirrhose [2, 5]. On pourrait attribuer la longévité des médecins à leur niveau socio-économique élevé, mais lorsqu'on les compare à d'autres professionnels d'un rang socio-économique similaire, ils présentent toujours une plus grande espérance de vie [1, 4, 6]. Ainsi, cet avantage s'expliquerait par leurs meilleures habitudes de vie, notamment par le déclin marqué du taux de tabagisme chez ce groupe par rapport à la population générale [7]. En effet, depuis les années soixante, ceux-ci fument de moins en moins et, en parallèle, on observe une diminution marquée des décès liés au tabagisme, particulièrement au cancer du poumon [1, 8, 9]. Mais comme le souligne Kay dans son étude sur la santé physique des médecins, malgré le fait qu'ils jouissent d'une plus grande longévité, ils sont aussi aux prises, comme la population générale, avec des pathologies chroniques, telles que les maladies cardio-vasculaires, respiratoires, musculo-squelettiques et le cancer [10].

En regard de la santé mentale, globalement, les diverses données suggèrent qu'il y aurait autant de médecins atteints de dépression, d'anxiété, de maladie affective bipolaire et de psychose que dans la population générale, exception faite de la schizophrénie en raison de l'âge précoce d'apparition de cette pathologie [9, 11, 12]. Des différences sur le plan méthodologique font en sorte qu'il est difficile d'estimer avec précision la prévalence réelle de l'ensemble des problèmes de santé mentale chez les médecins, mais on observe toutefois une fréquence accrue d'épuisement professionnel et de mortalité par suicide par rapport à la population générale [9, 13]. Les médecins se démarqueraient également non pas tant dans l'incidence que dans les formes que prennent les problèmes d'abus de substances [11].

Dans une étude, 49% des médecins interrogés considèrent qu'ils négligent leur propre santé et 65% se sont dits incapables d'arrêter de travailler quand ils sont malades.

Comment abordent-ils leur propre santé?

Parce qu'ils sont réticents à consulter pour eux-mêmes et tendent plutôt à prendre en charge leur propre santé, on rapporte souvent que les médecins sont des « cordonniers mal chaussés ». Si l'on exclut les données provenant de pays où il est obligatoire pour tous d'être enregistrés auprès d'un médecin de famille, les études révèlent qu'environ la moitié des médecins déclarent avoir leur propre médecin traitant, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'ils le consultent de façon appropriée ou sur une base régulière [3, 10, 14-16]. Par exemple, Richards rapporte que bien que 71% des répondants aient affirmé avoir leur propre médecin, seulement 10% d'entre eux l'avaient consulté dans le cadre d'un suivi de routine [17]. Il semble plutôt, selon les enquêtes, que les consultations informelles, souvent appelées « consultations de corridor », soient le modèle privilégié, au détriment des rendez-vous en bonne et due forme, et ce, peu importe qu'ils aient ou non un médecin de famille [14, 18, 19].

Quant à ceux qui affirment avoir un médecin, notons qu'il s'agit le plus souvent d'un confrère, d'un médecin membre de leur famille, ou d'un ami. Dans son étude sur les pratiques préventives des médecins, McCall rapporte que moins de la moitié des répondants ont affirmé avoir leur propre médecin et, parmi ceux-ci, 30% consultaient un collègue de travail et 12% se considéraient eux-mêmes comme leur propre médecin [20]. Pourtant, lorsque questionnés sur ce qu'ils préféreraient, ils sont majoritaires à souhaiter consulter un médecin avec lequel ils n'ont aucun lien personnel ou professionnel [21].

De plus, l'attitude des médecins par rapport à leur santé diffère de celle de la population générale. Dans une étude, 49% des médecins interrogés considèrent qu'ils négligent leur propre santé et 65% se sont dits incapables d'arrêter de travailler quand ils sont malades [22]. Une autre recherche révèle que durant l'année précédente, plus de 80% des médecins consultés avaient travaillé alors qu'ils étaient malades, invoquant des facteurs organisationnels et culturels derrière leur décision de ne pas s'absenter, notamment la difficulté à se faire remplacer par un collègue [23]. Les diverses études portant sur le sujet concluent généralement que les médecins minimisent ou nient leurs symptômes et consultent tardivement, souvent une fois la pathologie bien installée. Allibone a d'ailleurs démontré que près de la moitié des médecins ayant présenté un problème de santé considéraient qu'ils avaient indûment tardé à consulter [24]. Ils peuvent aussi être plus

réticents, pour certains problèmes de santé, à suivre les guides de pratique ou les traitements qu'ils prescrivent à leurs propres patients [21, 25]. Des études dans lesquelles divers scénarios cliniques ont été soumis à des médecins ont révélé qu'en majorité, ceux-ci choisiraient de s'auto-traiter alors qu'ils recommanderaient à un collègue de consulter [26, 27].

L'autotraitement serait un phénomène très largement répandu dans la population médicale et les médecins justifient souvent ce comportement par le manque de temps et la « pression » qu'ils ressentent pour rester en poste [21, 26, 28, 29]. Une étude de Chambers et Belcher révèle que 84 % des médicaments consommés par des médecins au cours des 5 dernières années étaient auto-prescrits de même que le tiers des tests diagnostiques [30]. Parmi les médicaments auto-prescrits fréquemment, on retrouve les antibiotiques, les contraceptifs, les anti-inflammatoires, les hypotenseurs, les analgésiques et les hypnotiques [2, 17, 30, 31]. Une étude menée auprès de neurologues américains révèle que 94 % d'entre eux se traiteraient pour une condition aiguë mineure, 37 % le feraient aussi pour une condition chronique, 42 % s'auto-prescrieraient un bilan sanguin à des fins diagnostiques et 40 % se prescriraient des tests en imagerie pour les mêmes raisons [32].

Pourquoi ces résistances à consulter ?

Diverses études ont permis d'identifier les principaux obstacles à la consultation chez les médecins [14, 33]. En plus des facteurs organisationnels comme la pénurie de ressources ou le manque de temps, les médecins soulignent aussi toute une série de « barrières psychologiques ». En tête de liste, ils citent la peur de déranger un collègue, surtout pour des symptômes qui pourraient être jugés futiles ou peu spécifiques, ainsi que la crainte que leur autodiagnostic soit erroné. Ainsi, alors que certains redoutent d'être taxés d'incompétents par le médecin qu'ils consultent, d'autres, au contraire, sont réticents à consulter un collègue qu'ils estiment moins qualifié qu'eux-mêmes.

Les études rapportent que les réticences à consulter sont encore plus importantes pour certains types de symptômes, notamment la douleur chronique, l'abus de substances, les difficultés sexuelles, les problèmes gynécologiques, les maladies transmises sexuellement, mais surtout les problèmes de santé mentale [34, 35]. En regard de ces derniers, les médecins sont aussi très conscients des conséquences potentielles qu'un « diagnostic formel » pourrait entraîner, comme la possibilité de devoir diminuer ou modifier leurs tâches ou d'envisager un arrêt de travail. De fait, les médecins en arrivent souvent à minimiser leurs symptômes dépressifs ou suicidaires par peur d'être hospitalisés ou de

L'auto-prise en charge devient une stratégie acceptée, voire encouragée par les pairs, qui permet au médecin de rester en poste et d'échapper à l'inconfort de devoir assumer le rôle de patient.

se voir retirer leurs privilèges ou leur permis d'exercice [12]. La crainte d'avoir à divulguer à leur ordre professionnel la présence d'une pathologie psychiatrique représente également une préoccupation importante et un frein à consulter [36]. Une enquête menée auprès de médecins du Royaume-Uni révèle que 73 % des répondants préfèrent s'ouvrir à leurs proches de leurs problèmes de santé mentale plutôt qu'à des professionnels de la santé; la crainte des impacts sur leur carrière constitue l'obstacle principal à la consultation [37]. Les études font aussi état d'inquiétudes liées à la nécessité de divulguer leur diagnostic à leur assureur en cas d'invalidité et aux effets potentiels sur leur assurabilité future [36].

Une autre barrière à la consultation concerne la confidentialité et la protection des données personnelles. Les médecins se disent préoccupés par l'existence même de leur dossier médical et par son accès facile pour des collègues de travail [3]. Il semble, là encore, que ces préoccupations soient plus grandes chez ceux atteints de problèmes de santé mentale. Une enquête américaine confirme que des médecins présentant des symptômes dépressifs modérés à sévères sont plus susceptibles de s'auto-traiter avec des antidépresseurs - et ainsi éviter de consulter en raison des inquiétudes liées à la confidentialité - que ceux présentant des symptômes légers [36].

Les médecins citent aussi les difficultés qu'ils ont à trouver un médecin en qui ils ont confiance ou avec lequel ils se sentiront à l'aise et ils sont nombreux aussi à rapporter de mauvaises expériences lorsqu'ils ont été dans le rôle du patient [2, 3, 38]. Finalement, à la complexité de trouver une ressource qui réponde à leurs attentes s'ajoute une perception selon laquelle les médecins seraient des « patients difficiles ». En effet, il serait fréquemment évoqué que les médecins sont réticents ou mal à l'aise à l'idée de traiter un confrère et plusieurs chercheurs déplorent le manque de connaissances sur la prise en charge d'un patient-médecin [14, 15, 21, 33, 38-40].

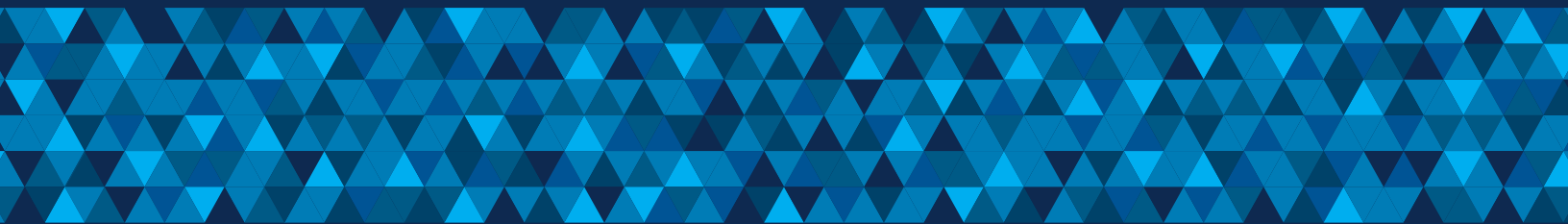
Pour plusieurs auteurs, l'un des facteurs permettant d'expliquer ces attitudes et comportements réside dans la culture médicale elle-même, par la pression intense qu'elle exerce pour que ses membres reflètent une image d'invulnérabilité, de contrôle et de compétence [3, 9, 29, 41, 42]. Dans ce contexte, l'auto-prise en charge devient une

stratégie acceptée, voire encouragée par les pairs, qui permet au médecin de rester en poste et d'échapper à l'inconfort de devoir assumer le rôle de patient [3].

Qu'ils soient organisationnels, psychologiques ou culturels, ces divers obstacles entraîneraient, en bout de ligne, des délais indus de prise en charge même pour des maladies graves, qu'elles soient physiques ou psychologiques [2, 9].

Ainsi, il semble bien que malgré leur position privilégiée au sein du système de santé, les médecins aient moins facilement accès aux services pour eux-mêmes que la population générale, surtout en ce qui concerne les problèmes auxquels ils sont le plus vulnérables [14].

SUICIDE



SUICIDE

Que savons-nous du suicide chez les médecins ?

Les données de recherche sur le suicide chez les médecins suscitent controverses et débats au sein de la communauté médicale surtout à cause des difficultés méthodologiques inhérentes aux études sur ce sujet. Cependant, il est généralement reconnu que les décès par suicide sont plus fréquents chez les médecins que dans la population générale [1, 9, 11, 43]. Une méta-analyse effectuée en 2004 comparant les médecins à la population générale rapporte que les hommes médecins présentent un risque modestement plus élevé (risque relatif 1.41) alors que chez les femmes, ce risque est considérablement accru (risque relatif 2.27) [44]. Quoique limitées, les données existantes suggèrent que l'écart entre le taux de suicide chez les médecins par rapport à celui de la population générale se creuserait dès les études médicales. Déjà, à ce stade, on a observé que les étudiants en médecine s'enlevaient la vie dans des proportions plus élevées que les jeunes du même groupe d'âge [45-47]. Dans l'une de ses études, Dyrbye rapporte que parmi des étudiants en médecine aux États-Unis, 1 sur 9 avait eu des idées suicidaires durant l'année précédente, un taux nettement plus élevé par rapport à des jeunes du même groupe d'âge de la population générale [48].

Une étude sur la mortalité, toutes causes confondues, rapporte que le suicide serait la seule cause de décès qui soit plus élevée chez les médecins que dans la population générale et même, selon une autre recherche, par rapport à d'autres professionnels ou diplômés universitaires [1, 49, 50]. Par ailleurs, force est d'admettre qu'il existe encore une marge d'erreur considérable dans les données en raison du faible nombre de cas, mais également de problèmes de classification des cas et d'autres lacunes méthodologiques. Ainsi, certains décès dits « accidentels » pourraient être, en réalité, des suicides camouflés [4].

Plusieurs auteurs ont tenté d'étayer la problématique du suicide chez les médecins, phénomène complexe impliquant une convergence de prédispositions génétiques, psychologiques et sociales. À l'instar de la population générale, l'un des éléments les plus importants est sans contredit la présence d'une forme ou d'une autre de pathologie psychiatrique. Les experts soulignent tout particulièrement la dangereuse combinaison des troubles de l'humeur et de l'abus de substances [4, 9].

Bien que les médecins soient pour la plupart conscients de ces risques lorsqu'il s'agit de leurs patients, tout comme

Le suicide serait la seule cause de décès qui soit plus élevée chez les médecins que dans la population générale et même, selon une autre recherche, par rapport à d'autres professionnels ou diplômés universitaires.

de l'importance pour ceux-ci de suivre un traitement approprié, cela ne semble nullement les prémunir contre les conséquences potentiellement dévastatrices de la même situation dans leur propre cas. D'ailleurs, un grand nombre de médecins qui se sont enlevé la vie n'avaient jamais été formellement évalués ou traités, et l'on présume qu'un certain nombre aurait eu recours à l'autodiagnostic et à l'autotraitement [4, 9, 12].

Y a-t-il des médecins plus à risque ?

Silverman dresse le profil type du médecin à risque de suicide. Il rapporte, outre les maladies psychiatriques et l'abus de substances, la présence d'une pathologie débiliteuse ou de douleurs chroniques, des conflits conjugaux, une séparation ou un divorce, une surcharge de travail, un changement récent de statut professionnel ou une menace à la réputation ou à la sécurité financière. Le risque serait accru autour de la cinquantaine et chez les individus dits « workaholics » ou chez ceux ayant accès à une arme à feu ou à un médicament potentiellement létal [4].

Un grand nombre de médecins qui se sont enlevé la vie n'avaient jamais été formellement évalués ou traités, et l'on présume qu'un certain nombre aurait eu recours à l'autodiagnostic et à l'autotraitement.

De leur côté, Gabbard et Myers, durant leur longue carrière en tant que psychiatres traitant des médecins, soulignent l'impact potentiellement négatif de traits de personnalité qu'ils ont fréquemment observés chez certains médecins, notamment le perfectionnisme et le narcissisme [12]. Ces individus seraient particulièrement vulnérables à la suite

L'accès facile à des médicaments au potentiel léthal devrait être considéré comme un « risque professionnel ».

d'un évènement regrettable comme une erreur médicale ou une complication inattendue chez un patient. Une enquête professionnelle ou une poursuite en justice représentent pour certains une expérience hautement traumatisante qu'ils vivent comme une véritable atteinte à leur intégrité professionnelle. Les auteurs soulignent que ces individus peuvent parfois réagir par un geste suicidaire extrêmement rapidement, avant même que des symptômes dépressifs n'aient pu se manifester. Pour ceux-ci, l'impact est tel que le suicide peut apparaître comme la seule issue possible. Gagné, dans son étude sur le suicide chez les médecins québécois, soulève aussi la question de l'impulsivité dans certains cas recensés, et établit que l'accès facile à des médicaments au potentiel léthal devrait être considéré comme un « risque professionnel » [43].

Dans son étude auprès de chirurgiens américains, Shanafelt a par ailleurs démontré que des expériences professionnelles négatives seraient associées aux idéations suicidaires, notamment le fait d'avoir commis une erreur médicale au cours des trois derniers mois [51].

Au terme de sa revue sur le sujet, Silverman conclut qu'un médecin dépressif, aux prises avec des problèmes financiers, une perte majeure sur le plan personnel ou professionnel, de l'insatisfaction au travail ou dans sa vie personnelle et chez qui on remarque une attitude non professionnelle avec les patients ou les collègues pourrait être à risque imminent de suicide [4]. L'auteur rappelle aussi que le traitement psychiatrique à lui seul ne semble pas nécessairement conférer une protection contre un passage à l'acte. Ainsi, les proches et l'équipe traitante doivent-ils demeurer particulièrement vigilants et conscients de l'importance du soutien social, même une fois le traitement amorcé. D'autres données suggèrent que la qualité de la prise en charge d'un médecin suicidaire risque d'être compromise en raison du phénomène d'identification qui peut parfois se produire chez celui qui traite un collègue [9, 52]. Dans un réflexe de sympathie visant à éviter à un confrère l'épreuve d'une hospitalisation en psychiatrie alors que c'est indiqué, le médecin traitant peut mettre en danger la vie de son patient médecin.

En plus des difficultés qu'ils éprouvent à reconnaître leur détresse et à demander de l'aide, les médecins font face à des obstacles « systémiques » à la consultation. Ceux-ci font d'ailleurs l'objet de nombreux articles et énoncés de position dans lesquels sont dénoncés les préjugés entourant les problèmes de santé mentale, ainsi que les conséquences négatives qu'une pathologie psychiatrique

documentée peut représenter pour un médecin, notamment sur son permis d'exercice, ses privilèges, ses assurances invalidité, bref, sur sa carrière [9, 52-55].

Pistes de prévention

En 2002, à Philadelphie, l'American Foundation for Suicide Prevention a réuni un groupe d'experts pour faire le point sur la question du suicide chez les médecins. Au terme de leurs travaux, ils ont publié un énoncé de position visant à sensibiliser la communauté médicale à cette réalité. Ils ont identifié des priorités de recherche et des recommandations s'adressant notamment aux facultés de médecine, aux associations ainsi qu'aux organismes de réglementation et d'accréditation [9]. Les chercheurs ont souligné le besoin urgent de se préoccuper de la santé psychologique des médecins et d'apporter des changements profonds d'attitude au sein de la culture médicale qui tend trop souvent à les décourager d'aller consulter et de recevoir de l'aide. Ils ont critiqué les organismes d'accréditation qui, selon eux, ratent la cible en se préoccupant des antécédents psychologiques plutôt que des véritables enjeux comme l'inaptitude au travail. Il importe en effet de distinguer la « pathologie psychiatrique » de « l'inaptitude au travail ». Comme le souligne Myers, un médecin peut avoir une maladie mentale sans être nécessairement inapte sur le plan professionnel [56]. Cette distinction cruciale entre le diagnostic et l'aptitude au travail n'est malheureusement pas reconnue partout, et nombre d'exemples dans la littérature témoignent de préjugés et de pratiques discriminatoires [9, 55]. Pour les experts, ces pratiques ne font qu'exacerber le secret, la honte et, ultimement, la crainte de consulter, retardant ainsi la prise en charge optimale.

Le groupe de Center a également ciblé les facultés de médecine auxquelles il recommande d'insérer des formations spécifiques sur le stress en médecine au curriculum des étudiants [9]. Soulignons ici l'initiative de la faculté de médecine de l'Université de Californie qui a lancé, en 2009, le « Suicide Prevention and Depression Awareness Program » visant la sensibilisation et la prévention du suicide au sein de l'ensemble de la communauté médicale, à savoir les étudiants, résidents et professeurs. Ce programme comprend un volet de dépistage, via Internet, strictement confidentiel et développé par l'American Foundation for Suicide Prevention.

Qu'un médecin au cœur du système de santé et entouré de ressources puisse être souffrant sans recevoir de soins appropriés défie l'entendement et doit nous interpeller afin d'expliquer comment cela peut se produire.

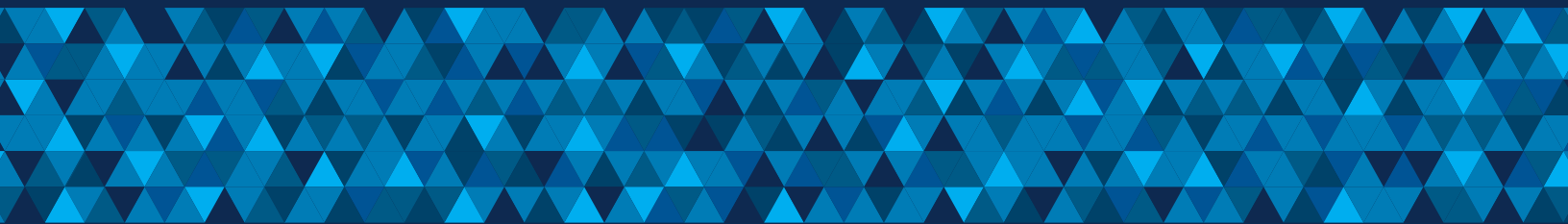
Quant au volet éducatif, il inclut des formations sur l'épuisement professionnel, la dépression et le suicide. Même si elle en est encore à ses débuts, cette initiative novatrice semble donner des résultats préliminaires prometteurs [57].

Ainsi, « pour prévenir un suicide à l'âge de 40 ans, il faut intervenir dès l'âge de 20 ans » [4]. Puisque l'écart entre le taux de suicide chez les médecins et le reste de la population générale se creuserait dès les études médicales, la détection et le traitement précoce de difficultés sur le plan de la santé mentale et la reconnaissance de certains facteurs de risque doivent être entrepris dès le stade pré gradué, parallèlement à la sensibilisation des futurs médecins aux défis particuliers inhérents à la pratique [58].

Les données actuelles sur le suicide chez les médecins sont encore limitées en raison des lacunes méthodologiques, mais aussi des préjugés entourant la question. Cependant, un fait demeure : des médecins souffrent de problèmes de santé mentale et ne reçoivent pas les soins appropriés et, chaque année, plusieurs d'entre eux s'enlèvent la vie.

Pour paraphraser Legha, l'important n'est pas de savoir si les médecins se suicident plus ou moins que le reste de la population. Qu'un médecin au cœur du système de santé et entouré de ressources puisse être souffrant sans recevoir de soins appropriés défie l'entendement et doit nous interpeller afin d'expliquer comment cela peut se produire [58].

ABUS DE SUBSTANCES



ABUS DE SUBSTANCES

En quoi l'abus de substances diffère-t-il chez les médecins?

À l'instar du suicide, les données portant sur l'abus de substances chez les médecins a également fait l'objet de controverses et de mythes suggérant qu'ils y seraient davantage prédisposés. Dans les faits, bien que la prévalence exacte demeure inconnue, les données disponibles énoncent que la prévalence d'abus de substance se situerait autour de 10% à 15% [11, 59-61]. Alors que ces taux sont similaires à ce que l'on mesure dans la population générale, on observe une variation quant au choix de la substance. Diverses sources suggèrent que l'alcool serait la substance la plus fréquemment consommée par les médecins, suivie par les médicaments d'ordonnance, notamment les opiacés et les benzodiazépines [4, 11, 61-63]. Cependant, les médecins sont moins enclins à fumer ou à consommer des drogues illicites comme la cocaïne, la marijuana, les hallucinogènes ou l'héroïne [63].

Aucun groupe au sein de la profession n'est épargné par la problématique de l'abus de substances : des médecins de tous âges, toutes spécialités confondues, sont touchés.

Les données comparant les modes de consommation entre spécialités sont limitées. Toutefois, dans les programmes américains de suivi pour les médecins avec des problèmes de dépendance, des chiffres démontrent que les anesthésiologistes y sont surreprésentés et que leur risque de décès lié à la consommation serait supérieur à celui de leurs collègues d'autres spécialités médicales [59, 64-66]. Mais comme le souligne Cicala, aucun groupe au sein de la profession n'est épargné par la problématique de l'abus de substances : des médecins de tous âges, toutes spécialités confondues, sont touchés [67].

Malgré une prévalence relativement élevée, le problème n'est bien souvent pas détecté par les collègues et il peut s'écouler plusieurs années avant que quelqu'un intervienne de façon appropriée. Divers experts ont tenté d'expliquer l'évolution particulière de la toxicomanie chez les médecins [59, 60, 67-69]. Ils soulignent notamment les efforts considérables déployés par ceux-ci pour camoufler leur problème de consommation. Ils deviennent souvent solitaires dans le but d'éviter que leurs collègues en remarquent les effets. D'ailleurs, ils ne présentent les

signes typiques d'intoxication que très rarement sur les lieux de travail et attribueront au stress ou à la lourdeur de la tâche toute manifestation suspecte. En outre, la plupart des médecins continuent à fonctionner au travail, même aux stades plus avancés de leur maladie.

Des conséquences potentiellement désastreuses...

Il importe de souligner les enjeux éthiques et déontologiques en cause. Tout comme chez les pilotes de ligne ou les policiers, l'abus de substances chez les médecins comporte des risques quant à l'aptitude au travail et à la qualité des soins. La crainte de se voir imposer de lourdes sanctions par leur ordre professionnel contribue au déni et au refus de consulter. Avouer un abus de substance équivaut pour le médecin à mettre en jeu sa réputation, voire sa carrière. C'est sans doute la raison pour laquelle plusieurs collègues hésitent à confronter un médecin en difficulté. Cette situation fut d'ailleurs dénoncée pour la première fois en 1973 dans un article choc publié dans le JAMA sur les « médecins malades » [70]. On y révélait alors la conspiration du silence entourant la question de l'abus de substance. Comme le décrit Boisauvin, les collègues tendent trop souvent à se réfugier dans le déni ou à « rationaliser » en espérant que le médecin finira par se faire traiter ou que la situation se règlera d'elle-même [69].

L'abus de substances chez un médecin est probablement l'une des seules conditions médicales pour laquelle on évite délibérément de poser un diagnostic chez quelqu'un qui se trouve, parfois même, dans un état critique.

En plus de mettre en péril la sécurité des patients, la non intervention des collègues engendre des délais dans la prise en charge du médecin présentant cette pathologie. Pour McCall, l'abus de substances chez un médecin est probablement l'une des seules conditions médicales pour laquelle on évite délibérément de poser un diagnostic chez quelqu'un qui se trouve, parfois même, dans un état critique [60]. Pourtant, les conséquences peuvent être désastreuses pour le médecin aussi, tant sur le plan individuel que professionnel : risque d'erreurs médicales, risque de plaintes ou de poursuites, perte de privilèges,

accusations criminelles secondaires à l'autoprescription ou à la conduite en état d'ébriété, sans parler de l'impact sur la santé, ou même du décès par surdose ou par suicide [67].

Les données de la littérature suggèrent que les facteurs de risque pour le développement d'un problème d'abus de substances sont les mêmes que pour la population générale. Ceux qui en souffrent ont généralement une histoire familiale remontant parfois à plusieurs générations. Cicala rapporte que près de 90% des personnes aux prises avec ce problème présentent une pathologie psychiatrique concomitante, notamment une dépression majeure, un trouble bipolaire, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité [67]. Chez certains, cette maladie émanerait d'une tentative initiale d'autotraitement d'une pathologie sous-jacente. Dans d'autres cas, elle pourrait être le fait d'une enfance difficile au sein d'une famille dysfonctionnelle, comme l'avait démontré Vaillant en 1972 dans son étude prospective abondamment citée dans les travaux sur le sujet [71].

Il importe d'abord de mieux comprendre le phénomène de l'abus de substances chez les médecins ainsi que les modes de présentation particuliers chez ce groupe. Le choix de la substance aura aussi une influence considérable sur le cours de la maladie. Par exemple, les médecins présentant une dépendance à l'alcool peuvent camoufler leur problème pendant des années alors que ceux qui utilisent des opioïdes ou de la cocaïne peuvent passer du stade de l'expérimentation à la décompensation complète en quelques semaines [72].

Et pourtant...

La littérature révèle que le cours de la maladie est profondément modifié une fois la prise en charge assurée. Plusieurs études de qualité ont évalué le pronostic des médecins aux prises avec un problème d'abus de substances et leur capacité à retourner au travail de façon sécuritaire [62, 73]. Il apparaît que lorsqu'ils adhèrent à un protocole reconnu de traitement, d'encadrement et de suivi, ils peuvent reprendre leurs fonctions et évoluer de façon positive, avec bien souvent des taux de succès supérieurs aux autres clientèles. Les experts en traitement de la toxicomanie pensent que ces résultats seraient influencés par le niveau d'éducation, de plus grandes ressources sur le plan financier et surtout une motivation à poursuivre leur carrière [69].

La plupart des programmes d'aide américains offrent un service spécialisé de monitoring étroit et de suivi longitudinal pour les cas de problèmes d'alcool ou de toxicomanie et, selon les recherches disponibles, ces programmes ont démontré leur efficacité [62, 74-78]. Au Canada, certains programmes offrent aussi ce type de service. Une étude prospective canadienne chez des médecins présentant un

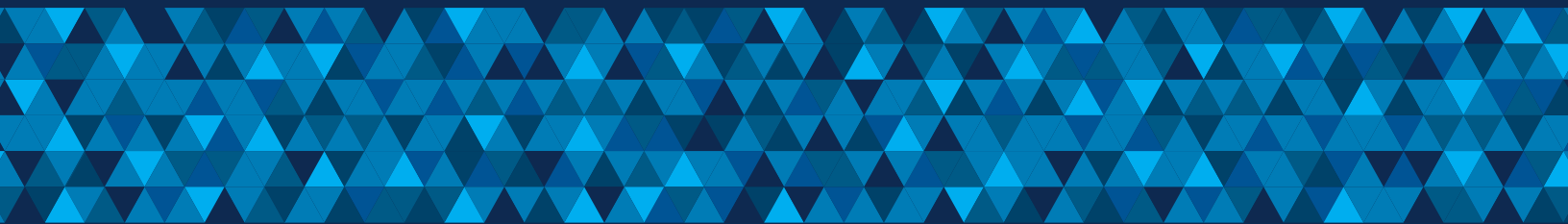
Avec un plan de traitement rigoureux et un programme de suivi à long terme, le pronostic quant au rétablissement de ces médecins est excellent.

problème d'abus de substances et adhérant à un programme de suivi spécialisé rapporte qu'après cinq ans, 71% n'avaient connu aucune rechute pendant la durée totale du suivi, 14% ont poursuivi leur traitement après une seule rechute et, au total, 85% des participants ont complété leur programme avec succès [62]. Cependant, le pronostic est plus réservé dans les cas de dépendance aux narcotiques plus puissants où les rechutes sont élevées. La réinsertion en milieu de travail doit ici être évaluée avec soin, surtout dans le cas d'un accès facile aux substances [64].

Ainsi, bien que les études n'aient pas démontré de différences significatives entre les médecins et la population générale en termes de prévalence, il existe cependant des différences notables liées à la facilité d'accès à certaines substances hautement addictives. En plus de ses impacts potentiellement dévastateurs, l'abus de substances chez les médecins soulève des préoccupations légitimes en termes de qualité de l'acte et de sécurité des patients.

Par ailleurs, les conséquences sur leur capacité à travailler peuvent dissuader les médecins de demander de l'aide. Ces individus se retrouvent alors seuls avec leur problème, souvent en déni de leur situation, entourés de collègues qui préfèrent fermer les yeux, n'osant pas aborder la question avec eux ou qui le font tardivement. Pourtant, avec un plan de traitement rigoureux et un programme de suivi à long terme, le pronostic quant au rétablissement de ces médecins est excellent.

ÉPUISEMENT
PROFESSIONNEL
(BURNOUT)



ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (BURNOUT)

En raison des données préoccupantes sur le sujet, la question de l'épuisement professionnel chez les médecins mérite que l'on s'y attarde. Parfois confondu avec la dépression, qui est un désordre clinique distinct affectant toutes les sphères de la vie d'un individu, l'épuisement professionnel est un phénomène spécifiquement lié au travail. Il touche-rait plus souvent des individus dont le travail implique des interactions avec des personnes en souffrance sur le plan physique ou émotif, comme les travailleurs de la santé et, en conséquence, les médecins. De plus, il semble que les individus les plus vulnérables se retrouveraient parmi les plus consciencieux et dédiés à leur travail [79].

Décrit pour la première fois dans les années soixante-dix par Freudenberger, le concept de l'épuisement professionnel se précise lorsque Maslach crée une échelle de mesure, le Maslach Burnout Inventory Scale (MBI) et définissent le phénomène sur la base de trois composantes principales : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation des relations avec autrui et, enfin, une diminution du sentiment d'accomplissement personnel [80-82].

Le travail, autrefois source de gratification, devient difficile, lourd et, aux stades avancés, peut en venir à perdre tout son sens. La déshumanisation fait référence au cynisme ou au détachement qu'adoptent les individus dans le but de se distancer émotivement du travail afin d'être en mesure de continuer à répondre à la demande. Finalement, les personnes atteintes se sentent inefficaces, épuisées et en proie à un profond désarroi, une véritable « usure de l'âme » [83].

Un problème fréquent chez les médecins?

La littérature révèle que le phénomène est très largement répandu. Il toucherait les médecins œuvrant dans toutes les sphères médicales et chirurgicales, les milieux d'enseignement ainsi que les résidents [13, 84, 96-98]. Pour ne citer que quelques-unes des nombreuses études sur la question, celle de l'Association médicale canadienne, en 2003, au terme d'une enquête auprès de 8 172 membres, a dévoilé que 45,7% des répondants étaient en état avancé de burnout [99].

Au Québec, une étude réalisée en 2008 auprès d'ophtalmologistes a fait ressortir que près de la moitié des répondants ont des difficultés à concilier travail et vie personnelle et que 35% présentent des taux élevés d'épuisement professionnel et de détresse psychologique [100].

Une étude américaine comparant la prévalence de burnout à différents stades de la carrière révèle que les médecins en « mi-carrière » sont plus souvent de garde, travaillent un plus grand nombre d'heures et sont, comparés à leurs collègues en début ou fin de carrière, les moins satisfaits de leur choix de spécialité, de leur équilibre travail-vie personnelle, et présentent les plus hauts taux d'épuisement professionnel [101].

Près d'un médecin sur deux rapporte des signes de burnout et les plus à risque seraient les praticiens de première ligne.

Récemment, une enquête américaine publiée dans Archives of Internal Medicine a confirmé que l'épuisement professionnel atteint des « niveaux alarmants ». Menée auprès de 7 000 médecins, toutes spécialités confondues, par le Dr Tait Shanafelt (Clinique Mayo, Minnesota), cette étude révèle que près d'un médecin sur deux rapporte des signes de burnout et que les plus à risque seraient les praticiens de première ligne, notamment les médecins de famille, les internistes et les urgentologues. L'enquête a aussi permis de comparer ces données avec celles de la population générale et, pour la première fois, a démontré que les médecins sont plus à risque d'être insatisfaits de leur équilibre travail-vie personnelle et de présenter des symptômes d'épuisement professionnel [13].

Quelles sont les sources du problème?

Dans la littérature, plusieurs facteurs ont été associés au burnout sans toutefois qu'une relation causale formelle ait été établie. Ils peuvent généralement être regroupés en 3 catégories que nous décrirons plus en détails, à savoir les facteurs intrinsèques, extrinsèques et individuels [102, 103].

Facteurs intrinsèques

Ces facteurs sont dits intrinsèques parce qu'ils ont trait aux caractéristiques inhérentes au travail. En médecine, on réfère à des éléments tels que la rigueur intellectuelle, le fardeau décisionnel, le niveau de stress lié à l'incertitude,

aux urgences, ainsi que le fait de côtoyer la souffrance et la mort [82, 104]. Dagrada inclut également dans ces facteurs les relations difficiles avec certains patients, en particulier s'ils sont perçus comme exigeants ou ayant des attentes jugées irréalistes [82]. Bien que la relation thérapeutique soit au cœur de la profession médicale et représente l'un des aspects les plus gratifiants, elle peut aussi devenir l'une des plus grandes difficultés sur le plan émotif [104].

À cela s'ajoutent les erreurs et échecs thérapeutiques, pour lesquels les médecins sont souvent peu ou mal préparés. Or, le fait de commettre une erreur médicale peut avoir un impact profond chez les médecins [105]. Si les patients en sont les premiers affectés, on décrit souvent les médecins et autres soignants comme les « seconds victimes », tant les contrecoups sont significatifs. Détresse, culpabilité, honte et dépression sont des conséquences rapportées; d'autres études suggèrent aussi que les effets peuvent perdurer, certains individus se disant blessés à vie [106-113].

Bien que la relation thérapeutique soit au cœur de la profession médicale et représente l'un des aspects les plus gratifiants, elle peut aussi devenir l'une des plus grandes difficultés sur le plan émotif.

Dans son étude prospective portant sur la fréquence et l'impact des erreurs médicales au sein d'une cohorte de résidents en médecine interne, West et ses collaborateurs ont démontré une forte corrélation entre la perception d'avoir commis une erreur et l'épuisement, la détresse émotionnelle et la baisse d'empathie [114]. Les auteurs indiquent que cette détresse, à son tour, serait associée à un plus grand risque de commettre d'autres erreurs dans le futur, suggérant une réciprocity entre les phénomènes. Balch, dans une étude chez des chirurgiens américains ayant fait l'objet d'une poursuite en justice, établit aussi une association avec l'épuisement professionnel, la dépression et même les idéations suicidaires [115].

Facteurs extrinsèques

Les facteurs extrinsèques font référence non pas au travail lui-même, mais à son organisation (horaires, charge de travail, environnement, autonomie, etc.) [102, 103].

Parmi les multiples facteurs extrinsèques pouvant contribuer au burnout chez les médecins, on peut citer une charge de travail jugée excessive, la perception

d'inefficacité, l'érosion de l'autonomie professionnelle et les difficultés à concilier les obligations professionnelles et la vie familiale. Certains auteurs associent ces différents éléments à des concepts plus globaux dont l'absence d'emprise sur sa charge de travail et la perte de sens [45, 82, 83, 116-120].

Si la plupart des études n'établissent pas de lien entre le nombre d'heures travaillées par semaine et le burnout, Balch a démontré cette association. Dans son étude auprès de chirurgiens américains, la prévalence de burnout passe de 30% chez ceux travaillant moins de 60 heures hebdomadairement à 50% pour ceux qui cumulent plus de 80 heures par semaine [121].

Le conflit travail-vie personnelle serait le facteur prédictif de burnout le plus important chez les femmes alors que, pour les hommes, la charge de travail serait le plus significatif.

Les horaires surchargés et les longues heures de travail s'observent particulièrement durant la résidence, surtout au sein de certains programmes, notamment la chirurgie. Ce phénomène, couplé à la difficulté de trouver un équilibre entre la vie personnelle et familiale peut avoir des répercussions même une fois les études complétées. En effet, une stratégie fréquemment employée durant la résidence et consistant à « remettre à plus tard » ses objectifs de vie personnelle devient, avec le temps, une nouvelle norme. Ainsi, plusieurs médecins en viennent à croire que faute de pouvoir avoir à la fois une pratique médicale gratifiante et une vie personnelle épanouie, ils devront mettre leur vie personnelle en veilleuse peut-être jusqu'à la retraite [79]. D'ailleurs, lorsqu'il y a conflit entre les deux, plusieurs recherches indiquent qu'il est fréquemment « résolu » au détriment de la vie personnelle [45, 122]. Langballe rapporte une différence entre les hommes et les femmes médecins quant à l'importance de ces différents facteurs. Selon son étude, le conflit travail-vie personnelle serait le facteur prédictif de burnout le plus important chez les femmes alors que, pour les hommes, la charge de travail serait le plus significatif [123].

De son côté, Arnetz souligne que les bouleversements majeurs au sein des organisations médicales et la détérioration de l'environnement de travail, observés par de nombreux médecins au cours des dernières années, ont contribué à accroître les exigences imposées aux soignants alors que, simultanément, leur autonomie déclinait. Parallèlement, leur rôle et leur pouvoir d'influence au sein de leurs

organisations ont passablement diminué. L'explosion des connaissances, l'émergence des médecines alternatives et la pression constante sur les médecins pour qu'ils se maintiennent à jour et répondent aux attentes des patients sont autant d'éléments à prendre en compte, tout comme le déclin du statut social des médecins au cours des dernières années [104].

Une étude canadienne récente réalisée auprès de plus de 3 000 médecins conclut qu'outre la charge de travail, l'incongruité entre ses propres valeurs et celles de l'organisation contribuerait également et de manière indépendante à l'épuisement professionnel, en particulier pour les femmes médecins [124].

Facteurs individuels

Aux facteurs intrinsèques et extrinsèques s'ajoutent les facteurs propres à l'individu [125]. Comme le rapporte Dagrada dans sa revue de littérature sur le sujet, « la personne qui ne s'inquiète pas, ne pourra pas s'épuiser » [82]. Certains traits de personnalité constituent des facteurs de plus grande vulnérabilité à l'épuisement professionnel. En l'occurrence, le perfectionnisme, un trait particulièrement recherché et valorisé chez les médecins, entraîne généralement un dévouement et une conscience professionnelle supérieurs. Cependant, cette caractéristique peut aussi se manifester de façon dysfonctionnelle et rigide, et faire naître un besoin marqué d'exercer un contrôle sur son environnement et un engagement excessif au travail. Gabbard et Myers décrivent trois caractéristiques qu'ils ont désignées par l'appellation « triade compulsive » constituée du doute de soi, de la culpabilité et d'un sens excessif des responsabilités [12, 83, 126]. De plus, bien que le perfectionnisme soit un trait valorisé au sein de la culture médicale, il peut paradoxalement représenter un facteur de risque à la détresse, voire aux idéations suicidaires [127].

L'altruisme et le déni de ses propres besoins, si valorisés par la culture médicale, peuvent en fait représenter des risques pour la santé et l'équilibre et, ultimement, affecter la qualité des soins prodigués.

Or, ces traits seraient surreprésentés au sein de la population médicale, vraisemblablement à cause du processus de sélection des futurs étudiants en médecine qui tend à privilégier les candidats possédant ces traits souvent associés au succès académique. Clode, dans sa revue de littérature, souligne

L'un des tragiques paradoxes de l'épuisement professionnel en médecine est qu'il est plus susceptible de se présenter chez les médecins les plus consciencieux, responsables et motivés par leur travail.

combien le cours de médecine peut avoir une influence négative sur des traits de personnalité préexistants chez les nouveaux étudiants. La formation médicale s'avère être un processus particulièrement stressant, non pas en raison des exigences académiques, mais plutôt de son caractère intransigeant et compétitif qui ne fait que renforcer les traits de personnalité obsessifs ou perfectionnistes [2]. Une fois le cours de médecine terminé, la culture médicale continue de façonner les croyances, valeurs et comportements des médecins. La crainte des poursuites, le désir de préserver sa réputation et de répondre aux attentes des collègues et des patients peuvent les amener à ce que Gabbard et Myers ont nommé la psychologie de la gratification remise à plus tard. Comme nous l'avons décrit plus tôt, ces médecins auront alors tendance à reporter sans cesse les projets personnels au profit de l'avancement de leur carrière. Cette attitude peut parfois se transformer en psychologie de l'évitement lorsque le médecin finit par se sentir plus à l'aise à son travail que dans ses relations intimes et personnelles [12]. On peut déplorer, comme Clode, le décalage flagrant entre la transmission de connaissances scientifiques aux étudiants en médecine et le fait de passer sous silence les aspects émotifs inhérents à la pratique médicale. La non reconnaissance des éléments affectifs liés au travail réduit de façon significative les possibilités pour les étudiants de développer les aptitudes requises pour faire face aux défis de la formation en médecine et ceux que comportera plus tard leur pratique médicale. En ce sens, l'altruisme et le déni de ses propres besoins, si valorisés par la culture médicale, peuvent en fait représenter des risques pour la santé et l'équilibre et, ultimement, affecter la qualité des soins prodigués [2].

Ainsi, l'un des tragiques paradoxes de l'épuisement professionnel en médecine est qu'il est plus susceptible de se présenter chez les médecins les plus consciencieux, responsables et motivés par leur travail. Les individus possédant ces caractéristiques sont souvent idéalistes, perfectionnistes et tendent à se dédier à leur travail jusqu'à ce « qu'ils n'aient plus rien à donner » [79, 128, 129]. Certains auteurs avancent que les facteurs individuels, peut-être davantage que la nature du travail lui-même, rendraient les sujets plus vulnérables au stress et à l'épuisement professionnel. Il serait plus nuancé, comme le souligne Riley, d'évoquer une discordance entre la nature du travail et les traits de personnalité des médecins [117].

Conséquences

Face à une demande sans cesse croissante, les médecins ont naturellement tendance à vouloir absorber la surcharge en travaillant davantage, et ce, peu importe leur état de santé et les conditions de travail. Ces réponses initiales, que certains auteurs ont nommé l'hypertravail et l'endurance, peuvent résoudre le problème de façon provisoire, à condition d'inclure régulièrement des périodes de répit [129]. Le premier mécanisme se met en place lorsque le médecin ne peut plus diminuer sa charge de travail, même s'il la juge excessive, tandis que le deuxième survient lorsque qu'il doit tenir le coup, peu importe les carences de l'organisation et son état personnel. Ces moyens de défense sont si bien intériorisés qu'ils deviennent la norme, voire un critère de sélection ou de rétention des médecins. Or, l'ennui est que l'organisation du travail repose sur le recours systématique à ces stratégies par l'ensemble des médecins, de manière à pallier les déficiences du système [129, 130].

Mais comme le rapporte Riley, alors que les attentes n'ont jamais été aussi élevées, l'explosion des connaissances scientifiques, les multiples guides de bonne pratique et autres recommandations font en sorte que répondre aux exigences devient virtuellement impossible. Si la situation perdure, le risque d'épuisement professionnel deviendra imminent, si ce n'est une autre forme de décompensation sur le plan physique ou psychologique [117].

Dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine*, Zuger souligne le profond écart entre les exigences de la profession et ce que le médecin peut réalistement accomplir dans les conditions actuelles de pratique [131]. Les compromis qu'il doit consentir dans sa façon d'exercer la médecine l'éloignent de ses propres standards de pratique [130]. À long terme, ce phénomène peut conduire à ce que Genest désigne par le terme « souffrance éthique » ou l'incapacité pour un médecin d'offrir à ses patients les soins qu'il souhaiterait leur prodiguer en raison de contraintes sur lesquelles il n'a aucune emprise, ce qui provoque chez lui un profond conflit de valeurs [132].

Par ailleurs, plusieurs études démontrent que l'épuisement professionnel peut entraîner des conséquences dévastatrices sur la santé et la vie personnelle des individus qui en sont atteints. Outre les tensions conjugales et familiales, le burnout est associé à divers symptômes somatiques tels que des troubles cardiaques, des troubles de sommeil, de l'anxiété, et peut conduire à la dépression et à l'abus de substances, voire au suicide [45, 102, 116, 133].

Diverses études documentent les effets délétères de la détresse et de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins qu'ils prodiguent aux patients, en plus des effets sur la santé des individus qui en sont affectés [45, 102, 114, 133-138].

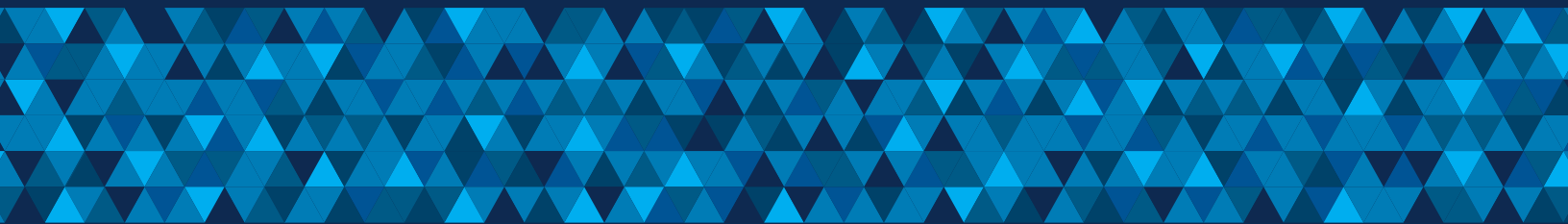
Shanafelt et ses collègues rapportent que parmi un groupe de résidents en médecine interne, 76 % répondaient aux critères de burnout et que ceux-ci étaient 2 à 3 fois plus enclins à déclarer des conduites sous-optimales avec leurs patients [96]. En plus d'un effet négatif sur l'empathie, on démontre également que le burnout peut avoir un impact sur le professionnalisme et sur certaines valeurs professionnelles fondamentales, notamment l'altruisme et le sens des responsabilités [138].

Comme le rapporte Wallace, l'insatisfaction professionnelle et le burnout sont fortement associés au désir de quitter son travail ou même la profession. Citant une étude réalisée auprès de médecins affiliés à l'Université d'Ottawa, elle rapporte que 50 % pensent à quitter leur poste à chaque semaine et 30 % à abandonner la médecine [133].

D'autres études démontrent que l'épuisement professionnel serait associé à une diminution des heures de travail et au désir de prendre sa retraite prématurément ou de se réorienter [45, 139-143]. Or, ces phénomènes créent inévitablement de l'instabilité et provoquent une réaction en chaîne au sein des équipes [130]. Les médecins qui restent sont à leur tour entraînés dans une spirale de surcharge et de stress qui les met à risque d'épuisement. Cette situation peut provoquer d'autres départs et, en bout de ligne, compromettre la continuité, la qualité et l'accès aux soins pour les patients [144]. On estime qu'il peut en coûter entre 150 000 \$ et 300 000 \$ US pour remplacer un médecin, en prenant en compte la diminution de productivité, la discontinuité dans les soins, les coûts liés au recrutement et à la formation des nouvelles ressources [133]. En outre, plusieurs études démontrent que l'insatisfaction chez les médecins conduit à son tour à l'insatisfaction des patients. Des patients moins satisfaits perdront de leur motivation pour suivre les recommandations de leur médecin, auront tendance à manquer à leurs rendez-vous et seront peu enclins à suivre leurs traitements. À l'inverse, la satisfaction des médecins serait aussi fortement corrélée avec la satisfaction et la confiance de leurs patients, l'observance de leur traitement ainsi qu'à une meilleure continuité de soins. Globalement, les patients évaluent plus positivement la qualité de leurs soins. Enfin, une plus grande satisfaction professionnelle chez les médecins est associée à des soins optimaux et à des taux moindres d'erreurs médicales [45, 136, 145-147].

Ainsi, quand un médecin est en épuisement, les répercussions sont telles que la performance des systèmes de santé est compromise. Peut-être devrait-on considérer la santé des médecins comme un important déterminant de la santé ou, tel que le suggère Wallace, un indicateur encore « oublié » de la qualité de nos systèmes, mais qui mériterait pourtant la même attention que les indicateurs plus traditionnels de performance [133].

APPROCHES
PRÉVENTIVES



APPROCHES PRÉVENTIVES

Le Forum européen des associations médicales de 2003, en collaboration avec l'OMS, a reconnu que les taux élevés d'épuisement professionnel chez les médecins comportent un risque, non seulement pour leur santé, mais pour la qualité et l'accès aux soins, et a exhorté les associations médicales à admettre l'ampleur du problème et à développer des interventions efficaces et des programmes de prévention sur le plan organisationnel [148].

Comme nous l'avons vu plus tôt, la recherche indique que le fait d'avoir des médecins en santé représente un bénéfice pour les soignants eux-mêmes et qu'il constitue un élément indissociable à la prestation de soins de qualité [133]. Par ailleurs, on rapporte que lorsqu'ils sont sensibilisés aux effets positifs de saines habitudes de vie pour eux-mêmes, les médecins ont tendance à les promouvoir plus activement auprès de leurs patients. Ils sont plus susceptibles d'anticiper les obstacles liés à l'adoption de telles activités, à proposer des solutions et à faire la démonstration des avantages liés aux changements de comportement [4, 8].

Pourtant, il semble persister un certain déni au sein des organisations médicales. Comme le rapporte Spinelli, les politiques en matière de santé semblent concentrer leurs efforts en vue de l'atteinte d'un « triple objectif » : améliorer la qualité des soins, améliorer l'accès à ceux-ci et réaliser le tout au moindre coût. Or, se questionne l'auteur, comment expliquer que le bien-être de ceux qui doivent prodiguer ces soins de première qualité ne soit jamais pris en compte ? Il dénonce le peu de considération accordée à cette question alors qu'il est pourtant clairement démontré que, tant que les médecins ne se sentent pas valorisés et engagés envers leur travail, toute innovation dans le système de santé est vouée à l'échec [149].

Satisfaction professionnelle, mieux-être et résilience : des concepts nouveaux en médecine

Les concepts de satisfaction professionnelle, mieux-être (*wellness, well-being*) et résilience ont récemment fait leur apparition dans la littérature sur la santé des médecins [86, 130, 150-165]. À l'instar du professionnalisme, une valeur intrinsèque de la pratique médicale et une compétence « attendue » des organismes d'accréditation médicale, ces concepts sont de plus en plus reconnus comme des aspects de la vie professionnelle que les médecins devraient développer [166].

Dans un article explorant la notion de résilience, Howe en résume les éléments clés et souligne la pertinence d'appliquer ce concept tant à la formation médicale qu'à la pratique. L'auteure définit d'abord la résilience comme la capacité permettant aux individus de grandir malgré les difficultés [166]. Plus précisément, elle en cerne les caractéristiques, notamment l'efficacité personnelle, la persévérance, l'habileté à gérer ses émotions, l'aptitude à chercher du soutien au besoin et, enfin, la possibilité d'apprendre de ses erreurs et de trouver un sens aux épreuves. Les individus résilients arriveraient donc à surmonter les revers et relever des défis sans, pour autant, mettre en péril leur équilibre psychologique. Plus qu'une qualité ou un attribut intéressant, il est de plus en plus admis que la résilience joue un rôle-clé dans la prévention de la détresse psychologique et constitue un mécanisme protecteur contre les nombreux stressors inhérents à la profession médicale. Howe souligne aussi que, contrairement à d'autres caractéristiques psychologiques plus fixes comme le tempérament, la résilience est un processus dynamique qui peut être nourri et bonifié au fil du temps.

De son côté, Epstein définit la résilience comme la capacité à faire face au stress d'une façon plus saine, et ce, à un coût physique et psychologique minimal [153]. Les individus résilients peuvent ainsi « rebondir » après un événement difficile et en ressortir grandis. Mais si le concept est bien défini, les façons de favoriser la résilience dans le contexte médical restent à être mieux cernées.

Nous nous attarderons sur quelques recommandations proposées par différents auteurs ayant exploré ces notions et distinguerons des exemples de stratégies individuelles de celles qui peuvent être mises de l'avant à l'échelle des communautés médicales.

Stratégies individuelles

Des auteurs qui se sont penchés sur ces questions font d'abord état de l'importance de développer une attitude plus saine en regard du travail. Dans une étude menée auprès de médecins de famille canadiens, Jensen et ses collaborateurs ont sélectionné des sujets qui semblaient démontrer des qualités associées à la résilience pour mieux en comprendre les caractéristiques et ce qui distingue ces individus de leurs collègues [150]. Les auteurs ont identifié que le fait d'avoir de saines attitudes vis-à-vis son travail, d'être capable d'introspection, de reconnaître et accepter ses propres limites, de nourrir des intérêts autres que la médecine, de bien s'entourer personnellement

et professionnellement et, finalement, de tendre vers un meilleur équilibre entre le travail et la vie personnelle, sont autant de facteurs propres à la résilience.

Le fait de posséder un répertoire de stratégies d'adaptation, formelles ou informelles, couplées à des attentes réalistes et une bonne connaissance de soi pourraient paver la voie à une pratique durable.

Shanafelt et ses collègues arrivent à des conclusions semblables et rapportent, en outre, que les médecins qui trouvent un sens à leur travail et qui définissent leurs valeurs et priorités, tant personnelles que professionnelles, seraient moins à risque d'épuisement professionnel [151]. Ils soulignent l'importance pour ceux-ci de réfléchir à ces questions dès la résidence et encouragent les futurs médecins à prendre le temps d'identifier leurs objectifs personnels et professionnels et d'en tenir compte au moment de faire leur choix de carrière [167]. Leur recherche révèle que le temps passé à travailler dans des domaines qui ont le plus de sens pour eux représente un facteur de protection face au burnout. Les médecins qui consacrent de 10 % à 20 % de leur temps aux activités dont ils retirent le plus de satisfaction seraient plus résistants au burnout [168].

Zwack de son côté explique que peu importe la nature des stressés, le fait de posséder un large éventail de ressources personnelles et d'intérêts, de même que d'avoir une bonne connaissance de soi et des attentes réalistes par rapport à soi-même et au travail, sont des atouts pour une pratique durable. Ces pratiques, à leur tour, génèrent un sentiment d'efficacité personnelle qui motive les individus à continuer en ce sens [160].

Mais avant même de proposer des outils pour augmenter la résilience, Epstein, quant à lui, souligne que les médecins doivent d'abord reconnaître quand et comment ils sont négativement affectés par le stress au travail et être en mesure de discerner les stratégies d'adaptation qui leur conviennent de celles qui leur sont moins utiles [153]. Trop souvent, note-t-il, les médecins tendent à ignorer les signaux d'alarme comme la fatigue ou l'irritabilité en espérant que la situation se règlera d'elle-même. Or, le déni ou l'évitement font souvent en sorte que le problème dégénère et devient plus complexe et difficile à gérer. Mais surtout, une opportunité d'apprentissage est perdue et l'individu n'est pas mieux outillé quand se présente une situation similaire, d'où l'importance pour les médecins de développer leur capacité d'introspection (*self-awareness*).

Pour favoriser une meilleure connaissance de soi, diverses approches ont déjà fait leurs preuves. Par exemple, les groupes Balint, s'appuyant sur la méthode du psychanalyste hongrois Michael Balint, sont bien connus des médecins de famille notamment. Ces groupes ont prouvé leur efficacité pour aider les médecins à réfléchir à leurs relations avec leurs patients, particulièrement à l'égard de leurs propres réactions de transfert ou de contretransfert, et pour comprendre en quoi elles peuvent avoir un impact sur leurs conduites cliniques [153, 169]. D'autres approches bien documentées permettent également une meilleure connaissance de soi, par exemple la médecine narrative, où des médecins partagent en petit groupe un récit décrivant une expérience particulière vécue dans leur pratique [170]. Sands a démontré par une intervention auprès d'une équipe interdisciplinaire d'oncologie pédiatrique que des séances hebdomadaires de médecine narrative durant 6 semaines consécutives avaient amélioré le travail d'équipe et la résilience des participants [171].

Des études plus récentes suggèrent que l'approche basée sur le « *mindfulness* » (MBSR - Mindfulness Based Stress Reduction) peut également accroître la connaissance de soi et aider les médecins en les guidant pour mieux identifier leurs valeurs et renouer avec ce qui a le plus de sens pour eux [172-174]. En plus des bénéfices personnels, cette approche a également pour effet d'améliorer certains aspects de la pratique médicale. La combinaison de plusieurs méthodes semble également prometteuse. Ainsi, Krasner rapporte qu'une formation de groupe alliant l'approche du *mindfulness* et la *médecine narrative* a démontré des améliorations sur le plan du bien-être des participants, mais aussi de leur attitude et de leur empathie envers les patients. Les bienfaits ont perduré même une fois le programme terminé [175]. Les participants ont dit avoir acquis des habiletés telles qu'une meilleure écoute, une présence attentive et une plus grande authenticité qui ont influencé favorablement leurs relations avec les patients. Ils ont surtout apprécié le fait de partager leurs expériences cliniques avec des collègues, alors que, comme le souligne Epstein, les médecins sont aujourd'hui de plus en plus isolés et débordés, et ont peu de temps pour échanger entre eux. Pourtant, même si les participants ont affirmé que ce programme leur a été bénéfique, ils ont toutefois reconnu avoir trouvé difficile de s'accorder la permission de dégager du temps pour de telles activités [153].

Si les ateliers et autres approches plus structurées ci-haut décrites semblent prometteuses, les médecins devraient également, selon Epstein, trouver une façon d'incorporer les concepts de résilience à leur pratique au quotidien [153]. L'auteur suggère l'utilisation de « pratiques informelles » permettant de favoriser l'introspection et la présence attentive durant les interactions avec les patients afin de les encourager à « s'arrêter et réfléchir ». Moulton décrit, dans son étude auprès de chirurgiens, comment ceux-ci arrivent

à développer une conscience tacite les amenant à «ralentir au bon moment», particulièrement dans les instants plus cruciaux, afin de répondre à la situation de façon réfléchie et efficace [176]. Kearney rapporte d'autres manières de favoriser la présence attentive, par exemple en prenant une brève pause après avoir vu un patient et «faire le vide» avant de voir le suivant, ou en interpellant un collègue advenant une situation pénible [170].

Il faut apprendre à recevoir le soutien des autres, un concept encore difficile à admettre dans la culture médicale qui prône au contraire l'autosuffisance.

Ainsi, malgré le stress inhérent à la pratique, les patients difficiles, une surcharge de travail ou des contraintes de temps, le fait de posséder un répertoire de stratégies d'adaptation, formelles ou informelles, couplées à des attentes réalistes et une bonne connaissance de soi pourraient paver la voie à une pratique durable [160].

Au-delà du self-care...

Plusieurs médecins affirment gérer leur stress par la relaxation ou la pratique d'activités sportives ou de loisirs. Mais aussi bénéfiques soient-elles, Kearney rappelle que ces activités peuvent s'avérer insuffisantes dans une perspective globale de résilience face aux défis de la médecine [170]. Ainsi, il est de plus en plus reconnu qu'à ces activités de self-care on doit ajouter d'autres stratégies, notamment la capacité de considérer les difficultés professionnelles comme des opportunités d'apprentissage et de croissance [153]. Longenecker rapporte que la flexibilité ou la capacité à s'adapter aux situations par la créativité et la recherche de solutions nouvelles, par opposition à l'endurance, serait une autre composante importante de la résilience [177]. Ainsi, au lieu d'adopter des «stratégies de survie», les médecins devraient tendre vers des stratégies de résilience, non pas en évitant les difficultés, mais en les surmontant.

Stratégies «communautaires» et organisationnelles

Longenecker explique que la résilience est un concept qui repose à la fois sur l'individu et sur sa communauté : pour grandir, il faut apprendre à recevoir le soutien des autres, un concept encore difficile à admettre dans la culture médicale qui prône au contraire l'autosuffisance. Mais pour atteindre

cet objectif, il est nécessaire que les médecins apprennent à communiquer de manière efficace et respectueuse et à résoudre des problèmes en équipe, des aptitudes que l'auteur espère voir incorporées dans le curriculum des futurs médecins [177].

Plusieurs autres études avancent qu'il serait nécessaire que l'approche de prévention du burnout et de promotion de la satisfaction et du mieux-être s'inscrive dans une vision plus large, de manière à inclure des mesures ciblant l'environnement de travail. Faisant écho aux données sur la résilience personnelle, elles relèvent que les concepts de résilience et de mieux-être devraient également s'appliquer aux équipes et aux organisations [165, 166, 178, 179]. Howe décrit comment la résilience peut se vivre au sein d'une équipe de travail par le biais de la confiance mutuelle et de la force des liens entre les individus leur permettant de faire face aux difficultés et à l'adversité [166].

Une étude néerlandaise réalisée auprès de 29 équipes en hématologie a évalué les effets d'une intervention de groupe visant à réduire le burnout [180]. L'intervention combinait une série de rencontres de discussion et de soutien ainsi qu'une approche PAR (*Participatory Action Research*) basée sur le principe qu'une organisation doit avoir la capacité d'identifier ses propres problèmes et de les solutionner. Au terme de leur étude, les chercheurs ont observé une réduction de l'épuisement émotionnel et du cynisme (dépersonnalisation), deux composantes du burnout, chez les groupes ayant participé à l'intervention en comparaison avec les groupes témoins. Les effets ont persisté plusieurs mois après la fin du programme. Leurs travaux démontrent de plus qu'une telle approche est relativement facile à réaliser et peu coûteuse en regard des avantages qu'elle procure.

Aux États-Unis, Dunn et Arnetz ont mis sur pied une intervention multicentrique au sein d'un regroupement de cliniques de soins de première ligne. S'appuyant sur le principe que le bien-être des médecins est aussi important que la qualité des soins et la viabilité financière de l'organisation, les chercheurs ont développé une stratégie reposant sur des valeurs telles que l'autonomie, l'efficacité personnelle, le sens du travail, associée à une réflexion et à l'évaluation continue du processus ainsi qu'à une mesure des paramètres indicateurs du bien-être. Après quatre ans, les auteurs ont conclu à une amélioration des indices de satisfaction professionnelle et à une diminution des composantes de burnout [181].

Il est possible d'augmenter la satisfaction, voire le plaisir au travail, par des approches innovantes.

Sinsky et ses collaborateurs rapportent des résultats semblables dans leur intervention du même type auprès de 23 organisations médicales de première ligne. Suivant leurs conclusions, il est possible d'augmenter la satisfaction, voire le plaisir au travail, par des approches innovantes intégrant davantage de collaboration entre les professionnels, de soutien aux médecins et d'opportunités d'échanges et de discussion [182].

Ici même au Canada, la Fondation pour l'éducation médicale continue, chapeauté par l'Université McMaster, a initié les programmes d'apprentissage en petit groupe, sur les lieux de pratique (PGBP), une opportunité pour les médecins de famille de partout au pays de mettre en application certains de ces principes [183]. À travers des activités de formation continue, de petits groupes formés d'une dizaine de médecins se rencontrent sur une base régulière et approfondissent un module sur un thème choisi par l'équipe. Cette expérience permet aux médecins non seulement de se tenir à jour mais, à travers les échanges entre collègues, d'identifier leurs propres lacunes et les pistes de solutions pour y remédier. Elle offre aussi l'opportunité de discuter de l'applicabilité des guides de bonnes pratiques dans leur contexte de travail. Mais au-delà de la formation, l'activité comporte une importante valeur ajoutée en ce qu'elle procure aux participants un environnement de confiance et de non-jugement. Ainsi, au fil du temps, ces groupes deviennent une source de soutien inestimable et permettent aux médecins d'expérimenter la pratique réflexive et de développer de véritables communautés de pratique [184, 185].

Enseigner la résilience?

Plusieurs études valident la pertinence d'appliquer les concepts de mieux-être et de résilience dès la formation médicale [162, 186-190]. Ces questions font maintenant l'objet de recherches plus approfondies et plusieurs milieux académiques, aux États-Unis et ici au Canada, ont commencé à enseigner ces notions aux futurs médecins. Au Canada, ces notions font maintenant partie intégrante des compétences CanMeds du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada [191, 192].

À ce chapitre, une récente publication relate les efforts d'un groupe de professeurs dans une faculté de médecine en région rurale aux États-Unis de mettre sur pied un curriculum pour l'enseignement de cette compétence. Parmi les approches favorisées, on recense notamment des discussions en petits groupes portant sur les difficultés inhérentes à la profession et des exercices de résolution de problèmes, ou le développement de diverses échelles d'évaluation du degré de résilience des individus comme de leur communauté médicale [177].

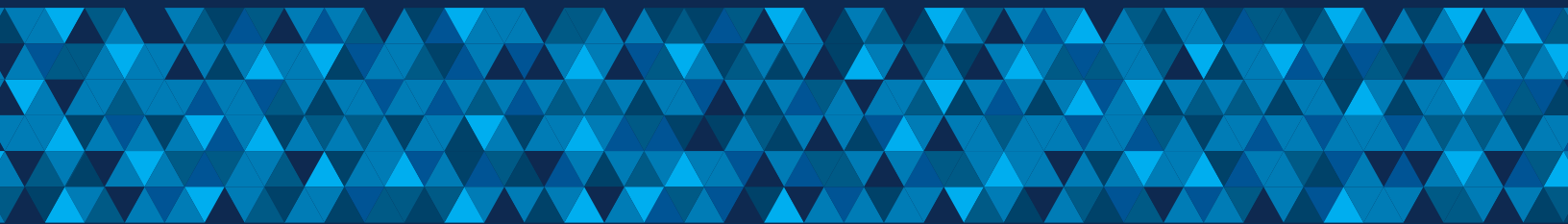
À chaque médecin son médecin

Nous ne saurions conclure cette section sur les approches préventives sans mentionner l'une de celles le plus souvent préconisées par les chercheurs et experts dans le domaine, à savoir que les médecins devraient se préoccuper de leur santé personnelle et adopter de meilleures habitudes de consultation [2, 3, 10, 14, 33, 38, 53, 193]. Compte tenu des obstacles individuels et systémiques à la consultation cités plus tôt, plusieurs experts recommandent de mettre en place les conditions nécessaires afin que chaque médecin puisse être sous les soins d'un médecin, et certains préconisent la mise sur pied de services de référence spécifiques à ceux-ci [2, 14, 33, 53].

George et ses collaborateurs rapportent, dans leur étude, que certains obstacles à la consultation sont modifiables. Pour contrer les préoccupations à l'égard de la confidentialité, les auteurs proposent notamment que les médecins puissent être soignés ailleurs que dans leur milieu de travail [35].

À cause des enjeux particuliers liés au fait de suivre un collègue et des défis que peut poser ce lien thérapeutique, plusieurs suggèrent que des formations spécifiques soient mises sur pied afin de sensibiliser les médecins traitants aux aspects particuliers de la relation médecin-patient. Afin d'augmenter leur sentiment de compétence, notamment en améliorant leurs connaissances sur la santé des médecins, certains proposent d'inclure cette formation aux études médicales [3].

CONCLUSION



CONCLUSION

La santé et le bien-être des médecins semblent susciter de plus en plus d'intérêt, tant ici qu'ailleurs au Canada, aux États-Unis et dans la plupart des pays industrialisés. Les médecins sont en meilleure santé physique que leurs concitoyens de la population générale, même si, bien souvent, ils ne bénéficient pas de suivi médical régulier et ne mettent pas nécessairement en pratique leurs propres recommandations. Par ailleurs, ils présentent des vulnérabilités bien spécifiques et sont au moins sinon plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale que la population générale. Que ce soit le fait de prédispositions personnelles ou des conditions actuelles de pratique, la question est toujours sujette au débat, mais la réponse réside probablement dans la combinaison des deux facteurs.

Dans les pays industrialisés, les systèmes de santé subissent de profonds bouleversements en raison de l'explosion des connaissances et de l'organisation des soins. Jamais n'y a-t-il eu autant de médecins insatisfaits de leur profession. Le phénomène ressort à travers les enquêtes et se traduit sur le terrain par une augmentation des cas d'épuisement professionnel, d'invalidité, de réorientation de carrière vers des tâches non cliniques, de départs anticipés à la retraite ou même d'abandon de la profession.

Or, cette détresse a un coût et se répercute de façon considérable non seulement sur la santé de nos médecins, mais aussi sur la qualité des soins prodigués aux patients et sur l'organisation des soins en général.

Face à la détresse vécue par plusieurs de ses membres, comment la profession pourrait-elle réagir ?

Nous avons besoin de mieux comprendre les facteurs contributifs à la santé et au bien-être des soignants pour les promouvoir tant auprès des étudiants que des médecins. Reconnaître l'épuisement, c'est aussi se donner la possibilité de l'identifier plus hâtivement. Il pourrait même être évité si nous réussissions à cerner davantage les facteurs de risque tout comme les facteurs protecteurs.

En 2010, l'Association médicale canadienne a publié un ouvrage intitulé « Une stratégie sur la santé mentale des médecins au Canada » dans lequel sont formulées un certain nombre de recommandations basées sur une revue de littérature et des opinions d'experts à travers le pays.

Il existe un paradoxe au sein même de la culture médicale qui préconise une approche biopsychosociale pour les patients, mais qui semble totalement ignorer ces valeurs à l'égard des médecins.

Les auteurs soulignent les lacunes à combler en matière de prévention et l'importance d'agir tant sur le plan individuel que systémique [53].

Le déséquilibre entre l'ampleur des problèmes de stress et de santé mentale chez les médecins et les services existants est très préoccupant. Même s'il existe des programmes bien structurés pour venir en aide aux médecins en difficulté, on déplore le manque de vision d'ensemble de la problématique. Il y a en effet beaucoup à faire en termes de promotion de la santé globale des médecins, de prévention visant à faciliter leur accès à des soins de santé primaires, de développement de leurs aptitudes à gérer le stress lié à la pratique et d'amélioration de leur environnement de travail.

Il existe un paradoxe au sein même de la culture médicale qui préconise une approche biopsychosociale pour les patients, mais qui semble totalement ignorer ces valeurs à l'égard des médecins.

Le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme.

Les résultats de cette revue de la littérature sur la santé des médecins devraient constituer un appel à l'action pour les organisations médicales.

Il est crucial que la profession comprenne et accepte que les médecins sont d'abord et avant tout des êtres humains aux prises avec les mêmes défis et enjeux que leurs patients, tout en étant soumis à d'importants stressés systémiques. Il est temps que des mesures soient mises en œuvre pour leur apporter le soutien nécessaire au maintien de leur équilibre professionnel et personnel.

Encore aujourd'hui, la culture médicale encourage les médecins à prioriser leur travail au détriment de leurs besoins. Ceci entretient la fausse croyance que le fait de prendre soin de soi s'oppose à l'altruisme. Pourtant, le bien-être du médecin est nécessaire au maintien de son engagement professionnel, de sa compassion, de sa compétence à long terme. Le dogme du sacrifice de soi est une notion à courte vue et est voué à l'échec. Il faut plutôt reconnaître que prendre soin de sa santé est une condition essentielle pour être médecin. On doit encourager les soignants à entretenir des liens personnels et professionnels pour développer un réseau de soutien efficace pour faire face aux défis de la pratique médicale.

Au cours des deux dernières décennies, les programmes d'aide aux médecins ont vu s'élargir l'éventail des problématiques de leurs clientèles. Devant le phénomène, ils ont

senti la nécessité de s'intéresser à la santé et au mieux-être des médecins dans une perspective globale.

Jusqu'à récemment, la majorité des études sur la santé des médecins ont mis l'accent sur les indices de dysfonctionnement tels que les problèmes de santé mentale, d'abus de substances, de stress chronique, d'insatisfaction et d'épuisement professionnel, et leurs conséquences négatives sur les médecins eux-mêmes, les soins aux patients et le système de santé.

Une réorientation du modèle pathologique vers un modèle de bien-être et de résilience pourrait constituer la pierre angulaire d'un projet visant à promouvoir et à maintenir la santé des médecins en tant qu'individus et, ultimement, la vitalité de la profession.

WWW.PAMQ.ORG

Bibliographie

1. Aasland, O.G., et al., *Mortality among Norwegian doctors 1960-2000*. BMC Public Health, 2011. 11: p. 173.
2. Clode, D., *The Conspiracy of Silence*. A review of the literature for the Royal Australian College of General Practitioners, 2004.
3. Kay, M., et al., *Developing a framework for understanding doctors' health access: a qualitative study of Australian GPs*. Aust J Prim Health, 2012. 18(2): p. 158-65.
4. Goldman LS, M.M., Dickstein LJ, *The Handbook of Physician Health*, ed. A.M. Association. 2000.
5. Balarajan, R., *Inequalities in health within the health sector*. BMJ, 1989. 299(6703): p. 822-5.
6. Frank, E., H. Biola, and C.A. Burnett, *Mortality rates and causes among U.S. physicians*. Am J Prev Med, 2000. 19(3): p. 155-9.
7. Frank, E. and C. Segura, *Health practices of Canadian physicians*. Can Fam Physician, 2009. 55(8): p. 810-811 e7.
8. Frank, E., *STUDENTJAMA. Physician health and patient care*. JAMA, 2004. 291(5): p. 637.
9. Center, C., et al., *Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement*. JAMA, 2003. 289(23): p. 3161-6.
10. Kay, M.P., G.K. Mitchell, and C.B. Del Mar, *Doctors do not adequately look after their own physical health*. Med J Aust, 2004. 181(7): p. 368-70.
11. Elliott L, T.J., Norris S, *The mental health of doctors: a systematic literature review, in Beyondblue: the national depression initiative*, H.a.t.a.P. Ltd, Editor. 2010.
12. Gabbard G, M.M., *The Physician as Patient: a clinical handbook for medical health professionals*. AMA Publishing, 2008.
13. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*. Arch Intern Med, 2012: p. 1-9.
14. Kay, M., et al., *Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience*. Br J Gen Pract, 2008. 58(552): p. 501-8.
15. Stoudemire, A. and J.M. Rhoads, *When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient*. Ann Intern Med, 1983. 98(5 Pt 1): p. 654-9.
16. Gendel, M.H., et al., *Self-prescribed and other informal care provided by physicians: scope, correlations and implications*. J Med Ethics, 2012. 38(5): p. 294-8.
17. Richards, J.G., *The health and health practices of doctors and their families*. N Z Med J, 1999. 112(1084): p. 96-9.
18. Campbell, S. and D. Delva, *Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents*. Can Fam Physician, 2003. 49: p. 1121-7.
19. Baldwin, P.J., M. Dodd, and R.M. Wrate, *Young doctors' health--II. Health and health behaviour*. Soc Sci Med, 1997. 45(1): p. 41-4.
20. McCall, L., T. Maher, and L. Piterman, *Preventive health behaviour among general practitioners in Victoria*. Aust Fam Physician, 1999. 28(8): p. 854-7.
21. Rosvold, E.O. and E. Bjertness, *Illness behaviour among Norwegian physicians*. Scand J Public Health, 2002. 30(2): p. 125-32.
22. Uallachain, G.N., *Attitudes towards self-health care: a survey of GP trainees*. Ir Med J, 2007. 100(6): p. 489-91.
23. McKeivitt, C., et al., *Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups*. J Public Health Med, 1997. 19(3): p. 295-300.
24. Allibone, A., D. Oakes, and H.S. Shannon, *The health and health care of doctors*. J R Coll Gen Pract, 1981. 31(233): p. 728-34.
25. Gardner, M. and J. Ogden, *Do GPs practice what they preach? A questionnaire study of GPs' treatments for themselves and their patients*. Patient Educ Couns, 2005. 56(1): p. 112-5.
26. Davidson, S.K. and P.L. Schattner, *Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey*. Med J Aust, 2003. 179(6): p. 302-5.
27. Chambers, R.M., *What should doctors do if they become sick?* Fam Pract, 1993. 10(4): p. 416-23.
28. Clarke, J., Y. O'Sullivan, and N. Maguire, *A study of self-care among Irish doctors*. Ir Med J, 1998. 91(5): p. 175-6.

29. Montgomery, A.J., et al., *A review of self-medication in physicians and medical students*. *Occup Med (Lond)*, 2011. 61(7): p. 490-7.
30. Chambers, R. and J. Belcher, *Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners*. *Br J Gen Pract*, 1992. 42(357): p. 153-6.
31. Hem, E., et al., *Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample*. *BMC Med*, 2005. 3: p. 16.
32. Evans, R.W., R.B. Lipton, and K.A. Ritz, *A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families*. *Headache*, 2007. 47(1): p. 58-64.
33. Brooks, S.K., C. Gerada, and T. Chalder, *Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?* *J Ment Health*, 2011. 20(2): p. 146-56.
34. Pullen, D., et al., *Medical care of doctors*. *Med J Aust*, 1995. 162(9): p. 481, 484.
35. George, S., J. Hanson, and J.L. Jackson, *Physician, Heal Thyself: a Qualitative Study of Physician Health Behaviors*. *Acad Psychiatry*, 2014.
36. Schwenk, T.L., D.W. Gorenflo, and L.M. Leja, *A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians*. *J Clin Psychiatry*, 2008. 69(4): p. 617-20.
37. Hassan, T.M., et al., *A postal survey of doctors' attitudes to becoming mentally ill*. *Clin Med*, 2009. 9(4): p. 327-32.
38. Kay, M., G. Mitchell, and A. Clavarino, *What doctors want? A consultation method when the patient is a doctor*. *Aust J Prim Health*, 2010. 16(1): p. 52-9.
39. Fox, F., et al., *What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs*. *Br J Gen Pract*, 2009. 59(568): p. 811-8.
40. Adshead, G., *Healing ourselves : Ethical issues in the care of sick doctors*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2005. 11: p. 330-337.
41. Thompson, W.T., et al., *Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study*. *BMJ*, 2001. 323(7315): p. 728-31.
42. Stanton, J. and P. Randal, *Doctors accessing mental-health services: an exploratory study*. *BMJ Open*, 2011. 1(1): p. e000017.
43. Gagne, P., J. Moamai, and D. Bourget, *Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study*. *Depress Res Treat*, 2011. doi: 1155/2011/936327.
44. Schernhammer, E.S. and G.A. Colditz, *Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment [meta-analysis]*. *Am J Psychiatry*, 2004. 161(12): p. 2295-302.
45. Shanafelt, T. and L. Dyrbye, *Oncologist burnout: causes, consequences, and responses*. *J Clin Oncol*, 2012. 30(11): p. 1235-41.
46. Schernhammer, E., *Taking Their Own Lives: The High Rates of Physician Suicide*. *N Engl J Med*, 2005. 352;24.
47. Pepitone-Arreola-Rockwell, F., D. Rockwell, and N. Core, *Fifty-two medical student suicides*. *Am J Psychiatry*, 1981. 138(2): p. 198-201.
48. Dyrbye, L.N., et al., *Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students*. *Ann Intern Med*, 2008. 149(5): p. 334-41.
49. Hem, E., et al., *Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000*. *Psychol Med*, 2005. 35(6): p. 873-80.
50. Lindeman, S., et al., *A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors*. *Br J Psychiatry*, 1996. 168(3): p. 274-9.
51. Shanafelt, T.D., et al., *Special report: suicidal ideation among American surgeons*. *Arch Surg*, 2011. 146(1): p. 54-62.
52. Hendin, H., J.T. Maltzberger, and A.P. Haas, *A physician's suicide*. *Am J Psychiatry*, 2003. 160(12): p. 2094-7.
53. CMA Board Working Group on Mental Health, C.P.M.H.S.W.G., *Physician Health Matters. A mental health strategy for physicians in Canada*, C.M. Association, Editor. 2010.
54. Worley, L.L., *Our fallen peers: a mandate for change*. *Acad Psychiatry*, 2008. 32(1): p. 8-12.
55. Miles, S.H., *A piece of my mind. A challenge to licensing boards: the stigma of mental illness*. *JAMA*, 1998. 280(10): p. 865.
56. Myers, M.F., *Treatment of the mentally ill physician*. *Can J Psychiatry*, 1997. 42(6): p. 12.
57. Moutier, C., et al., *The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine*. *Acad Med*, 2012. 87(3): p. 320-6.
58. Legha, R.K., *A history of physician suicide in America*. *J Med Humanit*, 2012. 33(4): p. 219-44.

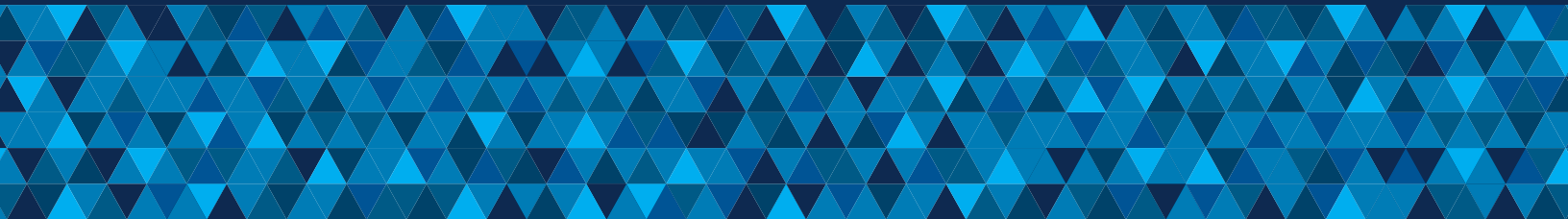
59. O'Connor, P.G. and A. Spickard, Jr., *Physician impairment by substance abuse*. Med Clin North Am, 1997. 81(4): p. 1037-52.
60. McCall, S.V., *Chemically dependent health professionals*. West J Med, 2001. 174(1): p. 50-4.
61. Oreskovich, M.R., et al., *Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons*. Arch Surg, 2012. 147(2): p. 168-74.
62. Brewster, J.M., et al., *Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study*. BMJ, 2008. 337: p. a2098.
63. Hughes PH, B.N., Baldwin DC Jr, Storr CL, William KM, Anthony JC, et al., *Prevalence of substance use among US Physicians*. JAMA, 1992. 267(17): p. 2333-9.
64. Domino, K.B., et al., *Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders*. JAMA, 2005. 293(12): p. 1453-60.
65. Alexander, B.H., et al., *Cause-specific mortality risks of anesthesiologists*. Anesthesiology, 2000. 93(4): p. 922-30.
66. Skipper, G.E., M.D. Campbell, and R.L. DuPont, *Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs*. Anesth Analg, 2009. 109(3): p. 891-6.
67. Cicala, R.S., *Substance Abuse Among Physicians: What You Need to Know*. Hospital Physician, 2003. July 2003.
68. Kaufmann, M., *Physician substance abuse and addiction: recognition, intervention, and recovery*. Ontario Medical Review, 2002.
69. Boisubain, E.V. and R.E. Levine, *Identifying and assisting the impaired physician*. Am J Med Sci, 2001. 322(1): p. 31-6.
70. *The sick physician. Impairment by psychiatric disorders, including alcoholism and drug dependence*. JAMA, 1973. 223(6): p. 684-7.
71. Vaillant, G.E., N.C. Sobowale, and C. McArthur, *Some psychologic vulnerabilities of physicians*. N Engl J Med, 1972. 287(8): p. 372-5.
72. *ASA Task Force on Chemical Dependence. Chemical dependence in anesthesiologists: what you need to know when you need to know it*. American Society of Anesthesiologists. 2003.
73. McLellan, A.T., et al., *Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States*. BMJ, 2008. 337: p. a2038.
74. DuPont, R.L. and G.E. Skipper, *Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery*. J Psychoactive Drugs, 2012. 44(1): p. 72-8.
75. Marshall, E.J., *Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors*. Occup Med (Lond), 2008. 58(5): p. 334-40.
76. Skipper, G.E. and R.L. DuPont, *Anesthesiologists returning to work after substance abuse treatment*. Anesthesiology, 2009. 110(6): p. 1422-3; author reply 1426-8.
77. DuPont, R.L., et al., *Setting the standard for recovery: Physicians' Health Programs*. J Subst Abuse Treat, 2009. 36(2): p. 159-71.
78. Brooks, E., et al., *Comparing substance use monitoring and treatment variations among physician health programs*. Am J Addict, 2012. 21(4): p. 327-34.
79. Balch, C.M., J.A. Freischlag, and T.D. Shanafelt, *Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences*. Arch Surg, 2009. 144(4): p. 371-6.
80. Maslach, C., W.B. Schaufeli, and M.P. Leiter, *Job burnout*. Annu Rev Psychol, 2001. 52: p. 397-422.
81. Chopra, S.S., W.M. Sotile, and M.O. Sotile, *STUDENTJAMA. Physician burnout*. JAMA, 2004. 291(5): p. 633.
82. Dagrada H, V.P., Korneich C, *Le burn-out du médecin généraliste: hypothèses étiologiques*. Rev Med Brux 2011, 2011. 32: p. 407-12.
83. Spickard, A., Jr., S.G. Gabbe, and J.F. Christensen, *Mid-career burnout in generalist and specialist physicians*. JAMA, 2002. 288(12): p. 1447-50.
84. Shanafelt, T.D., *Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care*. JAMA, 2009. 302(12): p. 1338-40.
85. Kuerer, H.M., et al., *Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology*. Ann Surg Oncol, 2007. 14(11): p. 3043-53.
86. Shanafelt, T.D., et al., *The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group*. Oncology, 2005. 68(1): p. 23-32.
87. Trufelli, D.C., et al., *Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Cancer Care (Engl), 2008. 17(6): p. 524-31.

88. Soler, J.K., et al., *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. *Fam Pract*, 2008. 25(4): p. 245-65.
89. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and career satisfaction among American surgeons*. *Ann Surg*, 2009. 250(3): p. 463-71.
90. Balch, C.M., et al., *Distress and career satisfaction among 14 surgical specialties, comparing academic and private practice settings*. *Ann Surg*, 2011. 254(4): p. 558-68.
91. Roth, M., et al., *Career burnout among pediatric oncologists*. *Pediatr Blood Cancer*, 2011. 57(7): p. 1168-73.
92. Grunfeld, E., et al., *Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction*. *CMAJ*, 2000. 163(2): p. 166-9.
93. Johns, M.M., 3rd and R.H. Ossoff, *Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery*. *Laryngoscope*, 2005. 115(11): p. 2056-61.
94. Campbell, D.A., Jr., et al., *Burnout among American surgeons*. *Surgery*, 2001. 130(4): p. 696-702; discussion 702-5.
95. Martini, S., et al., *Burnout comparison among residents in different medical specialties*. *Acad Psychiatry*, 2004. 28(3): p. 240-2.
96. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann Intern Med*, 2002. 136(5): p. 358-67.
97. Arora, M., et al., *Review article: Burnout in emergency medicine physicians*. *Emerg Med Australas*, 2013. 25(6): p. 491-5.
98. Dyrbye, L.N., et al., *Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population*. *Acad Med*, 2014. 89(3): p. 443-51.
99. Boudreau, B., et al., *Physician Stress and Burnout Research Study*. Alberta Medical Association 2002.
100. Viviers, S., et al., *Burnout, psychological distress, and overwork: the case of Quebec's ophthalmologists*. *Can J Ophthalmol*, 2008. 43(5): p. 535-46.
101. Dyrbye, L.N., et al., *Physician satisfaction and burnout at different career stages*. *Mayo Clin Proc*, 2013. 88(12): p. 1358-67.
102. Kacenenbogen, N., A.M. Offermans, and M. Roland, *Le burnout des médecins généralistes en Belgique: conséquences sociétales et pistes de solution*. *Rev Med Brux* 2011. 32: p. 413-423.
103. Jonckheer, P., et al., *Le burnout des médecins généralistes : prévention et prise en charge - synthèse*. H.S.R. (HSR), Editor. 2011, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) Bruxelles.
104. Arnetz, B.B., *Psychosocial challenges facing physicians of today*. *Soc Sci Med*, 2001. 52(2): p. 203-13.
105. Shanafelt, T.D., et al., *Burnout and medical errors among American surgeons*. *Ann Surg*, 2010. 251(6): p. 995-1000.
106. Wu, A.W., *Medical error: the second victim*. *West J Med*, 2000. 172(6): p. 358-9.
107. Newman, M.C., *The emotional impact of mistakes on family physicians*. *Arch Fam Med*, 1996. 5(2): p. 71-5.
108. Wears, R.L. and A.W. Wu, *Dealing with failure: the aftermath of errors and adverse events*. *Ann Emerg Med*, 2002. 39(3): p. 344-6.
109. Waterman, A.D., et al., *The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2007. 33(8): p. 467-76.
110. Engel, K.G., M. Rosenthal, and K.M. Sutcliffe, *Residents' responses to medical error: coping, learning, and change*. *Acad Med*, 2006. 81(1): p. 86-93.
111. Christensen, J.F., W. Levinson, and P.M. Dunn, *The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians*. *J Gen Intern Med*, 1992. 7(4): p. 424-31.
112. Wu, A.W., et al., *Do house officers learn from their mistakes?* *JAMA*, 1991. 265(16): p. 2089-94.
113. Pinto, A., et al., *Surgical complications and their implications for surgeons' well-being*. *Br J Surg*, 2013. 100(13): p. 1748-55.
114. West, C.P., et al., *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. *JAMA*, 2006. 296(9): p. 1071-8.
115. Balch, C.M., et al., *Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons*. *J Am Coll Surg*, 2011. 213(5): p. 657-67.
116. Gundersen, L., *Physician burnout*. *Ann Intern Med*, 2001. 135(2): p. 145-8.
117. Riley, G.J., *Understanding the stresses and strains of being a doctor*. *Med J Aust*, 2004. 181(7): p. 350-3.
118. Mechanic, D., *Physician discontent: challenges and opportunities*. *JAMA*, 2003. 290(7): p. 941-6.

119. Keeton, K., et al., *Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout*. *Obstet Gynecol*, 2007. 109(4): p. 949-55.
120. Cossman, J.S. and D. Street, *Mississippi burnout part II: satisfaction, autonomy and work/family balance*. *J Miss State Med Assoc*, 2009. 50(10): p. 338-45.
121. Balch, C.M., et al., *Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call*. *J Am Coll Surg*, 2010. 211(5): p. 609-19.
122. Dyrbye, L.N., et al., *Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex*. *Arch Surg*, 2011. 146(2): p. 211-7.
123. Langballe, E., Innstrand ST, Aasland OG, *The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study*. *Stress and Health*, 2010. 27(1): p. 73-87.
124. Leiter MP, F.E., Matheson TJ, *Demands, values, and burnout*. *Can Fam Physician*, 2009(55): p. 1224-5.e1-6.
125. Menninger, R., *Stress: defining the personal equation*. *BMJ*, 2003. 326(7391): p. S107.
126. Gabbard, G.O., *The role of compulsiveness in the normal physician*. *JAMA*, 1985. 254(20): p. 2926-9.
127. Hamilton, T.K. and R.D. Schweitzer, *The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students*. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000. 34(5): p. 829-35.
128. Daneault, S., *Souffrance et médecine*. 2007, Montréal: Presses de l'Université du Québec.
129. Maranda, M.F., et al., *La détresse et le désenchantement de la pratique médicale: psychodynamique du travail de médecins ayant connu un épuisement professionnel*, CRIEVAT, Editor: Québec: Presses de l'Université Laval;2008.
130. Prévost, C. and S. Roman, *Satisfaction professionnelle et conditions de pratique: deux éléments qui ont leur importance*. *Le Médecin du Québec*, 2009. 44(9): p. 55-61.
131. Zuger, A., *Dissatisfaction with medical practice*. *N Engl J Med*, 2004. 350(1): p. 69-75.
132. Genest, C., *La souffrance éthique dans le travail des médecins*, in *Département des fondements et pratiques en éducation, Faculté des sciences de l'éducation*. 2012, Université Laval: Québec. p. 277.
133. Wallace, J.E., J.B. Lemaire, and W.A. Ghali, *Physician wellness: a missing quality indicator*. *Lancet*, 2009. 374(9702): p. 1714-21.
134. Dyrbye, L.N. and T.D. Shanafelt, *Physician burnout: a potential threat to successful health care reform*. *JAMA*, 2011. 305(19): p. 2009-10.
135. de Oliveira, G.S., Jr., et al., *The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees*. *Anesth Analg*, 2013. 117(1): p. 182-93.
136. Williams, E.S., et al., *The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study*. *Health Care Manage Rev*, 2007. 32(3): p. 203-12.
137. DeVoe, J., et al., *Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care?* *J Fam Pract*, 2002. 51(3): p. 223-8.
138. Dyrbye, L.N., et al., *Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students*. *JAMA*, 2010. 304(11): p. 1173-80.
139. Thommasen, H.V., et al., *Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia*. *Can Fam Physician*, 2001. 47: p. 737-44.
140. Landon, B.E., et al., *Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction*. *Med Care*, 2006. 44(3): p. 234-42.
141. Williams, E.S., et al., *Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health*. 2001. *Health Care Manage Rev*, 2010. 35(2): p. 105-15.
142. Sibbald, B., C. Bojke, and H. Gravelle, *National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England*. *BMJ*, 2003. 326(7379): p. 22.
143. Shanafelt, T., et al., *Why do surgeons consider leaving practice?* *J Am Coll Surg*, 2011. 212(3): p. 421-2.
144. Pathman, D.E., et al., *Physician job satisfaction, dissatisfaction, and turnover*. *J Fam Pract*, 2002. 51(7): p. 593.
145. Haas, J.S., et al., *Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?* *J Gen Intern Med*, 2000. 15(2): p. 122-8.

146. DiMatteo, M.R., et al., *Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study*. Health Psychol, 1993. 12(2): p. 93-102.
147. Scheurer, D., et al., *U.S. physician satisfaction: a systematic review*. J Hosp Med, 2009. 4(9): p. 560-8.
148. Cole, T.R. and N. Carlin, *The suffering of physicians*. Lancet, 2009. 374(9699): p. 1414-5.
149. Spinelli, W.M., *The phantom limb of the triple aim*. Mayo Clin Proc, 2013. 88(12): p. 1356-7.
150. Jensen, P.M., et al., *Building physician resilience*. Can Fam Physician, 2008. 54(5): p. 722-9.
151. Shanafelt, T.D., *Finding meaning, balance, and personal satisfaction in the practice of oncology*. J Support Oncol, 2005. 3(2): p. 157-62, 164.
152. Dyrbye, L. and T. Shanafelt, *Nurturing resiliency in medical trainees*. Med Educ, 2012. 46(4): p. 343.
153. Epstein, R.M. and M.S. Krasner, *Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it*. Acad Med, 2013. 88(3): p. 301-3.
154. McLeod, M.E., *The caring physician: a journey in self-exploration and self-care*. Am J Gastroenterol, 2003. 98(10): p. 2135-8.
155. Schattner, P., S. Davidson, and N. Serry, *Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia*. Med J Aust, 2004. 181(7): p. 348-9.
156. Weiner, E.L., et al., *A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices*. West J Med, 2001. 174(1): p. 19-23.
157. Yamey, G. and M. Wilkes, *Promoting wellbeing among doctors*. BMJ, 2001. 322(7281): p. 252-3.
158. Brown, S. and R.B. Gunderman, *Viewpoint: enhancing the professional fulfillment of physicians*. Acad Med, 2006. 81(6): p. 577-82.
159. Lee, F.J., M. Stewart, and J.B. Brown, *Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians?* Can Fam Physician, 2008. 54(2): p. 234-5.
160. Zwack, J. and J. Schweitzer, *If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians*. Acad Med, 2013. 88(3): p. 382-9.
161. Askin, W.J., *Coaching for physicians: building more resilient doctors*. Can Fam Physician, 2008. 54(10): p. 1399-400.
162. Eckleberry-Hunt, J., et al., *Changing the Conversation From Burnout to Wellness: Physician Well-being in Residency Training Programs*. J Grad Med Educ, 2009. 1(2): p. 225-30.
163. Marton, K.I., *The secret to satisfaction: empowerment for all*. West J Med, 2001. 174(1): p. 18-9.
164. Bogue, R.J., et al., *Secrets of physician satisfaction. Study identifies pressure points and reveals life practices of highly satisfied doctors*. Physician Exec, 2006. 32(6): p. 30-9.
165. Sotile W. M, S.M.O., *The Resilient Physician: Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Ed. A.M. Association. 2002.
166. Howe, A., A. Smajdor, and A. Stockl, *Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training*. Med Educ, 2012. 46(4): p. 349-56.
167. Shanafelt, T., et al., *Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology*. J Clin Oncol, 2006. 24(24): p. 4020-6.
168. Shanafelt, T.D., et al., *Career fit and burnout among academic faculty*. Arch Intern Med, 2009. 169(10): p. 990-5.
169. Bar-Sela, G., D. Lulav-Grinwald, and I. Mitnik, *«Balint group» meetings for oncology residents as a tool to improve therapeutic communication skills and reduce burnout level*. J Cancer Educ, 2012. 27(4): p. 786-9.
170. Kearney, M.K., et al., *Self-care of physicians caring for patients at the end of life: «Being connected... a key to my survival»*. JAMA, 2009. 301(11): p. 1155-64, E1.
171. Sands, S.A., P. Stanley, and R. Charon, *Pediatric narrative oncology: interprofessional training to promote empathy, build teams, and prevent burnout*. J Support Oncol, 2008. 6(7): p. 307-12.
172. Epstein, R.M., *Mindful practice*. JAMA, 1999. 282(9): p. 833-9.
173. Beckman, H.B., et al., *The impact of a program in mindful communication on primary care physicians*. Acad Med, 2012. 87(6): p. 815-9.
174. Irving, J.A., P.L. Dobkin, and J. Park, *Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR)*. Complement Ther Clin Pract, 2009. 15(2): p. 61-6.

175. Krasner, M.S., et al., *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians*. JAMA, 2009. 302(12): p. 1284-93.
176. Moulton CA, E.R., *Self-monitoring in surgical practice: Slowing down when you should*, in *Surgical Education: Theorising an Emerging Domain*, K.R. Fry H, Editor. 2011, Springer: Dordrecht, Netherlands. p. 169-182.
177. Longenecker, R., T. Zink, and J. Florence, *Teaching and learning resilience: building adaptive capacity for rural practice. A report and subsequent analysis of a workshop conducted at the Rural Medical Educators Conference, Savannah, Georgia, May 18, 2010*. J Rural Health, 2012. 28(2): p. 122-7.
178. Suchman, A.L., *The influence of health care organizations on well-being*. West J Med, 2001. 174(1): p. 43-7.
179. West, C.P., et al., *Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial*. JAMA Intern Med, 2014. 174(4): p. 527-33.
180. Le Blanc, P.M., et al., *Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers*. J Appl Psychol, 2007. 92(1): p. 213-27.
181. Dunn, P.M., et al., *Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program*. J Gen Intern Med, 2007. 22(11): p. 1544-52.
182. Sinsky, C.A., et al., *In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices*. Ann Fam Med, 2013. 11(3): p. 272-8.
183. Armson, H., et al., *Translating learning into practice: lessons from the practice-based small group learning program*. Can Fam Physician, 2007. 53(9): p. 1477-85.
184. Menard, L. and S. Ratnapalan, *Teaching moment: reflection in medicine: models and application*. Can Fam Physician, 2013. 59(1): p. 105-7, e57-9.
185. Parboosingh, J.T., *Physician communities of practice: where learning and practice are inseparable*. J Contin Educ Health Prof, 2002. 22(4): p. 230-6.
186. Sood, A., et al., *Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial*. J Gen Intern Med, 2011. 26(8): p. 858-61.
187. Lefebvre, D.C., *Perspective: Resident physician wellness: a new hope*. Acad Med, 2012. 87(5): p. 598-602.
188. Dunn, L.B., A. Iglewicz, and C. Moutier, *A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout*. Acad Psychiatry, 2008. 32(1): p. 44-53.
189. Drolet, B.C. and S. Rodgers, *A comprehensive medical student wellness program--design and implementation at Vanderbilt School of Medicine*. Acad Med, 2010. 85(1): p. 103-10.
190. Kushner, R.F., S. Kessler, and W.C. McGaghie, *Using behavior change plans to improve medical student self-care*. Acad Med, 2011. 86(7): p. 901-6.
191. Puddester D, F.L., Cohen J, *CanMEDS physician health guide: A practical handbook for physician health and well-being*. 2009, Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
192. *CanMEDS-MFP, Acquisition des compétences au niveau pré-doctoral - Perspective de la médecine familiale*. 2009, Collège des médecins de famille du Canada.
193. Taub, S., et al., *Physician health and wellness*. Occup Med (Lond), 2006. 56(2): p. 77-82.



PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC