
SANTÉ DES MÉDECINS

Voir aussi [Politique de l'AMC sur la santé des médecins](#)

Depuis quelques décennies, il est de plus en plus admis que la santé et le bien-être des médecins ont une incidence sur le système de santé et les soins aux patients^{1, 2}. La santé des médecins englobe la prévention et le traitement des problèmes aigus et chroniques à l'échelle individuelle ainsi que l'optimisation de facteurs physiques, mentaux et sociaux interreliés visant à appuyer la santé et le bien-être des médecins³. Progressivement, l'assimilation de ce concept à un ensemble de pratiques de gestion des risques consistant à faire voir la santé comme une ressource commune plutôt que comme une affaire personnelle (privée) gagne du terrain⁴. Au Canada, plusieurs éléments en font la preuve, comme le recours à des stratégies issues de la psychologie organisationnelle et de la médecine du travail ayant pour but de changer le comportement des médecins; le resserrement de la supervision par les ordres professionnels; et l'inclusion, dans les compétences de base des médecins, de la capacité à prendre soin de sa santé^{4, 5}. Malgré des efforts concertés déployés pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être des médecins, la viabilité du système de santé canadien demeure sérieusement menacée par l'état de santé du corps médical¹. La détresse des médecins est en train de devenir un important indicateur de la qualité de la pratique^{4, 6}. Il est par ailleurs bien établi que les facteurs contribuant à la dégradation de la santé des médecins sont à la fois individuels et systémiques^{2, 7}. Ainsi, la promotion d'un modèle de responsabilité partagée qui tient compte des aspects individuels (médecins) et systémiques (agents d'influence)⁸ constitue une réponse significative à la situation actuelle.

1. Portrait de la santé des apprenants et des médecins

Les problèmes de santé peuvent apparaître avant ou pendant les études, et persister tout au long de la carrière. Les études en médecine et la résidence sont particulièrement exigeantes pour les apprenants, qui doivent concilier une multitude d'exigences sur les plans personnel et professionnel. Il va sans dire que leur santé peut en souffrir. Au Canada, la majorité des étudiants en médecine éprouvent au moins une forme de détresse durant leur formation^{9, 10}, et la proportion est supérieure à celle de leurs pairs du même âge et du même niveau d'éducation, selon des données nationales récentes. Globalement, leur taux d'épuisement professionnel, qui se caractérise par un niveau élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation (ressenti au moins une fois par semaine), atteindrait 37 %^{11, 12}. De la même façon, les taux de dépression, d'anxiété et d'épuisement professionnel observés chez les étudiants en médecine américains sont plus élevés que ceux de la population générale¹³.

La santé physique des résidents et des médecins est généralement meilleure que celle de leurs concitoyens, mais leur santé mentale et sociale est préoccupante^{1, 14}. Effectivement, par rapport à la population générale, les médecins courent un plus grand risque de souffrir de problèmes tels que la dépression et l'épuisement professionnel^{15, 16}. Leur risque d'épuisement professionnel est presque deux fois plus grand que celui des personnes travaillant dans d'autres domaines, même une fois les variables âge, sexe, niveau d'éducation, état matrimonial et heures travaillées prises en compte¹⁷. Selon le Sondage national sur la santé des médecins 2017 de l'AMC¹⁸, 49 % des résidents et 33 % des médecins présentent des symptômes de dépression, et le taux d'épuisement professionnel dans ces deux groupes est élevé, soit de 38 % et 29 %, respectivement. Enfin, si la prévalence des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de consommation, notamment d'alcool, chez les médecins est semblable à celle du reste de la population, il en va autrement pour l'abus de médicaments sur ordonnance (p. ex., opioïdes), qui est plus courant chez les médecins^{1, 19}. Et même si la plupart des médecins qui sont orientés vers un programme de surveillance ont reçu un diagnostic de trouble de l'usage d'une substance toxicomano-gène, ils sont de plus en plus nombreux à intégrer ces programmes en raison de troubles récurrents de l'humeur, qui, souvent, sont causés par des préoccupations d'ordre professionnel^{20, 21}.

1.1 Facteurs en jeu

Les résultats indésirables pour la santé des apprenants et des médecins sont associés à un ensemble de facteurs, tant intrinsèques (p. ex., personnalité²² et autres facteurs de vulnérabilité) qu'extrinsèques (p. ex., surcharge de travail, normes de formation et de pratique trop exigeantes, heures de travail excessives, manque d'autonomie, comportement perturbateur, mauvais équilibre travail-vie personnelle, demandes accrues dans un contexte de diminution des ressources, échecs systémiques, difficultés financières, environnements de formation et de travail)^{2, 15, 23}.

Et c'est sans oublier la gestion du risque que doivent assumer bon nombre de médecins dans le cadre du traitement et de la prise en charge de leurs patients, qui peut être ardue et peser sur leur santé⁴. Par ailleurs, le manque de données récentes sur l'état de santé des médecins au Canada constitue une grave lacune dans les connaissances et limite les possibilités d'évaluer, de sélectionner et de perfectionner les initiatives liées aux indicateurs de santé et de bien-être.

2. Conséquences

2.1. Répercussions sur les apprenants et les médecins

La dégradation de la santé des médecins peut entraîner une baisse de leur satisfaction dans la vie et au travail, un dysfonctionnement dans leurs relations personnelles et professionnelles, une augmentation de l'érosion de l'effectif et une hausse des taux de suicide et de pensées suicidaires^{6, 24, 25}. Il est particulièrement inquiétant de savoir que les médecins sont de 1,4 à 2,3 fois plus susceptibles de se suicider que le reste de la population; chaque année, on dénombre aux États-Unis entre 300 et 400 suicides de médecins²⁶. Selon des données récentes, 19 % des médecins canadiens (y compris les résidents) auraient eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, et 9 %, dans la dernière année¹⁸; chez les étudiants en médecine, ces taux atteindraient respectivement 14 % et 6 %¹¹. Globalement, le taux de pensées suicidaires est plus élevé chez les médecins et les apprenants en médecine que dans la population générale²⁷.

2.2. Répercussions sur les soins aux patients

La santé mentale et physique des médecins influe également sur la qualité des soins aux patients^{16, 28, 29}. Par exemple, les médecins qui souffrent d'épuisement professionnel sont deux à trois fois plus susceptibles de qualifier leurs interventions de sous-optimales²⁴. Les médecins restent une des principales sources de renseignements sur la santé pour les patients, et ils doivent à la fois donner l'exemple et défendre les intérêts de leurs patients¹⁵. Or, les comportements caractéristiques de l'épuisement professionnel (p. ex., problèmes de communication et manque d'empathie) vont à l'encontre des principes fondamentaux des soins axés sur les patients³⁰; de plus, les médecins qui ont un mode de vie sain ont plus tendance à miser sur les stratégies de prévention dans leur pratique^{31, 32}. Même si les problèmes de santé des médecins peuvent nuire à la qualité des soins prodigués, soulignons que les preuves de l'association entre l'état de santé et les erreurs médicales ne sont pas concluantes, sans dire qu'elles sont difficiles à obtenir. Néanmoins, des études ont permis d'observer un lien entre les erreurs médicales et certaines affections telles que l'épuisement professionnel^{17, 33}.

2.3 Répercussions sur le système de santé

Les problèmes associés à la dégradation de la santé des médecins, comme la baisse de la productivité ou la hausse de la rotation du personnel, du taux d'absentéisme et de la probabilité d'une retraite anticipée^{25, 34}, contribuent aux pressions exercées sur le système de santé. Si l'on veut assurer la viabilité de ce système, il faut porter plus attention à la santé des médecins, puisqu'ils représentent une part importante des effectifs médicaux au Canada². Fait encourageant : des études ont démontré que les ressources et les services comme les programmes de bien-être en milieu de travail portaient leurs fruits^{35, 36}, notamment en entraînant une diminution des congés et de l'absentéisme pour des raisons médicales^{2, 36, 37}. De plus en plus, on utilise des stratégies issues de la médecine du travail pour garantir la sécurité des patients lorsqu'un médecin revient d'un congé de maladie⁴. Ces stratégies contribuent à l'équilibre entre, d'un côté, la nécessité pour les établissements et les organismes de réglementation médicaux de limiter le plus possible le risque tout en maximisant la qualité des soins, et, de l'autre côté, la volonté du médecin d'aider ses patients tout en menant une vie épanouissante en bonne santé⁴.

S'attaquer aux problèmes de santé des médecins et des apprenants peut se justifier du point de vue moral, et la réalisation et le choix d'investissements initiaux et soutenus en ce sens se justifient aussi du point de vue économique^{7, 17}. Même si les dirigeants à l'échelle du système doivent composer avec de nombreux défis externes, ils ne doivent absolument pas ignorer les menaces internes, comme la détresse, l'insatisfaction des médecins^{6, 7} et les difficultés associées au travail en milieu complexe²⁴. Ainsi, sans oublier les nombreux éléments positifs et favorables à la santé de la culture médicale, les dirigeants doivent prendre conscience des aspects qui contribuent au mauvais état de santé des médecins.

2.4 Répercussions sur la culture dans les milieux de pratique, de formation et de travail

On note dans la culture médicale des normes persistantes qui contribuent directement à la dégradation de la santé des apprenants et des médecins au Canada². Certaines barrières bien ancrées dans cette culture, comme une réticence à parler de ses problèmes personnels ou à admettre sa vulnérabilité, nuisent à la détection et à la résolution des problèmes de santé des médecins⁷ et des apprenants, qui subissent une pression pour demeurer en bonne santé, prendre soin de leurs patients peu importe leur propre état et même tenter de surmonter leurs propres problèmes avec l'automédication^{1, 38}. En effet, on présente souvent les médecins comme étant des professionnels invincibles qui accordent une priorité absolue aux besoins de leurs patients, au détriment de leurs propres besoins^{39, 40}.

Le *Code de déontologie de l'AMC* encourage les médecins à solliciter l'aide de collègues et de professionnels qualifiés en cas de problèmes personnels ou liés au milieu de travail qui pourraient nuire aux soins offerts aux patients⁴¹. Pourtant, les médecins ont tendance à éviter de demander de l'aide ou à attendre pour le faire, surtout pour des problèmes de nature psychosociale ou psychiatrique. Qui plus est, près de 33 % des médecins canadiens n'ont pas de médecin de famille⁴², ce qui signifie qu'ils comptent parmi les utilisateurs les moins fréquents des systèmes de santé⁴³. La prestation de soins entre collègues médecins est complexe et difficile, mais aucune formation sur le sujet n'est offerte explicitement ou systématiquement à l'échelle nationale¹. Il est nécessaire de savoir quels médecins sont prêts à soigner leurs collègues et d'appuyer ces personnes ainsi que d'élaborer ou de modifier des approches pour encourager la recherche d'aide.

La stigmatisation entourant la santé mentale dans les milieux de pratique et de formation nuit grandement à l'intervention précoce^{1, 44}. Dans le cadre d'une étude localisée menée auprès de médecins canadiens, 18 % des répondants ont indiqué éprouver de la détresse; parmi eux, seuls 25 % avaient envisagé de solliciter de l'aide et 2 % avaient fait des démarches en ce sens³⁹. Dans le même ordre d'idées, selon des données nationales de l'AMC, avoir honte de demander de l'aide est l'une des principales raisons (76 %) pour lesquelles les médecins ne recourent pas aux services d'un programme de santé des médecins¹⁸. En fait, ils sont souvent rebutés par la crainte de décevoir collègues et patients, la croyance selon laquelle solliciter de l'aide est signe de faiblesse, des inquiétudes quant à la confidentialité et la crainte de répercussions négatives (p. ex., de la part de collègues, de supérieurs, d'organismes de réglementation, d'autres organismes d'agrément, d'assureurs), entre autres^{1, 45}. De même, les médecins hésitent souvent à dénoncer leurs collègues qui ne sont pas en état de travailler par crainte de représailles, même s'ils sont d'accord avec le principe⁴⁶.

Dès le début de la formation en médecine, on présente aux apprenants des valeurs et des aspects de la culture de la profession médicale répandus dans l'ensemble du système, qu'ils assimilent et qu'ils transmettent ensuite aux autres². L'abondante documentation sur le « programme occulte » fait état d'une culture de la performance reposant sur des normes qui font notamment en sorte et que l'on croit que l'adversité forge le caractère et que l'on valorise la répression des émotions (p. ex., force mentale)^{2, 47}. On aborde de plus en plus les problèmes liés à la culture sous l'angle du professionnalisme médical. Par exemple, l'engagement envers la santé des médecins, la collégialité et le soutien sont des compétences considérées comme essentielles au rôle du professionnel selon le référentiel de compétences des médecins CanMEDS⁵, le cadre de référence le plus reconnu et le plus appliqué dans le monde⁴⁸. Il s'agit de démontrer une conscience de soi et de gérer son bien-être et son rendement professionnel, de gérer les exigences personnelles et professionnelles pour une pratique durable tout au long du cycle de vie professionnelle, et de promouvoir une culture favorisant l'identification des collègues en difficulté et offrant un soutien et une réponse à leurs besoins. Pour y arriver, les médecins doivent développer leur capacité d'autoévaluation, d'autosurveillance, de pleine conscience, de réflexion et de résilience afin de s'assurer une pratique durable⁵.

L'intraprofessionnalisme, qui se caractérise par une communication personnelle et clinique efficace entre médecins⁴⁹, influe grandement sur la satisfaction au travail, qui elle a un effet démontré sur la santé des médecins⁵⁰. En outre, le soutien des pairs peut atténuer les effets négatifs des exigences liées au travail³⁹, et les milieux de travail alliant collégialité et professionnalisme sont reconnus comme étant plus sains pour les fournisseurs de soins comme pour les patients⁵¹. À l'inverse, les comportements non professionnels sont associés à une insatisfaction chez les médecins⁵⁰, et les milieux de travail dysfonctionnels où la collégialité est faible, à l'épuisement professionnel⁵². Les

comportements non professionnels sont tolérés, et souvent chose courante, dans les milieux de pratique et de formation⁵³.

Il a été démontré que lorsque des médecins expérimentés adoptent ce type de comportements, les apprenants ont tendance à les reproduire⁵⁴, ce qui est particulièrement préoccupant et qui démontre l'importance de promouvoir les modèles de comportements efficaces et professionnels⁵⁵.

Malheureusement, il n'est pas rare d'observer dans les milieux de formation un mauvais comportement des superviseurs, voire des mauvais traitements à l'égard des apprenants⁵⁶. Même si les attentes en matière de comportements professionnels sont de plus en plus intégrées dans les programmes d'études prédoctorales et postdoctorales, les problèmes associés à un manque de professionnalisme persistent dans les milieux de formation et de pratique⁵¹. Des efforts doivent être déployés à l'échelle du système pour pallier ce qui est perçu comme une érosion du sens de la collégialité et faire valoir le professionnalisme comme façon de lutter contre l'épuisement professionnel chez les médecins et de favoriser leur engagement^{7, 39}.

3. Traitement et approches préventives

3.1 Services de santé aux médecins

La portée des services de santé offerts aux médecins a été élargie : si l'on se concentrait surtout sur la détection, le traitement et le suivi des médecins aux prises avec des problèmes de toxicomanie, on cherche maintenant davantage à déstigmatiser les problèmes de santé chez les médecins et à intégrer de façon proactive des ressources dans le but de compléter les approches tertiaires¹. Au Canada, il existe de nombreux services de santé pouvant répondre aux besoins des médecins et des apprenants. On peut conceptualiser ces services à l'aide d'un continuum d'approches¹ sur lequel on trouve les éléments suivants : milieux propices à une bonne santé (où des efforts sont déployés pour équilibrer la charge de travail, fournir plus d'employés de soutien et encourager les médecins en formation et en exercice à adopter de bonnes habitudes en matière d'activité physique, d'alimentation et de sommeil); prévention primaire (p. ex., formation sur la résilience, groupes sur la réduction du stress, programmes de gestion de la fatigue, stratégies pour améliorer le travail d'équipe et les soins en collaboration); prévention secondaire (p. ex., accès à des services d'évaluation et de consultation; services et ateliers sur la manière de réagir à l'adversité, aux litiges, aux transitions de carrière et aux comportements difficiles); et prévention tertiaire (p. ex., programmes de consultation externe intensifs, traitement en établissement). Bon nombre de ces approches, dont des approches systémiques, sont plus axées sur l'assistance au médecin, à l'échelle individuelle, que sur la résolution de problèmes plus contextuels.

Au Canada, la plupart des provinces et des territoires ont regroupé certains de ces services sous la forme de programmes de santé des médecins. Ces programmes comprennent par exemple des services de consultation, de traitement, de soutien par les pairs, d'évaluation des aptitudes professionnelles et du retour au travail ainsi que de gestion des comportements et des relations en milieu de travail. Les services offerts aux médecins varient grandement d'une région à une autre^{1, 15}. Les programmes les mieux établis et les mieux financés offrent souvent des services sur l'ensemble du continuum, tandis que les programmes moins bien établis sont généralement axés sur les services secondaires et tertiaires². Il a été démontré que les programmes provinciaux engendraient des résultats positifs^{1, 20, 21, 48}, et l'on considère généralement qu'ils sont efficaces pour aborder les problèmes des utilisateurs⁵⁷. Pourtant, beaucoup de médecins continuent d'être réticents à les utiliser⁵⁸. En plus de ces programmes, de nombreux médecins et apprenants canadiens ont accès à

du soutien et à des traitements auprès d'autres ressources, comme les programmes de bien-être des écoles et des facultés de médecine ou les programmes d'aide aux employés ou en milieu de travail, ainsi qu'à des options plus personnalisées, comme les services d'un mentor¹. Enfin, soulignons que les preuves de la rentabilité des programmes de santé et de bien-être en milieu de travail ne cessent de s'accumuler³⁵, tout comme les marques de l'efficacité des petits investissements en santé des médecins¹⁷.

En 2016, un consortium de programmes provinciaux de santé des médecins a publié un cadre préliminaire intitulé *A Descriptive Framework for Physician Health Services in Canada* (Un cadre descriptif des services de santé aux médecins au Canada) pour aborder les défis associés à la grande diversité des structures opérationnelles des programmes, de leurs méthodes de classement des renseignements, de la gamme de services offerts, des mécanismes de reddition de comptes aux intervenants et des méthodes utilisées pour mener des activités non tertiaires (p. ex., éducation et prévention)⁵⁹. On y définit une série de services de base et leur mode de fonctionnement respectif⁵⁹. Parmi les utilisateurs potentiels de ce cadre, notons les programmes provinciaux, les établissements universitaires, les organismes de réglementation médicaux, les associations nationales, les hôpitaux, les autorités sanitaires et d'autres groupes locaux. Le cadre pourra servir à diverses fins : évaluation et planification des programmes, amélioration de la qualité, attribution de ressources, défense des intérêts, consultation d'intervenants et élaboration de normes⁵⁹. Ce genre d'initiative contribue à pallier des lacunes persistantes sur le plan de l'équité et de l'accessibilité des services au Canada. Il n'est pas toujours facile pour les programmes provinciaux et les autres fournisseurs de services de répondre aux besoins des médecins et des apprenants en misant sur l'amélioration de la qualité des services et sur l'équivalence fonctionnelle. Ils devront en faire une priorité à l'avenir.

3.2 Prévention primaire individuelle

Les activités de prévention et de promotion peuvent aider à atténuer la gravité et à diminuer l'incidence des résultats indésirables associés aux problèmes de santé chez les médecins et les apprenants³. Même si les services secondaires et tertiaires sont essentiels à toute stratégie de santé, les initiatives de prévention complémentaires et proactives reposent sur une approche plus globale. Certaines stratégies parmi les plus documentées tiennent compte de la santé physique (p. ex., alimentation, activité physique, repos) et de la santé mentale et psychosociale (p. ex., pleine conscience et conscience de soi; formation sur la résilience; protection et maintien des intérêts culturels et récréatifs en dehors de la médecine; préservation des relations et du temps à passer avec la famille et les amis)⁶⁰. La résilience a d'ailleurs été reconnue⁶¹ et comme une aptitude fondamentale que doivent posséder les travailleurs dans le domaine de la santé³⁹. Les approches novatrices et coordonnées, comme les formations sur la résilience et la pleine conscience, aident grandement les médecins à surmonter les difficultés anticipées et imprévues et ainsi à profiter d'une carrière durable en médecine.

De nombreux facteurs internes (personnels) et externes (professionnels) peuvent influencer sur la capacité des médecins à maintenir de saines habitudes de vie et à répondre de façon objective à leurs propres besoins de santé. S'il est encourageant de voir émerger des activités de prévention proactives individuelles, il faut mettre davantage l'accent sur les initiatives à l'échelle du système afin de compléter les approches proactives et tertiaires. Cette position va dans le même sens que de récentes données sur les membres de l'AMC, selon lesquelles les étudiants en médecine (61 %), les médecins résidents (55 %), les médecins en exercice (43 %) et les médecins à la retraite (41 %) souhaiteraient avoir accès à davantage de ressources pour assurer leur bien-être émotionnel, social et

psychologique⁶². De plus, elle prend une importance croissante compte tenu de la responsabilité professionnelle des médecins de veiller à leur propre santé⁵.

4. La santé des médecins, une responsabilité partagée

Les médecins ont beau être un élément essentiel des systèmes de santé du Canada, leur propre santé n'est pas toujours mise de l'avant dans ces systèmes. On ne peut trop insister sur le fait que de plus en plus des défis de santé auxquels font face les médecins et les apprenants sont de nature systémique¹. Même si l'on rejette progressivement l'idée voulant que les problèmes de santé des médecins ne soient que de nature individuelle², les facteurs systémiques sont encore souvent ignorés^{1,7}. Les solutions individuelles (p. ex., formation sur la pleine conscience et la résilience) sont des approches proactives importantes et très répandues, mais elles tiennent rarement compte des facteurs professionnels et organisationnels⁷. Il est peu probable d'avoir une incidence forte et durable en misant exclusivement sur des interventions à l'échelle individuelle. Pour être le plus efficace possible, ce type d'interventions devrait probablement être jumelé à des efforts visant à résoudre des problèmes systémiques (p. ex., structureaux ou en milieu de travail)⁶³. D'ailleurs, il a été démontré que les interventions à l'échelle d'une organisation étaient plus efficaces pour réduire l'épuisement professionnel chez les médecins que les interventions individuelles. De plus, une importante diminution des résultats négatifs a été associée aux interventions à l'échelle systémique^{22,34}.

Des efforts concertés ciblant le système finiront par entraîner des changements importants, pertinents et durables, entre autres une coordination entre des dirigeants et des intervenants nationaux, provinciaux et locaux et entre les médecins^{16,22,64}. Parmi les agents d'influence potentiels, notons les facultés de médecine et autres fournisseurs de programmes de formation, les organismes de réglementation, les chercheurs (et les organismes de financement), les associations professionnelles, les organisations du secteur de la santé ainsi que les assureurs¹. Il va sans dire que la responsabilité de s'attaquer à l'ensemble complexe de problèmes interreliés qui se posent actuellement doit être partagée. Un mandat clair existe pour orienter les personnes et les dirigeants souhaitant promouvoir et protéger la santé des médecins et des apprenants^{1,7}.

5. Conclusion

La santé des médecins constitue une priorité grandissante au sein de la profession médicale. La formation et la pratique se déroulent dans des milieux professionnels complexes³⁴. Les dirigeants y jouent un rôle clé : ils façonnent la culture de la formation, de la pratique et de l'organisation par leur manière de véhiculer implicitement et explicitement les valeurs fondamentales². Il est aussi primordial, dans la promotion de la santé des médecins à tous les stades de leur carrière, de tenir compte des expériences et des difficultés propres aux médecins qui ne pratiquent pas activement (p. ex., en congé ou réalisant des tâches non cliniques) ou qui sont à la retraite.

Outre ses effets positifs sur les soins aux patients et les systèmes de santé, la promotion de la santé des médecins et des apprenants est importante en soi. Les dirigeants du système de santé ont donc tout intérêt à aider les médecins à surmonter les défis personnels et professionnels inhérents à la formation et à la pratique ainsi qu'à promouvoir des concepts positifs comme le bien-être et l'engagement⁷. La santé des médecins, le professionnalisme et le fonctionnement des systèmes de

santé sont de plus en plus intimement liés⁴⁰, et les dirigeants de tous les niveaux devraient promouvoir une vision commune et novatrice, celle d'effectifs médicaux dynamiques, engagés et en santé. Pour ce faire, il faut faire valoir la santé des médecins à tous les stades de leur carrière et préconiser des solutions et des résultats dans une optique de responsabilité partagée, tant à l'échelle individuelle que systémique. Les solutions générales qui ne visent qu'un seul échelon sont peu susceptibles d'entraîner de réels changements. Il est temps de délaisser la théorie pour passer à l'action, et d'intégrer la promotion de l'autoprise en charge chez les médecins, la mise en place de milieux de pratique et de formation sains et favorables – sur les plans physique et culturel –, l'innovation continue et l'élaboration de services de santé pour les médecins de même que le soutien de ces services. Cette myriade d'efforts contribuera à la réussite des interventions dans le domaine.

Octobre 2017

Voir aussi [Politique de l'AMC sur la santé des médecins](#)

RÉFÉRENCES

- ¹ Association médicale canadienne (AMC). La santé des médecins, ça compte : Une Stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada. Ottawa : AMC; 2010. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/practice-management-and-wellness/Mentalhealthstrat_final-f.pdf (consulté le 30 oct. 2017).
- ² Montgomery AJ. The relationship between leadership and physician well-being; A scoping review. *Journal of Healthcare Leadership* 2016; vol. 55 : p. 71-80. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.ingentaconnect.com/content/doi/11793201/2016/00000055/00000001/art00010> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³ Association médicale mondiale (AMM). Prise de position de l'AMM sur le bien-être des médecins. France : AMM; oct. 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.wma.net/fr/policies-post/prise-de-position-de-lamm-sur-le-bien-etre-des-medecins/> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴ Albuquerque J, Deshauer D. Physician health: beyond work-life balance. *CMAJ* 2014; vol 186 : p. E502-503. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1503/cmaj.140708> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵ Frank JR, Snell L, Sherbino J, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Référentiel des compétences *CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa : CRMCC; 2015. [En ligne]. Accessible ici : http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds_reduced_framework_f.pdf (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁶ Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; vol. 374 : p. 1714-1721. [En ligne]. Accessible ici : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0) (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁷ Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; vol. 92 : p. 129-146. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁸ Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ* 2017; vol. 358 : p. j3360.
- ⁹ Tepper J, Champion C, Johnston T, Rodin D, White A, Bastrash M, et coll. Santé et bien-être des étudiants et des étudiantes en médecine. Ottawa : Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC); 2015.
- ¹⁰ Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS, et coll. Patterns of distress in U.S. medical students. *Med Teach* 2011; vol. 33 : p. 834-839. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.531158> (consulté le 30 oct. 2017).
- ¹¹ Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC). Sondage national de santé et de bien-être de la FEMC-FMEQ : Prises de position – Étudiants en vedette. Conférence internationale sur la santé des médecins; du 18 au 20 sept. 2016; Boston. Ottawa : FEMC; 2016.
- ¹² Maser B, Houlton R. Sondage national de santé et de bien-être de la FEMC-FMEQ : Prévalence et prédicateurs de santé mentale chez les étudiants en médecine au Canada. Conférence canadienne sur la santé des médecins; du 7 au 9 sept. 2017; Ottawa. Ottawa : FEMC; 2017.
- ¹³ Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et coll. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann of Intern Med* 2008; vol. 149 : p. 334-341. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008> (consulté le 30 oct. 2017).
- ¹⁴ George S, Hanson J, Jackson JL. Physician, heal thyself: a qualitative study of physician health behaviors. *Acad Psychiatry* 2014; vol. 38 : p. 19-25. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1007/s40596-013-0014-6> (consulté le 30 oct. 2017).
- ¹⁵ Roman S, Prévost C. La santé des médecins : État des connaissances et approches préventives. Montréal : Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ); 2015. [En ligne]. Accessible ici : http://www.pamq.org/assets/pdf/revue_litterature_2015_fr.pdf (consulté le 30 oct. 2017).
- ¹⁶ West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; vol. 388 : p. 2272-2281. [En ligne]. Accessible ici : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X) (consulté le 30 oct. 2017).

- ¹⁷ Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The business case for investing in physician well-being. *JAMA Intern Med*; 25 sept. 2017. [Diffusion en ligne avant l'impression]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.4340> (consulté le 30 oct. 2017).
- ¹⁸ Simon C, McFadden T, Association médicale canadienne (AMC). Sondage national de l'AMC sur la santé et le bien-être des médecins : Processus, données préliminaires et orientation future 2017. Conférence canadienne sur la santé des médecins; du 7 au 9 sept. 2017; Ottawa : AMC; 2017.
- ¹⁹ Lefebvre LG, Kaufmann IM. The identification and management of substance use disorders in anesthesiologists. *Can J Anaesth* 2017; vol. 64 : p. 211-218. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0775-y> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁰ Albuquerque J, Deshauer D, Fergusson D, Doucette S, MacWilliam C, Kaufmann IM. Recurrence rates in Ontario physicians monitored for major depression and bipolar disorder. *Can J Psychiatry* 2009; vol. 54 : p. 777-782. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1177/070674370905401108> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²¹ Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring program in Canada: prospective descriptive study. *BMJ* 2008; vol. 337 : p. a2098.
- ²² Lemaire JB, Wallace JE, Sargious PM, Bacchus M, Zarnke K, Ward DR, *et coll.* How attending physician preceptors negotiate their complex work environment: A collective ethnography. *Acad Med*; 20 juin 2017. [Diffusion en ligne avant l'impression]. Accessible ici : http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/publishahead/How_Atending_Physician_Preceptors_Negotiate_Their.98194.aspx (consulté le 30 oct. 2017).
- ²³ Lemaire JB, Wallace JE. How physicians identify with predetermined personalities and links to perceived performance and wellness outcomes: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2014; vol. 14 : p. 616. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0616-z> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁴ Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003; vol. 114 : p. 513-519.
- ²⁵ Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res* 2014; vol. 14 : p. 254. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-254> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁶ Andrew LB. Physician suicide: Overview, depression in physicians, problems with treating physician depression. New York: Medscape; 12 juin 2017. [En ligne]. Accessible ici : <https://emedicine.medscape.com/article/806779-overview#a3> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁷ Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, *et coll.* Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 2014; vol. 89 : p. 443-451. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000134> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁸ de Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, *et coll.* 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; vol. 117 : p. 182-193. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182917da9> (consulté le 30 oct. 2017).
- ²⁹ Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, *et coll.* Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc* 2016; vol. 91 : p. 422-431. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁰ Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs* 2013; vol. 69 : p. 4-15. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³¹ Cameron D, Katch E, Anderson P, Furlong MA. Healthy doctors, healthy communities. *J Ambul Care Manage* 2004; vol. 27 : p. 328-338.
- ³² Lobelo F, de Quevedo IG. The evidence in support of physicians and healthcare providers as physical activity role models. *Am J Lifestyle Med* 2016; vol. 10 : p. 36-52.

- ³³ Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et coll. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; vol. 251 : p. 995-1000. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁴ Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et coll. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017; vol. 177 : p. 195-205. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁵ Chenevert D, Tremblay MC. Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés : Le cas du PAMQ. Montréal : HEC Montréal; 2016. [En ligne]. Accessible ici : <http://www.professionsante.ca/files/2016/07/Rapport-Chenevert-VF.pdf> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁶ Morneau Shepell Ltée. Rapport sur les priorités en matière de santé mentale au travail 2015. Toronto : Morneau Shepell Ltée. 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.morneaushepell.com/ca-fr/Publications/le-rapport-sur-les-priorit%C3%A9s-en-mati%C3%A8re-de-sant%C3%A9-mentale-au-travail> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁷ Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. *Health Aff (Millwood)* 2010; vol. 29 : p. 304-311. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0626> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁸ Harrison J. Doctors' health and fitness to practise: The need for a bespoke model of assessment. *Occup Med (Lond)* 2008; vol. 58 : p. 323-327. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn079> (consulté le 30 oct. 2017).
- ³⁹ Wallace JE, Lemaire J. On physician well-being—you'll get by with a little help from your friends. *Soc Sci Med* 2007; vol. 64 : p. 2565-2577. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.016> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴⁰ Lesser CS, Lucey CR, Egener B, Braddock CH, Linas SL, Levinson W. A behavioral and systems view of professionalism. *JAMA* 2010; vol. 304 : p. 2732-2737. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1864> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴¹ Association médicale canadienne (AMC). Code de déontologie de l'AMC. Ottawa : AMC; 2004. [En ligne]. Accessible ici : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Code_of_ethics_of_the_Canadian_Medical_Association_Update_2004_PD04-06-f.pdf (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴² e-santé des médecins. Les rôles en soins de santé primaires : patient vs médecin. Ottawa : e-santé des médecins; 2017. [En ligne]. Accessible ici : <http://e-santedesmedecins.com/> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴³ Sibbald B, Bojke C, Gravelle H. National survey of job satisfaction and retirement intentions among general practitioners in England. *BMJ* 2003; vol. 326 : p. 22.
- ⁴⁴ Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001; vol. 323 : p. 728-731.
- ⁴⁵ Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010; vol. 304 : p. 1181-1190. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1300> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴⁶ DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, Birnbaum RJ, Iezzoni L, Vogeli C, et coll. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA* 2010; vol. 304 : p. 187-193. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jama.2010.921> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴⁷ Gaußberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med* 2010; vol. 85 : p. 1709-1716. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f57899> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴⁸ Dupont RL, Skipper GE. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoactive Drugs* 2012; vol. 44 : p. 72-78. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.660106> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁴⁹ Beaulieu M-D, Samson L, Rocher G, Rioux M, Boucher L, Del Grande C. Investigating the barriers to teaching family physicians' and specialists' collaboration in the training environment: a qualitative study. *BMC Med*

- Educ* 2009; vol. 9 : p. 31. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-31> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵⁰ Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur J Gen Pract* 2006; vol. 12 : p. 174-180. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1080/13814780600994376> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵¹ Bahaziq W, Crosby E. Physician professional behaviour affects outcomes: a framework for teaching professionalism during anesthesia residency. *Can J Anaesth* 2011; vol. 58 : p. 1039-1050. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1007/s12630-011-9579-2> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵² Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* 2008; vol. 51 : p. 714-722.e1. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.01.005> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵³ Doja A, Bould MD, Clarkin C, Eady K, Sutherland S, Writer H. The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Med Teach* 2016; vol. 38 : p. 410-418. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1073241> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵⁴ Case GA. Performance and the hidden curriculum in Medicine. *Performance Research* 2014; vol. 19 : p. 6-13. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1080/13528165.2014.947120> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵⁵ Schneider B, Barbera KM. *The Oxford handbook of organizational climate and culture*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- ⁵⁶ Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med* 2014; vol. 89 : p. 749-754. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000204> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵⁷ Association canadienne de protection médicale (ACPM). *Santé des médecins : Pensez à vous en premier*. Ottawa : ACPM; sept. 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2015/physician-health-putting-yourself-first> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁵⁸ Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med* 2002; vol. 77 : p. 918-921.
- ⁵⁹ Fondation médicale canadienne (FMC). Un cadre descriptif des services de santé aux médecins au Canada : Un rapport préparé par le Tricoastal Consortium au nom de la Fondation médicale canadienne. Ottawa, CMF, mai 2016. [En ligne]. Accessible ici : <http://medicalfoundation.ca/fr/what-we-do/physician-health-services/> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁶⁰ Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med* 2013; vol. 88 : p. 301-303. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁶¹ Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med* 2013; vol. 88 : p. 382-389. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318281696b> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁶² Association médicale canadienne (AMC). *Sondage de référence de l'AMC 2014 : Rapport exhaustif des résultats*. Ottawa : AMC; 2014.
- ⁶³ Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C, Ruotsalainen JH, Verbeek JH, et coll. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Sao Paulo Medical Journal* 2016; vol. 134 : p. 92-92. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341T1> (consulté le 30 oct. 2017).
- ⁶⁴ Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing physician burnout: The way forward. *JAMA* 2017; vol. 317 : p. 901-902. [En ligne]. Accessible ici : <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0076> (consulté le 30 oct. 2017).