



La santé des médecins



QUAND ON EST CELUI qui trouve habituellement les problèmes et les réponses et qui oriente les gens vers les bonnes ressources, vers qui se tourne-t-on lorsqu'on ne sait plus comment le faire pour soi ?

C'est pour répondre à cette question que le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a été créé il y a dix-neuf ans. L'expertise « sur mesure », l'accueil et l'empathie des médecins-conseils sont uniques au PAMQ. Ainsi, de plus en plus de médecins, de résidents et d'étudiants en médecine se prévalent aujourd'hui en toute confidentialité des services de ce programme.

En ce mois de septembre 2009, les médecins s'offrent un premier numéro sur leur santé ! Il y a de quoi célébrer !

J'y vois un signe très positif, précurseur d'une vigilance nouvelle afin que soient rassemblées toutes les conditions menant au mieux-être des soignants que nous sommes. Pas seulement parce que la santé du public dépend de la nôtre, mais aussi parce que nous devenons attentifs à notre qualité de vie personnelle et professionnelle. Nos patients en sortiront gagnants, puisque la littérature montre qu'un médecin satisfait prodigue de meilleurs soins !

Le présent numéro a pour but de fournir aux médecins des connaissances fondamentales leur permettant de maintenir ou de retrouver le mieux-être afin que leur profession soit pour eux source de satisfaction et d'épanouissement. Il vise également à susciter une réflexion qui, au fil du temps, se fraiera un chemin dans les consciences pour que nous ayons une **communauté médicale en santé** !

À la nôtre !

Dr^e Anne Magnan

**Directrice générale
Programme d'aide aux médecins du Québec
www.pamq.org**

Agrément. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses activités de formation continue, dont *Le Médecin du Québec*, sont agréées par le Collège des médecins du Québec. Tous les articles de cette section sont révisés par le comité de rédaction scientifique.

Post-test. Chaque mois dans *Le Médecin du Québec*, à la fin de la section de formation médicale continue, vous trouverez un post-test composé d'au plus dix questions à réponse unique. Veuillez inscrire vos réponses sur le coupon au verso de la page de questions et le retourner à la FMOQ ou remplir le questionnaire en ligne. **Trois heures** de crédits de formation de catégorie 1 seront accordées aux médecins qui auront obtenu une note de passage d'au moins **60 %**. Aucun crédit ne sera accordé au-dessous de cette note. N'entourez qu'une seule réponse par question. Les réponses seront publiées trois mois plus tard à la fin de la section avec les références.



La médecine, c'est pas reposant!

1

Sandra Roman et Suzanne Cummings

Vous croisez une collègue dans le salon des médecins. Elle vous raconte, la larme à l'œil, qu'elle vient juste de finir sa nuit à l'urgence et que ça s'est plutôt mal passé. Elle a failli « manquer » un anévrisme de l'aorte, puis a eu une prise de bec avec une infirmière, ce qui ne lui ressemble pas du tout. Vous aviez en effet remarqué qu'elle semblait plus fatiguée et irritable ces derniers temps. Pourtant, après un peu plus de vingt ans, elle dit encore adorer son travail à l'urgence, sauf qu'elle a de plus en plus de mal à composer avec les horaires irréguliers. Devrait-elle songer à réorienter sa carrière ?

POUR LA PLUPART DES MÉDECINS, la fatigue est une réalité trop familière. Nous travaillons de longues heures, le soir, les fins de semaine, même la nuit. Ces exigences restreignent le temps consacré à nos proches et à nos loisirs et empiètent aussi sur nos précieuses heures de repos.

La fatigue liée au manque de sommeil est un risque formellement reconnu dans les industries aéronautique et nucléaire ainsi que dans tous les secteurs liés au transport. Elle a contribué aux catastrophes de Bhopal, de Three Miles Island et de Tchernobyl^{1,2}. Selon la National Highway Traffic Safety Administration, la somnolence au volant entraîne 100 000 accidents d'automobile annuellement et causerait plus de décès que la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool¹.

Dans le domaine de la santé, le sujet a d'abord attiré l'attention au milieu des années 1980 aux États-Unis à la suite du décès médiatisé d'une jeune femme, Libby Zion, peu après son admission dans un hôpital universitaire réputé^{1,3-5}. L'enquête qui a suivi a révélé que la fatigue liée au surmenage et au manque de sommeil des résidents de garde cette nuit-là pourrait avoir mené à l'erreur médicale dont l'issue fut fatale. Ce triste événement a déclenché une remise en question des ho-

raires imposés aux médecins en formation et a finalement conduit, presque vingt ans plus tard, au cadre qui régit actuellement les heures de travail et de garde chez les résidents américains. Ici au Québec, un encadrement similaire existe, mais, comme partout en Amérique du Nord, son application suscite encore de la résistance dans certains milieux.

Par ailleurs, aucune mesure ne s'applique aux médecins une fois qu'ils sont en pratique. Avec des semaines de travail de 50 ou 60 heures, sans compter les gardes, le problème demeure entier, d'autant plus en ces temps de pénurie de ressources. Alors que l'industrie reconnaît le problème de la fatigue, cette réalité semble trop souvent ignorée des médecins. Serions-nous physiologiquement différents des autres travailleurs ?

Sommes-nous en manque de sommeil ?

Physiologie du sommeil

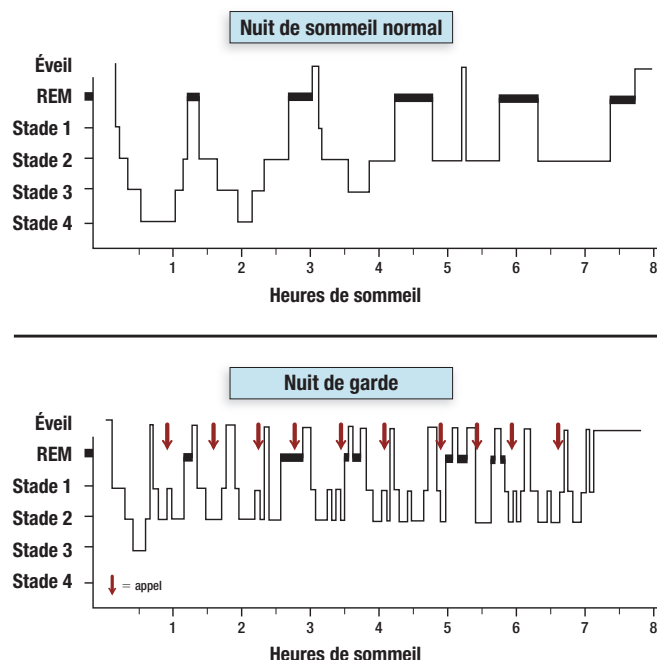
Le sommeil est un processus biologique actif, nécessaire à plusieurs fonctions restauratrices essentielles.

Le sommeil normal comporte de quatre à six cycles de quatre-vingt-dix à cent vingt minutes qui sont subdivisés en quatre stades de sommeil non paradoxal (dit NREM en anglais), suivis d'une période de sommeil paradoxal (dit REM en anglais). Durant les stades 1 et 2, le sommeil est plus léger, et nous sommes encore facilement réveillables. Les stades 3 et 4 constituent le sommeil à ondes lentes, ou profond, durant lesquels l'activité cérébrale ralentit et la récupération sur

La D^{re} Sandra Roman, omnipraticienne, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec et à la Direction de la santé publique de Laval. La D^{re} Suzanne Cummings, omnipraticienne, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec.

Figure

Hypnogrammes d'une nuit de sommeil normal et d'une nuit de garde



● L'hypnogramme du haut représente le sommeil normal chez l'adulte.

● L'hypnogramme du bas illustre une nuit type d'un résident de garde, réveillé à plusieurs reprises par son téléavertisseur. On observe un sommeil fragmenté, pauvre en sommeil à ondes lentes de stades 3 et 4 et en sommeil paradoxal.

Adapté de : Groupe de travail de l'American Academy of Sleep Medicine. *Sleep, Alertness and Fatigue Education in Residency (SAFER Program)*. Westchester : AASM ; 2006. Reproduction autorisée.

le plan physique se produit. Durant le sommeil paradoxal, le tonus musculaire est quasi absent alors que l'activité corticale est élevée. C'est pendant cette période que surviennent la majorité des rêves. Ce stade est associé à la restauration des processus cognitifs. On trouve une plus grande quantité de sommeil à ondes lentes en début de nuit et plus de sommeil paradoxal au petit matin.

Comme le montre la figure, on constate que lorsque le sommeil est écourté ou fragmenté par le téléavertisseur, par le téléphone ou par un bébé qui ne fait pas

ses nuits, nous nous privons d'une récupération optimale des fonctions physiques et cognitives⁶.

Les experts en médecine du sommeil affirment que les adultes ont besoin de six à dix heures de sommeil par 24 heures, soit un peu plus de huit heures par nuit en moyenne⁶⁻⁸. Ils s'entendent pour dire que, malgré les différences individuelles, dormir moins de cinq heures est insuffisant⁶⁻⁹. Contrairement à ce que l'on croit souvent, les besoins en sommeil sont établis génétiquement et ni l'entraînement, ni l'habitude, ni la motivation ne peuvent y changer quoi que ce soit.

De plus, les besoins en sommeil ne diminuent pas avec l'âge. C'est plutôt la quantité et l'architecture du sommeil qui changent de façon considérable. Dès l'âge de 45 ou 50 ans, les périodes de sommeil de stades 3 et 4 raccourcissent, et le sommeil devient moins bien consolidé. Ce phénomène explique pourquoi, avec le temps, il est plus difficile de récupérer d'une garde et de tolérer le travail de nuit.

Rythmes circadiens

En plus du sommeil insuffisant ou de mauvaise qualité, les perturbations des rythmes circadiens engendrées par les horaires atypiques peuvent aussi causer de la fatigue. Les humains possèdent une horloge interne, située dans l'hypothalamus, qui assure la régulation de plusieurs fonctions physiologiques, telles que la température basale, la sécrétion hormonale ainsi que les cycles veille-sommeil.

Sur une période de 24 heures, tout comme la température corporelle, la performance cognitive fluctue aussi. Nous sommes plus alertes entre 9 et 13 heures, alors qu'entre 3 et 7 heures du matin, période du creux circadien, nous sommes programmés pour le sommeil. Durant cette période, notre vigilance diminue, et nous devenons vulnérables aux erreurs. D'ailleurs, des études ont indiqué des taux plus élevés d'incidents techniques, de piqûres accidentelles et d'erreurs d'administration des médicaments la nuit¹. Il se produit une autre baisse de la performance, moins marquée toutefois, en fin d'après-midi, ce qui explique le « coup de barre » que nous ressentons parfois à ce moment.

Les rythmes circadiens sont synchronisés par l'en-

Les experts en médecine du sommeil affirment que les adultes ont besoin de six à dix heures de sommeil par 24 heures, soit un peu plus de huit heures par nuit en moyenne.

Repère

vironnement et sont très résistants au changement, c'est pourquoi le travail de nuit est si exigeant. Les experts estiment d'ailleurs que même ceux qui ont un travail régulier de nuit ne s'y adaptent jamais complètement. Le sommeil de jour est généralement de plus courte durée et contient moins de sommeil à ondes lentes de stades 3 et 4 et de sommeil paradoxal¹⁰.

Quels sont les effets du manque de sommeil ?

Le manque de sommeil détériore progressivement l'humeur, ce qui se manifeste souvent par de l'irritabilité ainsi que par une baisse d'initiative et de motivation. Il peut devenir plus difficile de maîtriser ses émotions, ce qui peut donner lieu à des sautes d'humeur ou à des conflits avec les proches, les collègues ou même les patients.

Sur le plan cognitif, on notera d'abord une augmentation des erreurs par omission : les trous de mémoire, les « petits oublis », les erreurs de transcription et les autres erreurs d'inattention que nous « rattrapons » heureusement en général.

Cependant, plus la fatigue perdure, plus le raisonnement et le jugement risquent d'être touchés, ce qui peut mener à des erreurs plus importantes⁹. On sait aussi que le manque de sommeil produit une fluctuation des capacités cognitives. Selon David Dinges, chercheur sur le sommeil et la chronobiologie, un sujet en déficit de sommeil commence bien une tâche, mais sa performance décline lorsque la cadence augmente. Sa pensée devient plus rigide, et il s'entête à utiliser des stratégies inefficaces plutôt que d'envisager d'autres solutions. L'effet du stress peut temporairement masquer ces déficits. Par exemple, un médecin peut très bien répondre à une urgence, mais négliger d'annoter une information cruciale au dossier du patient^{11,12} !

Une étude a même révélé que la dégradation de la performance psychomotrice après une période de 24 heures sans sommeil équivaut à la baisse que l'on trouve chez les sujets ayant une alcoolémie de 0,1 %^{16,13}.

Soulignons que l'importance de l'atteinte cognitive est tout aussi marquée en cas de manque de sommeil

Tableau

Dix signes de fatigue à reconnaître⁶

- Irritabilité
- Baisse d'empathie
- Somnolence en fin d'après-midi
- Endormissement dès que la tête touche l'oreiller*
- Somnolence pendant les conférences, au cinéma, etc.
- Trous de mémoire, erreurs d'inattention
- Besoin de vérifier son travail
- Difficulté de concentration, ralentissement cognitif
- Distraction au volant
- Mauvaise coordination, tendance aux accidents

* Le temps de latence précédant l'endormissement est normalement de dix à vingt minutes. S'il est inférieur à cinq minutes, il peut être associé à certaines maladies du sommeil ou... à un déficit de sommeil !

chronique. Dans une étude visant à mesurer les répercussions d'un déficit chronique de sommeil, les chercheurs ont trouvé que dormir seulement six heures par nuit durant quatorze nuits consécutives produit un effet semblable sur certaines fonctions cognitives qu'une nuit complète sans dormir¹⁴ ! La même étude, à l'instar de plusieurs autres, a aussi montré une dissociation progressive entre l'évaluation subjective des déficits et la performance réelle. En d'autres mots, plus nous sommes en déficit de sommeil, plus nous surestimons nos capacités réelles¹² ! Le tableau énumère les dix signes de fatigue à reconnaître.

Que pouvons-nous faire ?

Pour contrer la fatigue chez les médecins, il n'existe pas de recette miracle : le meilleur remède au manque de sommeil reste encore... le sommeil !

À faire

- Acquérir de bonnes habitudes de sommeil. Des heures régulières de lever et de coucher lorsque c'est possible, une routine présommeil et un environnement confortable sont autant de moyens simples pour favoriser un meilleur sommeil.
- Prévenir le déficit de sommeil. Idéalement, on devrait

Une étude a révélé que la dégradation de la performance psychomotrice après une période de 24 heures sans sommeil équivaut à la baisse que l'on trouve chez les sujets ayant une alcoolémie de 0,1 % !

Repère

Encadré 1

Quelques détails sur la sieste^{2,6,8}

Quand faire une sieste ?

- ☉ Avant une période où l'on sait que l'on dormira moins, **avant une garde de nuit** par exemple, ce qui permet d'augmenter la vigilance et la performance. On peut faire une sieste autour de 15 heures au moment du creux circadien d'après-midi⁸.
- ☉ **Après une période de travail prolongée**, pour compenser un déficit de sommeil.

Pendant combien de temps ?

- ☉ **Courte sieste** : Si on est susceptible d'être réveillé brusquement pour répondre à une urgence, la sieste ne devrait pas dépasser de trente à quarante minutes de manière à nous permettre d'éviter l'inertie du sommeil (désorientation cognitive temporaire survenant lorsqu'on se fait réveiller durant une période de sommeil profond).
- ☉ **Longue sieste** : Une sieste de deux heures permet de bénéficier d'un cycle complet de sommeil.

tenter de respecter ses besoins de sommeil et profiter des jours de congé pour récupérer, soit par des siestes ou par des périodes de sommeil prolongées.

- ☉ Dormir un peu plus longtemps avant une période anticipée de manque de sommeil.
- ☉ Planifier du temps pour récupérer après une garde et demander à ses proches de respecter ce précieux temps de récupération. Selon les experts, deux ou trois nuits de sommeil prolongé suffisent pour récupérer d'une nuit blanche.
- ☉ Faire de l'exercice régulièrement. En plus de tous ses bienfaits connus, l'activité physique améliore la qualité du sommeil.
- ☉ Faire des siestes. Ces dernières représentent une des interventions les plus simples et les plus efficaces pour prévenir ou compenser le manque de sommeil (*encadré 1*).
- ☉ Employer la caféine de façon stratégique. Stimulant le plus utilisé dans le monde, la caféine peut en effet améliorer temporairement la vigilance à condition d'être prise de manière stratégique, notamment durant les périodes plus vulnérables, soit les **creux circadiens** (entre 13 et 16 heures et surtout

Encadré 2

Un mot sur le travail de nuit^{10,13}

- ☉ Travailler tard le soir ou la nuit demeurera toujours un défi en médecine. Par contre, on peut optimiser son horaire en appliquant des stratégies mieux adaptées à la physiologie du sommeil.
 - ☉ **La meilleure séquence** : Jour → Soir → Nuit. C'est celle qui respecte le mieux nos rythmes circadiens qui tendent naturellement à s'allonger d'une heure par jour.
 - ☉ **La pire séquence** : Jour → Nuit → Soir. Cette séquence est la plus antiphrisologique. Le nombre idéal de nuits consécutives ? Une seule ou deux tout au plus, puis au moins une journée de congé pour récupérer.
- ☉ Consommer de la caféine en première moitié de nuit seulement pour éviter de faire de l'insomnie une fois la garde terminée. Envisager de faire une courte sieste avant de prendre le volant.
- ☉ Au retour à la maison après un travail de nuit, il est suggéré de porter des lunettes solaires afin d'éviter de trop s'exposer à la lumière du jour.
- ☉ Pour favoriser le sommeil pendant le jour, il faut obscurcir la pièce, utiliser les bouchons d'oreille au besoin, éteindre son cellulaire et son téléavertisseur.

entre 3 et 7 heures du matin si l'on est au travail). L'effet de la caféine se fait sentir au bout de quinze à trente minutes et peut durer de trois à quatre heures. Une quantité de 100 mg à 200 mg suffit (environ 7 onces de café filtre). Attention toutefois ! La consommation excessive de caféine peut produire des effets indésirables, tels que des tremblements, des palpitations, de l'anxiété et de la difficulté à s'endormir au moment voulu.

À éviter

- ☉ L'exercice vigoureux, les repas lourds et le café sont à éviter de deux à trois heures avant l'heure du coucher.
- ☉ De même, répondre à ses courriels ou toute autre activité intellectuellement stimulante sont aussi à bannir juste avant d'aller au lit.
- ☉ Attention à l'alcool ! Souvent utilisé à tort comme « sédatif », l'alcool peut induire plus facilement le sommeil, mais en perturbe l'architecture en entraînant des réveils fréquents.

Pour contrer la fatigue chez les médecins, il n'existe pas de recette miracle : le meilleur remède au manque de sommeil reste encore... le sommeil !

Repère

Bien que certaines études aient révélé que la mélatonine pouvait aider les voyageurs à s'adapter plus rapidement au décalage horaire, celles qui ont été effectuées chez le personnel médical n'ont pas montré qu'elle améliore la qualité du sommeil ou l'adaptation au travail de nuit^{7,15} (encadré 2).

Les stimulants du système nerveux central, comme les amphétamines, utilisés pour augmenter la vigilance et la performance, sont à proscrire. Ils présentent un risque d'abus et de dépendance élevé et n'ont aucune place dans le traitement de la fatigue résultant d'un manque de sommeil¹⁵.

Vous avez suggéré quelques lectures à votre collègue. Vous la recroisez quelques semaines plus tard. Elle vous semble reposée et vous confirme qu'elle va beaucoup mieux. Elle a réaménagé son horaire à l'urgence de façon à mieux récupérer après ses gardes de soir et de nuit et fait maintenant des siestes avant de travailler de nuit. Elle n'utilise plus ses lendemains de garde pour ses rendez-vous et pour ses courses, mais plutôt pour le repos. Elle s'est aussi remise à l'exercice, ce qui a eu pour effet d'améliorer la qualité de son sommeil qu'elle avait plus léger depuis quelques années. Vous vous dites que vous devriez probablement en faire autant !

MÊME SI LES PREUVES SCIENTIFIQUES montrent clairement les effets du manque de sommeil, nous discutons rarement de cette réalité en médecine. Alors que l'industrie a depuis longtemps mis en place des normes strictes en ce qui a trait aux horaires et aux heures de repos, le monde médical semble au contraire bien souvent nier le problème et entretient même certains mythes valorisant l'excès de travail au détriment des besoins physiologiques de base !

Pourtant, il est essentiel que nous reconnaissons l'importance du sommeil. Bien que la fatigue ne puisse être complètement éliminée dans la pratique médicale, elle peut certainement être mieux gérée. 📖

Date de réception : 8 avril 2009

Date d'acceptation : 5 mai 2009

Les D^{res} Sandra Roman et Suzanne Cummings n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

- Howard SK, Rosekind MR, Katz JD et coll. Fatigue in anesthesia: implications and strategies for patient and provider safety. *Anesthesiology* 2002 ; 97 (5) : 1281-94.

Summary

Fatigue in medicine, time to wake up to the issue! Fatigue due to sleep deprivation is a well recognized hazard in many non medical industries such as transportation, nuclear and the military. Yet, medicine still seems to lag behind in acknowledging basic physiological principles of human sleep requirements and the consequences of sleep deprivation. Lack of sleep affects job performance, cognition, physical and psychological well-being. These effects not only occur following acute sleep deprivation, but also after chronic partial sleep deprivation. This is commonplace for busy, overworked physicians, especially those working night shifts or regularly on call. Fortunately, effective countermeasures for prevention of sleep deprivation do exist and need to be better known by physicians. The issue of physicians fatigue must be regarded for the hazard it represents, while our medical profession needs to better consider this issue and promote these and other innovative strategies.

- Howard SK. Sleep deprivation and physician performance: why should I care? *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2005 ; 18 (2) : 108-12; discussion 112-3.
- Eddy R. Sleep deprivation among physicians. *BC Medical Journal* 2005 ; 47 (4) : 177-80.
- Gaba DM, Howard SK. Patient safety: fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med* 2002 ; 347 (16) : 1249-55.
- Weinger MB, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA* 2002 ; 287 (8) : 955-7.
- Groupe de travail de l'American Academy of Sleep Medicine. *Sleep, Alertness and Fatigue Education in Residency (SAFER Program)*. Westchester : AASM ; 2006. Site Internet : www.aasmnet.org (Date de consultation : janvier 2009).
- Jha AK, Duncan BW, Bates DW. Fatigue, Sleepiness, and Medical Errors. Chapitre 46. Dans : Shojania KG, Duncan BW et coll. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality ; 2001. Site Internet : www.ahrq.gov/Clinic/ptsafety/chap46a.htm (Date de consultation : février 2009).
- Veasey S, Rosen R, Barzansky B et coll. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA* 2002 ; 288 (9) : 1116-24.
- Ramsay MA. Physician fatigue. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2000 ; 13 (2) : 148-50.
- Health Policy and Economic Research Unit. *Health and safety problems associated with doctors' working patterns*. Londres : British Medical Association ; 1999. pp. 3-8.
- Lamberg L. Long hours, little sleep: bad medicine for physicians-in-training? *JAMA* 2002 ; 287 (3) : 303-6.
- Durmer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Semin Neurol* 2005 ; 25 (1) : 117-29.
- Ward ME, Bullen KE, Charlton JE et coll. *Fatigue and Anesthetists*. Londres : Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland ; 2004. pp. 8-20.
- Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM et coll. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep* 2003 ; 26 (2) : 117-26.
- Nelson D. Prevention and treatment of sleep deprivation among emergency physicians. *Pediatr Emerg Care* 2007 ; 23 (7) : 498-503.



Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi

Claude Johnson

Voici une histoire vraie ! Le D^r Jonathan Drummond-Webb était une étoile montante de la chirurgie cardiaque pédiatrique. Diplômé des plus prestigieuses universités, il a occupé des postes de hautes responsabilités et a été titulaire d'une chaire en chirurgie cardiaque pédiatrique et congénitale. Un lendemain de Noël, après quelques années de réussite professionnelle, il s'est suicidé. Il avait 45 ans. Est-ce que les traits de personnalité du D^r Drummond-Webb auraient contribué à son décès ?

NOUS VIVONS DANS UNE SOCIÉTÉ qui aime et valorise l'excellence, particulièrement en médecine. Nous félicitons et admirons nos collègues qui accomplissent des performances exceptionnelles. Les médecins ont certains traits de personnalité qui leur permettent de faire un travail d'une très grande qualité, et c'est très bien ainsi.

Cependant, s'il est important de reconnaître et de gratifier les médecins qui, avec beaucoup d'efforts et d'acharnement, ont réalisé de très grandes choses, il semble impératif de s'interroger sur les conséquences de cette quête et de cette démonstration continuelle d'excellence.

Le médecin perfectionniste a besoin d'être ou de paraître parfait. Il est persévérant, minutieux et organisé. Il entretient des normes parfois irréalistes et a tendance à se juger et à juger son entourage en cas d'échec.

Selon les chercheurs canadiens en psychologie Paul Hewitt et Gordon Flett¹, la personnalité est à l'origine de plusieurs problèmes de santé découlant du

stress¹. Le perfectionnisme est l'un des traits de personnalité qui rend l'individu très vulnérable et le moins apte à composer avec le stress.

J'aimerais bien, dans ces quelques pages, aider les médecins perfectionnistes à cesser de se culpabiliser et leur permettre, au contraire, de cultiver tous les avantages de ce trait de personnalité. Peut-être qu'en comprenant nos modes de fonctionnement, nous allons apprendre à vivre mieux et plus heureux...

Existe-t-il une personnalité type ?

Les gens choisissent la médecine pour différentes raisons. L'intérêt pour les sciences, le désir d'aider les autres ou l'influence d'un membre de la famille en sont souvent les principales. Dans d'autres cas, c'est plutôt le statut social, le prestige ou le besoin de s'accomplir dans la vie qui motive le choix. Quel que soit le motif initial, il est certain qu'une habileté intellectuelle est nécessaire pour entrer en médecine. À cela s'ajoute une motivation importante qui permet d'accomplir les études médicales et, par la suite, de travailler pendant les nombreuses heures demandées.

Les médecins sont bien sûr tous différents. Cependant, certaines caractéristiques se retrouvent plus fréquemment chez eux que dans la population générale.

La D^{re} Claude Johnson, anesthésiste, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ).

Le perfectionnisme, qui existe aussi dans plusieurs professions, est un trait de personnalité très répandu chez les médecins.

Repère

Encadré

Le syndrome de l'imposteur

Vous avez plutôt bien réussi. On vante vos talents et vos compétences. Vos collègues et vos patients sont satisfaits de votre travail. Malgré tout, vous avez constamment l'impression de tromper les autres. Ils vont bien finir par se rendre compte que vous ne connaissez rien, que vous n'êtes pas aussi compétent que vous en avez l'air. Ce phénomène est assez courant. Le doute chronique n'est pas seulement en rapport avec ce que l'on fait, mais l'est aussi avec qui l'on est. La personne souffrant du syndrome de l'imposteur a du mal à s'attribuer les mérites de sa réussite. Elle pense avoir réussi par chance, et non en raison de son intelligence ou de son talent. Elle croit que tôt ou tard, elle sera démasquée.

Le perfectionnisme, qui existe aussi dans plusieurs professions, est un trait de personnalité très répandu chez les médecins. Nous allons voir comment cette caractéristique peut à l'occasion se retourner contre eux.

D'où vient le perfectionnisme ?

Le perfectionnisme, qui nous pousse vers l'excellence, est très encouragé et valorisé par la société, particulièrement en médecine. Toutefois, il y a une différence entre vouloir exceller et vouloir être parfait.

La quête de la perfection peut se révéler douloureuse, car elle est souvent engendrée à la fois par le désir de bien faire et par la peur des conséquences d'une erreur. Donc, cette quête de la perfection n'est pas toujours aussi souhaitable qu'on le croit.

Naissons-nous perfectionnistes ?

Depuis plusieurs années, la controverse fait rage sur l'origine de la personnalité. D'innombrables recherches scientifiques tendent à prouver que beaucoup de traits de personnalité sont en fait hérités de nos ancêtres. Les théories suggèrent que la personnalité de l'enfant est ensuite lentement façonnée par son interaction avec ses parents et les autres personnes importantes de sa vie².

L'influence des parents

Beaucoup de perfectionnistes ont été élevés par des parents qui, directement ou non, leur faisaient comprendre qu'ils n'étaient pas à la hauteur. Enfants,

ils recevaient des messages ambigus qui mêlaient les éloges et les critiques, comme « C'est bien, mais je suis sûr que tu peux faire mieux (autrement dit, tu n'es pas à la hauteur) ». Le travail clinique avec des médecins perfectionnistes révèle souvent qu'ils avaient la conviction durant l'enfance de n'avoir pas suffisamment de valeur ou de n'être pas assez aimés. La poursuite de la perfection serait une façon de réagir à une faible estime de soi.

L'influence de l'environnement

La culture médicale encourage le perfectionnisme, ce qui contribue à l'ancrer plus profondément. Dans notre rôle de soignant, nous avons l'impression de vivre dans un milieu qui exige de nous la perfection, ce qui nous met énormément de pression. « Les médecins doivent exercer une médecine exemplaire, sous peine d'être poursuivis³ ». La médecine légale renforce l'idée qu'il doit y avoir un responsable en cas de complications. Certaines maladies ne peuvent être guéries, et certaines complications ne peuvent être évitées. On comprend donc l'anxiété qui peut découler de la crainte de commettre une erreur.

Le perfectionnisme se présente sous différentes formes. En gros, il y a le perfectionnisme orienté vers soi, qui consiste à se demander à soi-même la perfection. Il y a celui qui est orienté vers les autres et qui consiste à demander la perfection aux gens qui nous entourent². Chaque type de perfectionnisme apporte son lot de problèmes, et une combinaison de ces deux formes est souvent présente chez une même personne.

Dans les deux cas, les perfectionnistes font face fréquemment à la même situation : leurs attentes sont trop élevées et impossibles à concrétiser sans qu'eux-mêmes ou les autres n'y laissent des plumes.

Dans le perfectionnisme orienté vers soi, la personne aura plus souvent tendance à se remettre en question et à douter d'elle-même. Le manque de confiance qui incite à la prudence peut également empêcher de faire part aux autres de ses idées les plus originales de peur qu'elles ne soient rejetées ou que les collègues les critiquent. En se taisant, elle risque toutefois de demeurer seule dans son coin².

Si vos critères sont trop élevés, cela aura comme effet de ralentir la progression du travail, voire d'être

un obstacle pour le respect du délai fixé. Une certaine procrastination peut même s'installer, la tâche étant perçue comme une montagne infranchissable. Cette situation peut conduire à des échecs, simplement parce que le souci du détail vous ralentit outre mesure, vous empêchant de terminer le travail à temps. *Les arbres vous font-ils oublier la forêt?* Vous pouvez aussi souffrir du syndrome de l'imposteur⁴ (encadré).

À l'opposé, **dans le perfectionnisme orienté vers les autres**, la personne est plus souvent déçue du comportement des gens qui l'entourent que du sien, ce qui l'exaspère. Elle occupe un poste de vérificateur de la qualité et ne parvient pas à oublier ce rôle en dehors des heures de travail. Cette tendance peut rendre ses relations avec son entourage très épineuses, car les collègues de travail ou les membres de sa famille ne sont jamais à la hauteur. Certains actes des autres la blessent ou la déçoivent. Il est possible qu'elle attende plus des autres que ce qu'ils peuvent raisonnablement lui donner².

Les recherches semblent indiquer qu'en situation de stress, le perfectionniste orienté vers les autres est moins porté à la dépression ou à l'anxiété que le perfectionniste orienté vers soi¹. Il a toutefois plus de difficultés à s'entendre avec les autres, que ce soit à la maison ou au travail.

Pourquoi le perfectionnisme risque-t-il de causer plus de dommages en médecine que dans d'autres domaines?

Le problème est qu'on en demande toujours plus aux médecins sur le plan professionnel. Il faut en faire plus, plus vite, avec de moins en moins de ressources et constamment s'adapter à toutes sortes de changements. On ajoute à cela des vies personnelles qui sont souvent assez compliquées. En fin de compte, les horaires deviennent de plus en plus difficiles à gérer.

Le médecin constate aussi que plus il en fait, plus on en attend de lui. Et c'est vrai! En réaction aux pressions constantes du milieu, les médecins travaillants

qui ne se plaignent jamais se retrouvent souvent avec une tâche plus lourde. Les collègues savent qu'ils sont « capables d'en prendre », que le travail sera bien fait et que les patients seront satisfaits.

Le médecin a aussi tendance à remettre à plus tard les plaisirs et les vacances. Le temps passé à prendre soin de soi peut être interprété comme une négligence envers les patients. Et dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre médicale, il y aura toujours quelqu'un en attente de soins.

En plus de 20 ans de recherche, les psychologues Paul Hewitt et Gordon Flett ont observé que les perfectionnistes vivent constamment en état de stress, ce qui les rend sujets à des problèmes émotionnels, physiques et relationnels, dont la dépression, les troubles alimentaires, les conflits conjugaux et même le suicide¹. Ils ont aussi observé que les perfectionnistes étaient plus portés à la dépression lorsqu'ils devaient affronter des événements stressants, notamment ceux qui leur donnent l'impression de ne pas être à la hauteur de la situation.

On peut dire que les convictions des perfectionnistes ne peuvent aboutir qu'à la déception, étant donné que la perfection n'est pas de ce monde ou qu'elle est tout au moins difficile à atteindre.

Les répercussions émotionnelles du perfectionnisme sont légion : peur de commettre des erreurs, stress engendré par le désir de réussite, embarras provoqué à la fois par le manque de confiance en soi et le doute. À cela viennent s'ajouter la tension, l'exaspération, la déception, la colère, la tristesse et la crainte de l'humiliation. Voilà donc où risque de conduire le perfectionnisme à outrance. Nous sommes rendus loin de la recherche de l'excellence (tableau).

Les perfectionnistes sont toutefois souvent très appréciés au travail. Ils font d'excellents médecins, tant qu'ils ne s'égarent pas dans des détails qui leur font perdre du temps et les rendent moins efficaces. Ce sont de bons travailleurs. Leur attention aux détails est utile pour faire un bon diagnostic et prescrire le

Les perfectionnistes vivent constamment en état de stress, ce qui les rend sujets à des problèmes émotionnels, physiques et relationnels, dont la dépression, les troubles alimentaires, les conflits conjugaux et même le suicide.

Repère

Tableau

Le perfectionnisme devient un problème lorsque...

- il vous empêche de réussir ;
- il vous empêche d'être heureux ;
- vous manquez constamment de temps ;
- vous vous embourbez dans des détails qui ralentissent votre travail ;
- vous êtes incapable d'établir des priorités ;
- vous vivez dans la crainte de commettre des erreurs ou de subir des humiliations ;
- il provoque des dégâts émotionnels ;
- il provoque des tensions dans vos relations interpersonnelles.

meilleur traitement. Les normes perfectionnistes ont donc leur place. L'attention portée aux détails accroît la qualité finale du travail tandis que la bonne organisation augmente l'efficacité du service. En exigeant beaucoup de nous-mêmes, nous ne pouvons qu'améliorer notre rendement. En attendant beaucoup des autres, nous leur révélons notre confiance en leurs capacités et nous les encourageons. À condition de ne pas nous prendre dans notre propre piège.

La triade compulsive : un mal nécessaire ?

Dans *The physician as patient*, Myers et Gabbard nous parlent d'une triade compulsive fréquemment observée chez les médecins⁵. Il s'agit du doute chronique, du sentiment de culpabilité et du sens exagéré des responsabilités.

Un exemple de doute chronique que l'on voit souvent au PAMQ, ce sont ces médecins respectés de leurs collègues et de leurs patients, mais qui doutent encore de leurs compétences. Ils doutaient en début de carrière, et avec le temps, ils ont peur de ne plus être dans le coup.

Le doute en soi n'est pas nécessairement mauvais.

Il nous permet de corriger un diagnostic qui peut être erroné ou de réajuster un traitement qui s'avère inefficace. Le doute nous permet d'être plus méticuleux et nous empêche d'agir de façon impulsive ou de prendre trop vite de mauvaises décisions. Cependant, durant tous les stades de la carrière médicale, le bien-être du médecin peut être affecté par le doute chronique. Il aura de la difficulté à prendre des décisions en raison de sa crainte de faire des erreurs. Il pourra aussi développer une pratique médicale défensive, ce qui n'est pas nécessairement un avantage pour ses patients. Le doute chronique est un couteau à deux tranchants, car malgré le fait qu'il soit en général positif pour les patients, il est à l'origine d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente pour les médecins.

Quant au sentiment de culpabilité, il se trouve chez le médecin qui se croit responsable de n'importe quelle complication ou non-observance d'un traitement. Si son patient n'a pas fait ce qui était recommandé, c'est certainement parce qu'il ne lui a pas donné des instructions assez claires ou qu'il n'a pas assez insisté. Le médecin ne peut que faire des recommandations. Les patients ont aussi leur part de responsabilités et doivent collaborer dans l'application des traitements.

Il est normal de ressentir de la culpabilité à l'occasion. C'est nécessaire au développement et à l'application du jugement moral. C'est grâce à elle qu'on est capable d'avoir des regrets, de l'empathie et du respect pour les autres. On devrait se sentir coupable si on a délibérément eu le désir de faire du mal à autrui. Le problème est de ressentir de la culpabilité lorsqu'on est impuissant à changer la situation. Ce sentiment devient alors omniprésent et gâche la vie de tous les jours. On peut imaginer l'effet dévastateur d'une plainte ou d'une poursuite, fondée ou non, chez un médecin ayant ce trait de personnalité.

Pour ce qui est du sens exagéré des responsabilités, il est lié à la fois au doute chronique et au sentiment de culpabilité. Si un collègue vous dit : « J'ai

Le doute chronique est un couteau à deux tranchants, car malgré le fait qu'il soit en général positif pour les patients, il est à l'origine d'une anxiété chronique et d'une inquiétude permanente pour les médecins.

Repère

vu une de tes patientes à l'urgence. Elle est entrée en OAP ! ». Quel est votre premier réflexe ?

Pour plusieurs, ce sera « Qu'est-ce que j'ai fait de pas correct ? ». Le professionnalisme demande bien sûr un grand sens des responsabilités et une conscience éthique élevée. Cependant, certains médecins sont tellement consciencieux qu'ils s'en font parfois plus pour leurs patients que les patients eux-mêmes. Il faut aussi se rappeler qu'une grande part de la médecine est palliative, et que plusieurs complications ne peuvent être évitées.

Revenons au D^r Drummond-Webb

Ce brillant chirurgien cardiaque pédiatrique a malheureusement interrompu sa carrière en se suicidant. Heureusement, il s'agit d'un cas d'exception. Nous ne saurons jamais ce qui a réellement contribué au suicide du D^r Drummond-Webb. Mais un de ses collègues l'a décrit comme un homme hanté par ses faiblesses. Toutes ses réussites et ses accomplissements ne parvenaient pas à compenser ses occasionnelles tentatives infructueuses à sauver un enfant en détresse. Il ne se sentait jamais à la hauteur. Il est aussi possible qu'il ait eu des difficultés personnelles ou qu'il ait souffert d'une dépression non diagnostiquée. Cependant, le perfectionnisme et les remises en question du D^r Drummond-Webb sont des traits fréquemment observés chez les médecins et risquent d'être une source d'inquiétude même chez ceux qui ne deviendront jamais suicidaires.

LA RECHERCHE EFFRÉNÉE de la perfection est lourde de conséquences pour les médecins. Plusieurs entretiennent des attentes irréalistes et s'imposent des normes personnelles extrêmes. Le perfectionnisme ne correspond plus à la recherche de l'excellence, mais plutôt à la recherche de l'inatteignable, de l'inaccessible. Nous observons couramment une baisse de rendement chez les perfectionnistes. Certains en arrivent même à abandonner la médecine ou la clinique.

Des troubles de santé font fréquemment leur apparition avec les années. Ces médecins peuvent aussi développer des problèmes d'anxiété importants qui entraînent des difficultés de concentration. Leur travail devient plus pénible et moins efficace. En fin de

Summary

The dangers of perfectionism or how to become your own enemy. Did you know that perfectionism is a frequent personality trait among physicians? Scientific researches indicate that genetic predispositions are important in personality development. Afterwards, personality is being shaped by parenting and environment. Although perfectionism is useful in the achievement of a medical education and can prove to be an asset in patients care, it can also bring negative repercussions. Perfectionists are under constant stress, putting them at risk for emotional, physical and relational problems including depression, eating disorders, matrimonial conflicts and even suicide. Perfectionists' attitudes and behaviours are not easily modifiable. Problem awareness will help physicians take the appropriate measures to still provide good patient care while living a better life.

compte, c'est eux-mêmes et leur moral qui en subissent les conséquences.

Les attitudes et les comportements perfectionnistes ne se modifient pas toujours aisément. L'approche préventive la plus adéquate est en premier lieu de se rendre compte de l'aspect néfaste de ce trait de personnalité dans le contexte actuel de la pratique médicale, puis de prendre les mesures appropriées pour donner de bons soins et vivre mieux. 📶

Date de réception : 6 avril 2009

Date d'acceptation : 8 mai 2009

La D^{re} Claude Johnson n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Flett GL, Hewitt PL. *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment*. Washington, DC : American Psychological Association ; 2002. 464 p.
2. Ramirez-Basco M. *Ces gens qui sont perfectionnistes : Peuvent-ils être heureux ?* Montréal : Les Éditions de l'Homme ; 2009. 305 p.
3. Evans KG, Anderson GL. *Guide médico-légal à l'intention des médecins pratiquant au Canada*. 6^e éd. Ottawa : Association canadienne de protection médicale ; 2005. 47 p. Site Internet : www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/ml_guides/pdf/com_medico_legal_handbook-f.pdf (Date de consultation : mars 2009).
4. Graden J. *The Imposter Syndrome*. Bloomington : Xlibris Corporation Publisher ; 2009. 128 p.
5. Myers MF, Gabbard GO. *The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals*. Arlington : American Psychiatric Publishing ; 2008. 242 p.



Le stress décortiqué... ou comment sortir de la cage à hamster

Suzanne Cummings et Johanne Blais

Quel après-midi de misère ! Trois heures d'attente aux consultations sans rendez-vous ! C'est bien parce que mon collègue ne refuse jamais un remplacement que j'ai accepté de le dépanner ! Bon, un pouce qui saigne ! Voyons, où est l'infirmière ? Pas le temps de l'attendre. J'installe le patient pour lui faire ses points de suture, tout en stoppant le saignement. Il faut que je me dépêche, il y a tant de monde ! J'aurais dû manger avant d'arriver ; je commence à ressentir les effets de l'hypoglycémie. Tant pis, je devrai faire avec ! Concentre-toi... il faut déterminer si les tendons sont touchés. Ouf !

Si vous en aviez la possibilité, que voudriez-vous modifier dans cet après-midi ? Que pourriez-vous vraiment modifier ? Sur quoi a-t-on du pouvoir ? Voilà toute la question !

LE PRÉSENT ARTICLE A POUR ASPIRATION de vous amener à remettre en question votre regard sur les événements, vos convictions quant aux effets du stress et des agents stressants de votre vie professionnelle et personnelle, comme si vous exploriez un territoire avec *Google Earth* plutôt qu'avec *Google Map*.

D'abord, regardons la définition du mot stress selon le Dr Hans Selye : « Le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Les agents produisant le stress – appelés techniquement stressants – sont différents, mais produisent la même réponse biologique¹. » En d'autres mots, le cerveau reçoit tous les stimuli liés à la situation. Il les interprète comme une menace pour l'organisme, puis envoie un message aux glandes surrénales qui sécrètent alors des catécholamines. Ces dernières provoquent ensuite une réponse non spécifique du système nerveux autonome sympathique touchant tout l'organisme pour assurer la survie (*Fight or Flight*).

La Dr^e Suzanne Cummings, omnipraticienne, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec. La Dr^e Johanne Blais, médecin de famille, exerce au CHUQ, Hôpital Saint-François d'Assise, à Québec.

Le concept à retenir : les pensées créent la réponse physiologique du stress. Nous y reviendrons ultérieurement.

Maintenant, regardons pour un moment quels sont les agents stressants les plus connus chez le médecin². Ils sont de deux types : les **stressants externes**, provenant des structures liées à l'organisation du travail (*tableau I*) ou découlant des vies familiale et personnelle (*tableau II*), et les **stressants internes**, engendrés par la personne elle-même (pensées, interprétations, croyances, préjugés, etc.).

À la lecture du cas clinique présenté au début de l'article, vous avez sûrement déjà repéré quelques stressants.

Comment composer avec les stressants externes ?

Les stressants externes liés à l'organisation du travail dans la profession médicale sont nombreux (*tableau I*). Comme beaucoup de situations ne peuvent être maîtrisées et que le pire scénario pour un médecin est souvent celui sur lequel il n'a pas d'emprise, ces situations deviennent des stressants².

Cet article vise donc à remettre en question la perception qu'ont les médecins de ce manque de pouvoir³. Rappelons-nous que ce sont les pensées qui déclenchent

Le concept à retenir : les pensées créent la réponse physiologique du stress.

Repère

Tableau I**Agents stressseurs externes liés à la pratique médicale^{2,4,5}**

- 🌀 Surcharge de travail
- 🌀 Crainte de l'erreur médicale et des poursuites possibles
- 🌀 Alourdissement des cas dans les cliniques, les hôpitaux ou les urgences
- 🌀 Manque de ressources
- 🌀 Complexification des connaissances, peur de ne pas tenir à jour ses compétences
- 🌀 Multiples restructurations du système de santé
- 🌀 Alourdissement de la gestion des dossiers médicaux par les demandes d'informations répétées des compagnies d'assurances et des gouvernements
- 🌀 Niveau élevé de responsabilités au travail
- 🌀 Conflits organisationnels avec les pairs
- 🌀 Conflits intergénérationnels entre médecins
- 🌀 Risques de contracter certaines maladies (sida, SARS, tuberculose, etc.)
- 🌀 Attente trop longue des patients pour l'accessibilité aux soins

la cascade endocrinienne (catécholamines) du stress dans notre corps. Non, nous n'allons pas tenter de vous apprendre à regarder la vie avec des lunettes roses. Nous ne vous ferons certainement pas un tel affront, car certaines situations sont et resteront aberrantes !

Toutefois, nous tenterons de vous aider à poser un regard différent sur la situation stressante, par exemple à déceler la partie du stressseur sur laquelle vous n'avez pas d'emprise et celle sur laquelle vous en avez. En général, « 98 % d'un agent stressseur ne peut être maîtrisé, mais il reste 2 % sur lequel nous pouvons agir. Or, nous allons souvent tenter de maîtriser le 98 % qui ne peut l'être³ ! » Tentons de nous accommoder de ce que nous ne pouvons changer et concentrons-nous sur ce qui peut l'être ! De plus, n'oublions pas que notre vie personnelle a aussi un grand rôle à jouer sur notre degré de stress.

Certains agents stressseurs externes peuvent être di-

Tableau II**Agents stressseurs externes liés à la vie familiale et personnelle^{2,4,5}**

- 🌀 Problèmes à la maison avec le conjoint (absence reprochée)
- 🌀 Problèmes avec un ou des enfants
- 🌀 Parents qui vieillissent et qui demandent plus de temps
- 🌀 Problèmes financiers
- 🌀 Maladies ou problèmes de santé mentale
- 🌀 Manque de sommeil
- 🌀 Mauvaises habitudes de vie, abus d'alcool ou d'autres substances
- 🌀 Antécédents familiaux de maladies mentales

minués selon l'importance que nous leur accordons (*tableau II*). Par exemple, nous pouvons décider de donner plus de temps à la famille en refusant de participer à un « autre » comité hospitalier. Priorisons nos choix en fonction de nos valeurs !

Apprenons à « classer en deux, quand cela est possible, les activités qui nous sont proposées :

- 🌀 NON, cela ne m'intéresse pas ou OUI, cela m'intéresse.
- 🌀 ENSUITE, vient la partie la plus difficile : choisir, parmi les activités auxquelles nous avons répondu OUI, celles qu'il faut refuser par manque de temps !
- 🌀 Il faut prioriser celles qui nous redonnent de l'énergie et nous ressource³. »

Nous reviendrons aux stressseurs externes personnels dans la section sur le coffre à outils qui nous permettra de mieux connaître nos valeurs, nos priorités et nos besoins.

Abordons maintenant l'univers des stressseurs internes (pensées, interprétations, croyances, préjugés, etc.). Ce sont probablement les plus sournois et ceux qui font le plus de dommages chez le médecin !

Que peut révéler l'autopsie d'un stressseur interne ?

Allons voir ce qui se cache dans notre cage à ham-

Les stressseurs externes liés à l'organisation du travail dans la profession médicale sont nombreux. Comme beaucoup de situations ne peuvent être maîtrisées et que le pire scénario pour un médecin est souvent celui sur lequel il n'a pas d'emprise, ces situations deviennent des stressseurs.

Repère

ster. Nous évaluons une situation par le filtre de nos perceptions, aussi appelé notre discours intérieur. Ce dernier est enrichi de toutes nos expériences vécues, diversifiées dans leurs contenus cognitif, affectif et sensoriel. Ces contenus pourront provenir de différentes étapes de notre passé, en remontant jusqu'à notre enfance (où se situe la pensée « hamster », nommée plus élégamment « notre Historien »).

Notre dépendance totale et notre besoin d'être materné et aimé lorsque nous sommes enfants, nous ont amenés à faire des raisonnements et des déductions parfois simplistes et centrés sur nous-mêmes par peur et par réaction de survie (Ex. : Pourquoi passe-t-il près de moi rapidement sans me regarder ? Est-il fâché contre moi ?).

Notre intuition découle de toutes ces couleurs de notre passé tandis que notre cognition fait ses équations en fonction de notre éducation et de notre expérience pour nous permettre de décoder la situation actuelle.

Notre discours intérieur crée notre perception d'une situation. Cette perception devient donc **notre** réalité (ce que nous voyons et ressentons). Si nous y ajoutons notre personnalité perfectionniste, notre discours intérieur risque de se transformer en tyran intérieur.

La D^{re} Mamta Gautam, une psychiatre d'Ottawa qui traite beaucoup de médecins, nous rappelle « qu'en interprétant une situation uniquement en fonction de notre Historien, nous utilisons 90 % de nos capacités créatrices en les passant à travers le filtre de nos vieux réflexes de survie et il ne restera que 10 % pour vraiment voir la situation ou le problème en totale disponibilité de notre attention au présent³. »

Imaginons une réunion d'équipe où chaque participant a ses exigences, ses fragilités, ses désirs d'être reconnu et entendu et ses lectures des réactions non verbales des collègues interprétées par son Historien. C'est notre réalité de tous les jours !

Pistes de solution

Voici quelques pistes de solution² pour être moins otage de son monologue intérieur :

- ☉ Faire un certain travail personnel pour connaître son Historien, afin de le repérer quand il apparaîtra et de l'enlever doucement du chemin lorsque sa présence ne sera pas appropriée.
- ☉ Cesser de voir la situation en se prenant comme

Encadré

Regardons où le tyran se manifeste

- ☉ L'Historien, les exigences démesurées envers soi-même et la peur d'être mal jugé ont constitué un poison sournois qui a forcé le médecin à accepter ce remplacement de garde qu'il ne souhaitait pas (je lui dois bien cela, etc.).
- ☉ Le médecin présume qu'il n'a pas le temps de trouver l'infirmière et commence l'examen seul en s'exposant à des risques et à des erreurs (exigences démesurées de performance, sentiment d'être le seul responsable de l'attente).
- ☉ Le médecin n'a pas respecté ses besoins fondamentaux (soi-disant par manque de temps) : manger avant d'aller faire une garde, c'est l'évidence même !
- ☉ Ses exigences personnelles et la lourdeur de la demande le forcent à travailler à un rythme qui ne semble pas être le sien par respect pour les patients qui attendent : conflit de loyauté entre ses normes élevées pour les patients et le respect de ses besoins et de ses capacités. Qui a gagné ? Personne, car il y a un risque d'erreur et un coût humain à payer pour le médecin.

point de référence. Tenter de la regarder du point de vue d'un observateur (*Google Earth*) afin d'en avoir une autre perspective.

- ☉ Cesser de se juger et d'exiger de soi la perfection – faire preuve d'autant d'empathie et de compassion pour soi que pour ses patients⁴.
- ☉ Cesser d'intellectualiser ses problèmes³ (clivage pour se protéger ou *brain-heart gap*). Rester connecté en allant vers le pratique et le concret, ce sur quoi on a du pouvoir (voir la section sur le coffre à outils plus loin).
- ☉ Lâcher la culpabilité ! C'est une émotion qui empêche de faire des choix pour soi-même³.
- ☉ Se donner chaque jour des transfusions d'humour et de plaisir !
- ☉ Ne pas oublier ses employés !

Revenons à notre scénario catastrophe du début et regardons où le tyran intérieur opère (*encadré*).

Que contiendra votre coffre à outils ?

Cette partie de l'article sollicitera votre participation. En effet, en parcourant lentement les informations, les suggestions et les réflexions suivantes, vous allez créer **votre** propre coffre à outils en fonction de l'évaluation de **votre** situation personnelle et professionnelle.

Tableau III

Énoncés et réflexions pour guider mes choix de vie

Alimentation

- Il ne faut pas sauter de repas au travail. Il faut manger cinq portions de fruits et de légumes par jour. Quand je suis fatigué, est-ce que je mange trop ? Pas assez ?^{3,7}

Exercice physique

- C'est un des premiers éléments qui disparaît quand le médecin glisse vers le surmenage, alors que c'est un outil précieux pour le combattre !

Sommeil

- Nous sommes programmés génétiquement pour un nombre d'heures de sommeil donné. Quel est le mien ? Est-ce que je le respecte le plus souvent possible ? Est-ce que je m'occupe de mon déficit de sommeil ? (voir l'article intitulé : « La médecine, c'est pas reposant », dans ce numéro).

Besoins affectifs

- Est-ce que je respecte mes besoins et mes valeurs dans les décisions que je prends ?

Alcool

- Quelle est ma consommation par jour et par semaine = ?
- Consommation modérée⁶ :
Homme : 2 verres/jour, 14/semaine
Femme : 2 verres/jour, 9/semaine
- Il faut s'abstenir de consommer pendant 48 heures consécutives chaque semaine pour éviter la dépendance

Vacances

- Les périodes de vacances sont essentielles, que ce soit à la maison ou à l'extérieur du pays³.
- Une fois les vacances terminées, la planification des prochaines devrait déjà commencer !

Humeur

- Le travail est le dernier endroit où le médecin en difficulté laissera paraître des symptômes comme l'irritabilité, les retards, la procrastination et l'isolement.
- Est-ce que je suis moins efficace qu'avant ?
- Est-ce que je prends plus de temps qu'avant pour faire la même chose ?
- Suis-je souvent irritable ?
 - Avec mon personnel ?
 - Avec les patients ?

Vie sociale

- L'isolement est un **signal de détresse**.
- Ne pas rappeler ses amis parce qu'on est trop coincé dans son horaire et qu'on ne sait pas quoi leur répondre quand ils nous invitent à un souper ou à une sortie = **pelleteur en avant** les conflits, les situations problématiques et les rendez-vous personnels, car tout cela devient trop compliqué à insérer dans son horaire.

Loisirs

- Toute forme d'activité autre que le travail devient un outil de prévention de l'épuisement professionnel^{1,2} (voir la section sur le coffre à outils).

Finances

- Est-ce que je perds la maîtrise de ma marge de crédit quand je suis stressé ou trop fatigué ?

Vie familiale

- C'est le **premier** endroit où apparaissent les signaux d'alarme chez le médecin.
- Les situation suivantes sont possibles : rendez-vous ratés, retards, irritabilité, consommation d'alcool ou d'une autre substance pour se relaxer et isolement.

Vie personnelle

- Il faut passer du temps **seul avec soi-même**, sans responsabilité, sans avoir à prendre soin de quelqu'un d'autre^{2,4} (cellulaire, ordinateur de poche et téléavertisseur devraient être fermés).
- Il faut prévoir à son horaire une journée par mois ou une soirée par semaine pour un rendez-vous avec soi.

Connaître ses signaux d'alarme

En parcourant le *tableau III*, terreau d'énoncés et de réflexions, et en incluant les idées mentionnées au point précédent, notez ceux que vous ressentez comme des signaux d'alarme et qui vous interpellent particulièrement.

Rester fidèle au sens de sa vie

Il faut connaître ses valeurs, ses besoins et ses buts dans ses vies personnelle et professionnelle⁴.

Cet exercice vous aidera à faire des choix plus éclairés (partenaire de vie, équipe et lieu de travail).

« Les médecins dont les relations de couple sont difficiles ou instables ont souvent reproduit le modèle d'une relation médecin-**patient** plutôt que de voir leur conjoint comme un **partenaire**⁸ ». « La prévalence de femmes médecins victimes de violence conjugale est élevée, sans que l'on puisse donner précisément de chiffres³ ».

Cet exercice vous permettra aussi d'organiser votre horaire au quotidien, en respectant vos capacités physiques et vos priorités personnelles et familiales. Selon le D^r Hans Selye :

« Le meilleur moyen d'éviter le stress nuisible, c'est de choisir des relations (épouse, patron, amis) qui soient en accord avec vos préférences profondes et une occupation que vous pourrez aimer et respecter. C'est la seule manière d'éliminer l'obligation si décevante qu'est la réadaptation continuelle, source majeure de détresse¹ ».

Régler les irritants et les choses simples du quotidien³

- Changez la couleur des murs du bureau si vous ne l'aimez pas.
- Donnez une formation à votre secrétaire pour qu'elle réponde mieux aux patients et soit plus performante pour régler les messages. Cette solution permettra d'alléger un peu la charge de travail !
- Modifiez votre horaire des rendez-vous : gardez-vous du temps pour les urgences.
- Demandez à votre conjoint de vous laisser cinq minutes de répit quand vous arrivez à la maison pour

vous permettre de passer du « mode » travail au « mode » famille.

En appliquant ces gestes, vous aurez l'impression d'avoir un peu plus d'emprise sur votre vie, ce qui est très libérateur. Essayez-les. Vous verrez, le résultat est surprenant !

Diversifier ses champs d'activité pour éviter l'épuisement^{1,2}

Ce point a été mentionné dans le *tableau III*. Il mérite toutefois d'être bien compris et intégré, car il s'agit vraiment d'un outil de protection.

Le D^r Hans Selye nous rappelle les raisons fondamentales qui sous-tendent l'importance de varier les activités de notre vie¹:

« C'est la manifestation d'une loi naturelle qui a des bases profondes et a sans doute un rapport avec le caractère cyclique des phénomènes biologiques. La Nature offre d'innombrables exemples de phénomènes qui se produisent en cycles, tels que les variations saisonnières et diurnes ou le retour périodique du besoin de nourriture, d'eau, de sommeil et d'activité sexuelle. »

« En termes de conduite humaine contrôlable, l'interférence dans l'accomplissement des instincts naturels de l'homme est aussi génératrice de détresse que la prolongation forcée et l'intensification, au-delà du niveau souhaitable, de toute activité. »

« Le fait d'ignorer ces règles mène à la frustration, à la fatigue, puis à l'épuisement susceptible de dégénérer en un effondrement du physique ou du mental. »

« Nous avons découvert en étudiant le stress, qu'une diversion fréquente et un changement volontaire d'activité sont salutaires et généralement meilleurs qu'un repos véritable, quand on constate l'impossibilité d'achever un travail quelconque... ».

Donc, « la bonne nouvelle est que nous pouvons récupérer d'un état de fatigue en cessant l'activité dans laquelle nous nous sommes trop investis pour permettre à notre énergie d'adaptation de se régénérer en passant complètement à autre chose² ».

« Nous avons découvert en étudiant le stress qu'une diversion fréquente et un changement volontaire d'activité sont salutaires et généralement meilleurs qu'un repos véritable, quand on constate l'impossibilité d'achever un travail quelconque... »

Repère

Choisir ses batailles!²⁻⁴

Ernest Hemingway écrivait en 1952 dans son ouvrage *Le vieil homme et la mer* :

« Raisonne pas tant, bonhomme. Navigue de ton mieux et prends les choses comme elles viennent »⁹.

Ou dit autrement par d'autres :

« Donnez-moi la Sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le Courage de changer les choses que je peux et la Sagesse d'en connaître la différence »¹⁰.

S'offrir du temps avec soi-même

Aucun auteur n'en parle mieux que Jon Kabat-Zinn : « Plus on est connecté (cellulaire, pagette, MP3, etc.) au monde extérieur, moins on est connecté à son intériorité¹¹ ».

VOYONS COMMENT notre médecin du service de consultation sans rendez-vous a décidé de gérer ses gardes désormais. « Je peux dire non aux demandes des col-

Summary

A study on stress – How to exit the hamster cage. This article is a reflexion tool for physicians. It explains the specifics of medical stresses, whether external or internal, while emphasizing on the understanding of internal stress. We are challenging the physicians' notion that the worst possible stress is caused by lack of control and explaining how our inner childhood Historian can often become a ruthless tyrant in a doctor's adulthood. Finally, we are proposing a tool box made of the reader's own evaluation of his personal and professional needs.

lègues et je dois manger avant le travail. Je ne suis pas responsable de la lourdeur de la tâche. Je vais donc tenter de respecter mon rythme et mes limites. » 📶

Date de réception : 14 avril 2009

Date d'acceptation : 19 mai 2009

La D^{re} Suzanne Cummings n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. La D^{re} Johanne Blais a été consultante pour différentes sociétés pharmaceutiques de 2007 à 2009.

Bibliographie

1. Selye H. *Le stress sans détresse*. Montréal : Les éditions La Presse ; 1974 : 175 p.
2. Sotile WM, Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association ; 2002. chapitre 4 : pp. 90-2.
3. Gautam M. *IronDoc. Practical Stress Management Tools for Physicians*. Ottawa : Book Coach Press ; 2004. 117 p.
4. Lipsenthal L. *Finding Balance in a Medical Life*. San Anselmo : Finding Balance, Inc. ; 2007. 189 p.
5. Maranda MF, Gilbert MA, St-Arnaud L, Vézina M. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval ; 2006. 152 p.
6. Morin R, April N, Bégin C, Quesnel GT. *État de situation sur la consommation d'alcool au Québec. Perspectives de santé publique*. Québec : Institut national de santé publique du Québec ; 2003. 40 p.
7. Servan-Schreiber D. *Anticancer : prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles*. Paris : Robert Laffont ; 2007. 361 p.
8. Sotile WM et Sotile MO. *The Medical Marriage*. Chicago : American Medical Association ; 2000. 285 p.
9. Hemingway E. *Le vieil homme et la mer*. Paris : Gallimard ; 1952. 179 p.
10. Anonyme. *Prière de la sérénité des alcooliques*.
11. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses. Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York : Hyperion Publisher ; 2005.



Le collègue difficile c'est lui ou moi le problème ?

Anne Magnan

En regardant la radio d'un patient polytraumatisé à l'urgence, je réalise que je vais avoir besoin de l'avis d'un consultant. J'appelle la téléphoniste pour savoir qui est de garde aujourd'hui. « C'est le Docteur X, me dit-elle, dois-je le faire signaler ? » « Heu... non. »

Le souvenir de ma dernière conversation avec lui me revient. Il m'avait alors demandé, sur son ton « bête » habituel : « Coudon, as-tu trouvé ton diplôme de médecine dans une boîte de Cracker Jack ? » Et moi de penser : « Tu parles d'un #!@?!.. »*

COMME IL SERAIT RÉCONFORTANT (et facile !) de répondre à notre question titre en disant que le problème, c'est « l'autre » ! Malheureusement, la présence d'un collègue difficile au sein d'une équipe est l'affaire de tout le monde.

Qui est « tout le monde » ?

Ce « tout le monde », c'est d'abord, bien sûr, la personne difficile, mais aussi son supérieur hiérarchique, celui ou ceux qui subissent ses comportements de même que ceux qui en sont les témoins et tous les autres qui en ont conscience, tout en estimant que ça ne les regarde pas...

Qu'entend-on par « difficile » ?

Selon nous, il existe deux types de collègues difficiles. Il y a celui qui saute aux yeux. Son passage s'apparente à celui d'une tornade tant dans l'intensité sonore que dans les objets qu'il déplace ou lance. Impossible de l'ignorer ! Un collègue difficile peut aussi être celui qui s'isole, qu'on ne voit plus, qui n'est que travail et qui, forcément, ne dérange pas. Nous qualifions ce dernier de difficile parce que cette personne, qui évolue dans notre entourage immédiat, peut être en grand danger sans que l'on s'en soit aperçu. L'un explose, l'autre implose. Dans les deux cas, le problème concerne tous ceux qui les côtoient.

La D^{re} Anne Magnan, omnipraticienne, est directrice générale du Programme d'aide aux médecins du Québec.

Mentionnons que la culture médicale a traditionnellement non seulement accepté les comportements explosifs, mais les a aussi parfois favorisés. Nous connaissons tous un médecin explosif d'une compétence irréprochable, sommité dans son domaine, qui devient le modèle à suivre pour la relève¹.

La communauté médicale :

1. a accepté ces comportements ;
2. nous a conduits à les ignorer ;
3. et ne nous a donc pas fourni les outils pour y mettre un terme.

Cependant, la société a changé, et la communauté médicale a évolué. Les comportements qui étaient depuis longtemps jugés inacceptables ailleurs commencent, en médecine, à être plus dérangeants qu'auparavant. La volonté d'y mettre fin se fraie inéluctablement un chemin.

À quoi reconnaît-on le collègue difficile ?

La littérature et l'expérience des intervenants du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) le confirment : parmi les différents volets de la vie d'un médecin en difficulté, et même en très grande difficulté, le dernier qui sera touché est... le travail² ! Le collègue difficile, dans la grande majorité des cas, reste médicalement compétent, même si de sérieux problèmes l'accablent depuis longtemps. Comment l'aborder s'il est professionnellement irréprochable ?

Selon un consensus implicite, un bon médecin doit

Tableau I

Comportements auxquels on doit être attentif

Les comportements qui dérangent

- Irritabilité
- Cynisme
- Aggressivité : sautes d'humeur graves, crises de colère, dénigrement
- Dégradation dans la tenue des dossiers
- Organisation déficiente : dossiers non remplis, retard à remplir les formulaires
- Perte de fiabilité, manque de ponctualité
- Diminution de la participation aux activités et aux comités
- Demandes de diminution de la tâche
- Pleurs (rares et plus souvent auprès du chef)
- Abandon de la médecine
- Arrêt de travail
- Suicide

Les comportements qui ne dérangent pas

- Isolement
- Vie personnelle chaotique
- Hypertravail

posséder à la fois des compétences scientifiques, cliniques et relationnelles.

Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est **le changement de comportement**, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être. De plus, ce changement n'est généralement que la pointe de l'iceberg. Lorsqu'il devient visible au travail, c'est que le processus évolue depuis plusieurs mois, voire des années.

L'implosif

Un médecin qui fait face à des problèmes conju-

gaux ou familiaux optera souvent pour la fuite dans le travail comme « solution » de prédilection. Pour faire taire sa douleur, il performera à l'excès. Il est donc important d'être vigilant en présence d'un confrère qui accepte tous les remplacements de garde ou qui travaille sept jours sur sept. L'isolement, l'hypertravail² ou la perturbation du fonctionnement d'une équipe peuvent tous traduire un problème de fond qui risque de progresser.

L'explosif

Nous connaissons tous des gens bourrus de nature, dont le comportement n'est généralement pas adéquat, mais qui ne sont pas malades pour autant (et nous faisons avec...). Néanmoins, ces personnes peuvent aussi avoir des problèmes personnels ou devenir malades. Leurs comportements inappropriés peuvent devenir de plus en plus fréquents, plus intenses, jusqu'à être intolérables pour les collègues.

Les comportements difficiles sont rapidement catalogués dans les troubles de personnalité, devant lesquels la communauté médicale, en général, se sent impuissante. En raison de ce réflexe des pairs, la personne devient stigmatisée³. Et si ces conduites étaient d'abord vues comme des comportements à changer plutôt qu'une personnalité à modifier... ?

Les comportements observés

Qu'un médecin traverse une période difficile ou qu'il soit malade, les comportements observés sont toujours les mêmes (tableau I).

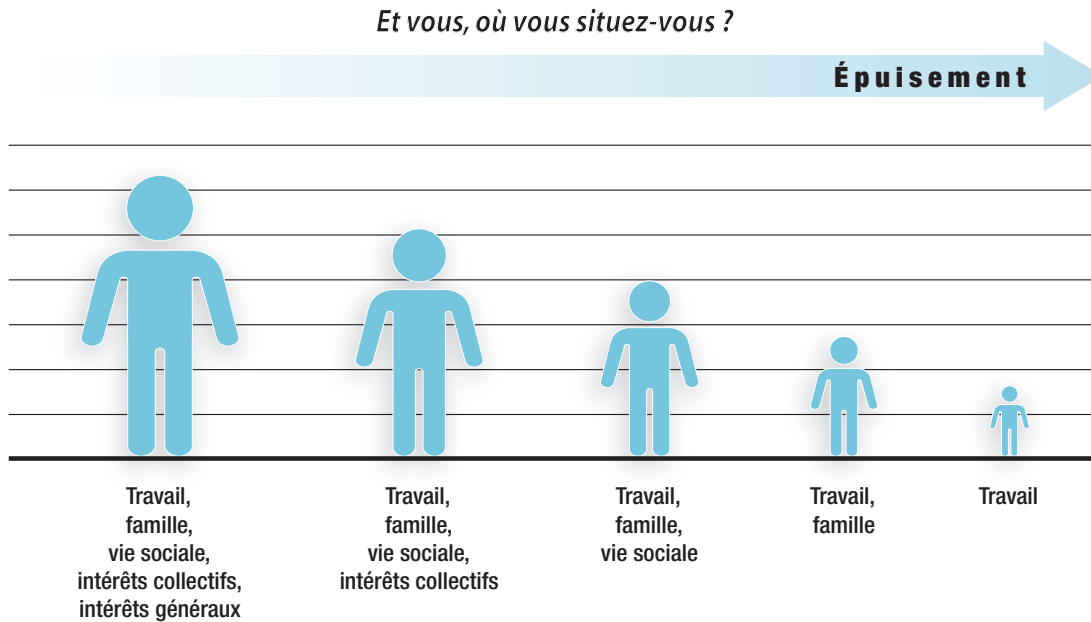
Le déni

Collègue difficile disions-nous ? Et si le déni s'ajoutait à tout le reste ?

Dans l'imaginaire collectif, un médecin ne peut être malade. Les médecins eux-mêmes sont habitués par cette croyance, tout comme leurs collègues. Le déni prend une ampleur insoupçonnée chez un médecin malade parce que ce dernier³ :

Chez le collègue en difficulté (difficile ou non), l'indice par excellence que quelque chose ne va pas est le changement de comportement, le plus souvent observé d'abord par la famille. L'individu n'est pas nécessairement malade, mais peut traverser des épreuves personnelles qui modifient sa façon d'être.

Repère

Figure**Identité rétrécie (réaliser le travail ou se réaliser)**

Source : Vézina M, Cousineau M, Mergler D et coll. *Pour donner un sens au travail : bilan et orientation du Québec en santé mentale au travail*. Montréal : Gaëtan Morin ; 1992. Reproduction autorisée.

- manque de temps⁴ ;
- estime que sa souffrance est moins importante que celle de son patient ;
- craint de perdre son permis d'exercice ;
- vit un sentiment d'échec et de honte^{3,5} devant sa propre maladie ;
- craint de déranger un collègue ;
- dissimule ses difficultés pour ne pas avoir de dossier médical ;
- a du mal à accepter de ne plus avoir la capacité d'en faire autant qu'avant ;
- a la ferme conviction qu'il est le seul à vivre une telle situation⁴.

Une personne en difficulté peut ne pas être consciente de son état ou, si elle l'est, ressentir un important sentiment de honte. Dans la communauté médicale, la maladie mentale stigmatise le soignant, qui est alors perçu comme un être faible et devient victime de rejet³.

Demander de l'aide : pourquoi est-ce si difficile ?

Au déni, à la honte^{3,5}, au sentiment d'échec et au jugement appréhendé de la communauté médicale

s'ajoute un ensemble de facteurs qui fait que demander de l'aide exige parfois un courage hors du commun.

Les enjeux individuels

Au départ, le médecin a une propension naturelle à nier ou à ne pas tenir compte de ses besoins de base. Concentré sur la souffrance du patient, il ne ressent plus la sienne qui lui semble de moindre importance^{2,3}.

Pour un médecin, reconnaître qu'il est malade peut signifier un arrêt de travail avec toutes les conséquences qui s'ensuivent. Ses patients ne pourront recevoir les soins dont ils ont besoin et ses collègues devront absorber une surcharge de travail. La culpabilité s'installe alors.

Afin d'éviter à tout prix l'arrêt de travail, un médecin s'adaptera à ses difficultés. Par exemple, si sa concentration diminue, il compensera en contre-vérifiant tout ce qu'il fait et, en conséquence, investira encore plus de temps dans son travail. Il soustraira alors de sa vie tout ce qui le ressource et qui l'aiderait à préserver sa santé ou à la recouvrer plus rapidement (musique, activités culturelles, sports). Plusieurs médecins ont construit leur identité autour de leur travail. L'arrêt

devient alors un enjeu de vie et une perte totale de sens (*figure*).

Les enjeux culturels

Les barrières individuelles sont amplifiées par la rectitude de la culture médicale. La stigmatisation culturelle, nourrie par le jugement, l'ignorance et les attitudes discriminatoires vis-à-vis les médecins ayant un problème de santé mentale, augmente la souffrance et l'isolement³. Elle favorise le déni de la maladie, retarde indéfiniment le moment d'aller chercher de l'aide, mène à l'autotraitement⁶ et augmente le risque de suicide. Ainsi, certains médecins souffrent d'une maladie psychiatrique non reconnue, non diagnostiquée, autotraitée ou sous-traitée.

Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité⁴, les questionnaires des ordres professionnels⁴ sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles qui favorisent l'*omerta*, de la part du médecin comme de la communauté.

La protection du public et le droit du médecin d'être malade peuvent coexister à condition que la maladie soit dissociée de la qualité de l'exercice^{3,4}. Dans ce contexte, les organismes qui encadrent la pratique ont un rôle capital à jouer.

Intervenir : qui le fait, quand et comment ?

Qu'il s'agisse d'un médecin qui nous fait souffrir ou d'un médecin qui souffre (notons que le premier peut souffrir aussi), on doit intervenir le plus tôt possible après avoir observé le changement de comportement⁷. Intervenir ne signifie pas « régler le problème », mais amorcer le processus consistant à nommer le

malaise et à voir quelle action peut être entreprise, tout en se respectant dans ce qu'il est possible de faire.

Qu'on ait affaire à une tornade ou à un collègue silencieux qui s'isole, on doit garder en tête :

- ☉ qu'en tant que personne ou équipe, on ne peut laisser la situation perdurer, car faire l'autruche conduira, tôt ou tard, à l'aggravation de la situation ;
- ☉ qu'il se peut que le médecin concerné ne soit pas conscient de ses difficultés ;
- ☉ qu'il est possible que le médecin concerné soit conscient de ses difficultés et qu'il croit à tort que rien ne paraît ;
- ☉ qu'en intervenant, on fera parfois face au déni et que pour le contourner, on devra s'appuyer sur des faits. L'intervention n'est facile pour personne. Les craintes de celui qui intervient sont légitimes et les problèmes sont les mêmes pour tous :
- ☉ nous avons peu de modèles ;
- ☉ nous vivons un malaise lorsque nous intervenons ;
- ☉ nous sommes tentés par la fuite ;
- ☉ nous anticipons presque toujours le pire scénario.

L'intervention peut prendre la forme d'une discussion constructive avec un autre collègue sur la façon d'aider le médecin de notre équipe qui nous dérange ou qui nous inquiète. Si la conversation se solde par : « Il paraît que le PAMQ peut nous épauler, je vais m'informer... », déjà le processus est bien amorcé.

Comportements inappropriés : guide 101

Nous avons établi que le collègue difficile peut être autant celui qui s'isole et qui fuit dans l'hypertravail² que celui qui explose.

Il est plus facile de dire à un confrère : « Ça fait des semaines que tu ne manges plus avec l'équipe, que la porte de ton bureau est fermée et que tu travailles sans arrêt. Je m'inquiète et je voulais savoir si tu veux prendre une pause pour qu'on en jase ensemble... » que d'aborder celui qui explose à tout propos.

Les démarches parfois insurmontables pour recevoir des indemnités d'assurance invalidité, les questionnaires des ordres professionnels sur les problèmes de santé mentale des médecins (lors d'un renouvellement de permis), la crainte d'une suspension, de mesures disciplinaires ou de poursuites, le malaise à aller chercher des médicaments à la pharmacie, etc. sont autant d'obstacles qui favorisent l'omerta, de la part du médecin comme de la communauté.

Repère

Voyons d'abord ce qu'est un comportement inapproprié. Selon la définition de la *Loi sur les normes du travail*, le harcèlement psychologique est « une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste ».

La Loi précise également qu'une « seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié⁸ ».

Il faut savoir que :

- l'intention du présumé harceleur n'a pas à être prise en considération ;
- les paroles, les gestes, les actes ou les comportements du harceleur n'ont pas à être dits ou faits dans l'intention de nuire.
- Ce sont les effets sur la personne visée qui sont pris en **compte**.

Que faire si je subis des comportements inappropriés ?

Dans notre société, quels que soient notre âge, notre sexe, notre travail ou notre statut, nous devrions tous apprendre comment exprimer correctement à l'autre que le geste qu'il vient de poser nous a blessé, offensé, vexé, effrayé, etc. Cette règle devrait être incontournable pour chacun de nous afin que toute conduite inacceptable soit mise en échec dès sa première manifestation.

La personne qui a subi un comportement inadéquat devrait le faire savoir calmement, mais clairement, à celui qui a posé le geste (ou prononcé les paroles vexantes). Elle peut le faire verbalement ou par écrit¹⁰.

Voici l'exemple d'une approche adéquate : « D'abord, le ton que vous utilisez pour me parler m'affecte et nuit à ma performance. Comme il interfère dans l'accomplissement de notre travail, j'aimerais que

Tableau II

Éléments clés d'une rencontre avec un collègue difficile⁷

- Communiquer son inquiétude et son désir d'aider
- Reconnaître les mérites du travail de ce collègue
- Énoncer des faits précis qui posent problème
- Informer le collègue que certains comportements sont parfois le reflet d'un problème de santé, sans toutefois poser de diagnostic
- Parler de l'existence du PAMQ et de l'aide confidentielle qui y est offerte
- Exposer les conséquences possibles si rien n'est fait et les avantages d'aller chercher de l'aide
- Formuler clairement les changements attendus

vous me parliez sans hausser le ton et sans utiliser un langage offensant. »

Si le comportement perdure et que la personne doit redemander que cesse la conduite, elle pourra ajouter : « Si votre attitude à mon égard ne change pas, je prendrai les mesures qui s'imposent. »

Dans cette mise en situation, la personne :

- indique le comportement inapproprié ;
- décrit ce qu'elle ressent face au comportement qu'elle juge inacceptable ;
- décrit l'effet sur son travail ;
- demande l'arrêt de cette conduite ;
- annonce des conséquences s'il n'y a pas de correctifs.

Un comportement inapproprié se produisant une fois, dans le feu de l'action, peut se régler devant un café. Pour des situations plus sérieuses ou répétitives, une demande d'entretien dans un cadre formel (Ex. : un bureau) sera plus indiquée et devra reprendre les cinq éléments décrits plus haut. Si un médecin juge qu'il n'est pas le mieux placé pour intervenir parce qu'il s'agit de son supérieur ou d'un médecin très qualifié et admiré de tous, il peut consulter une autre personne, le PAMQ ou les deux.

La personne qui a subi un comportement inadéquat devrait le faire savoir calmement, mais clairement, à celui qui a posé le geste (ou prononcé les paroles vexantes). Elle peut le faire verbalement ou par écrit.

Repère

Que faire si je suis **témoin** de comportements inappropriés ?

Parce qu'ils sont moins touchés sur le plan émotif, les témoins ont un rôle important à jouer dans ce genre de situations. On ne doit jamais perdre de vue que si rien n'est fait, le problème ne se corrigera pas.

Si des comportements sont ignorés, ils deviennent alors tolérés et banalisés, et tous risquent alors de les subir. Les interventions des témoins sont importantes pour faire prendre conscience au collègue difficile que sa conduite est dérangeante. Le témoin interviendra avec calme et respect (il n'imitera pas le comportement qu'il demande de corriger), rapportera les faits, la façon dont la conduite a été perçue et les répercussions sur le travail du groupe (*tableau II*). Dans certaines situations, il est recommandé de faire l'intervention à deux. Il faut prendre soin d'écouter la version de notre interlocuteur, car certains admettent qu'ils ne réalisaient pas qu'ils bousculaient tout le monde et indiquent qu'ils feront attention à l'avenir. Lorsqu'une personne nie ou réplique, par exemple, qu'elle ne croyait pas être entourée d'une équipe de « petites natures », les intervenants peuvent s'adresser à une instance supérieure. Dans certains milieux, un code de conduite facilite l'intervention auprès du collègue qui banalise ses comportements^{7,11}.

Je réalise que les propos du Docteur X constituent du dénigrement. Je prends mon courage à deux mains et décide de mettre en pratique les étapes du « Guide 101 ». À mon grand étonnement, mon interlocuteur s'est dit surpris que ses agissements aient un tel effet. Depuis, il me parle adéquatement.

AU DÉPART, NOUS POSIONS la question : « Est-ce lui ou moi ? ». Nous réalisons finalement que l'harmonie, c'est l'affaire de tout le monde ! 🍷

Date de réception : 8 mai 2009

Date d'acceptation : 10 juin 2009

La D^{re} Anne Magnan n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Krisek TJ. Ethics and Philosophy Lecture: Surgery... Is It an Impairing Profession? *J Am Coll Surg* 2002; 194 (3) : 352-65.
2. Vézina M, Maranda MF, Gilbert MA, St-Arnaud L. *La détresse des*

Summary

The difficult colleague: Who's the problem, him or me?

Whether he is the explosive type or, on the contrary, being less and less visible, the difficult colleague's attitude is a source of problems. For different reasons, such as reluctance to talk about another physician's mental health, the first reaction from other colleagues is not to meddle. For Quebec Physician's Health Program, experience tells us this attitude is a mistake. In fact, the problem will most probably amplify and reach a crisis level sooner or later. This article describes the colleague with difficulties and shows the importance of the problem. The author, relying on her experience with peers' sufferings, describes the common behaviour of doctors with difficulties. She also explains the sources and suggests solutions to help intervene adequately in these delicate situations, while aiming towards healing of the colleague's suffering and of those around him. When being faced with a difficult colleague, above all, don't do nothing!

médecins : un appel au changement. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2006.

3. Myers MF, Gabbard GO. *The physician as patient: A clinical handbook for mental health professionals*. Arlington : American Psychiatric Publishing Inc. ; 2008. 242 p.
4. Center C, Davis M, Detre T et coll. Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement. *JAMA* 2003; 289 : 3161-6.
5. Tyssen R, Rovik JA, Vaglum P et coll. Help-seeking for mental health problems among young physicians; is it the most ill that seeks help? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (12) : 989-93.
6. Kay M, Michell G, Clavarino A et coll. Doctors as patients: a systemic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract* 2008; 5 : 501-8.
7. Sotile WM, Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association ; 2002. 331 p.
8. Québec. *Loi sur les normes du travail du Québec*. LRQ c. N-1.1, paragraphes 81.18 à 81.20, à jour au 14 mai 2009. Québec : Éditeur officiel du Québec.
9. Commission des normes du travail du Québec. *Guide de sensibilisation à l'intention des employeurs et des salariés*. Québec : La Commission ; 2008. Site Internet : www.cnt.gouv.qc.ca/fileadmin/pdf/publications/c_0246.pdf (Date de consultation : le 5 mai 2009).
10. Bureau d'intervention et de prévention en matière de harcèlement. *Je pense être victime*. Montréal : UQÀM. Mise à jour le 12 janvier 2006. Site Internet : www.harcèlement.uqam.ca/victime.php?section=victime (Date de consultation : le 5 mai 2009).
11. College of Physicians and Surgeons of Ontario et Ontario Hospital Association. *Guidebook for managing disruptive physician behaviour*. Toronto : Le CPSO et l'OHA ; avril 2008. Site Internet : www.cpso.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/office/Disruptive%20Behaviour%20Guidebook.pdf (Date de consultation : le 5 mai 2009).



Satisfaction professionnelle et conditions de pratique

deux éléments qui ont leur importance

Claude Prévost et Sandra Roman

Votre milieu de travail n'arrive pas à retenir les derniers médecins recrutés, et le départ en congé de maladie d'un de vos collègues vient encore alourdir votre tâche. Docteur, regrettez-vous votre choix de profession ?

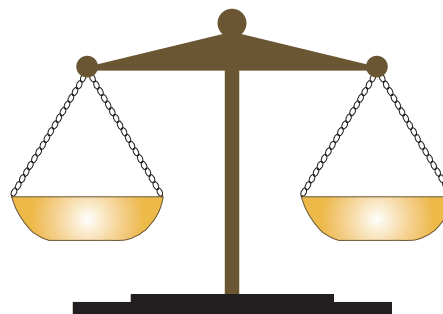
LES SOLUTIONS INDIVIDUELLES, comme la gestion du stress, permettant de s'ajuster à un contexte de travail difficile ont été explorées par les auteurs du présent numéro, mais qu'en est-il des éléments de l'organisation du travail sur lequel nous avons peu d'influence individuellement ? Les recherches ont depuis longtemps révélé les liens étroits entre le travail et la santé, autant en ce qui a trait aux effets positifs que négatifs¹. Dans de bonnes conditions, le travail est important pour construire la santé. Outre la sécurité financière, il définit notre identité et devient alors une source de reconnaissance sociale, de valorisation et d'épanouissement personnel. Le chômage est d'ailleurs associé à des problèmes tels que la dépression, l'alcoolisme et la violence¹.

Selon les experts, l'organisation du travail a des répercussions négatives lorsque la tâche est très exigeante et que l'individu a peu d'emprise sur son organisation ou lorsqu'il est peu récompensé pour ses efforts (figure 1)². Le soutien social constitue alors un élément protecteur dans ces deux cas. Vous faites sans doute déjà des liens avec votre quotidien de médecin ! Pourtant, les études confirment que nous nous occupons peu de la santé des médecins en lien avec leurs activités professionnelles, leur milieu et leurs conditions de travail.

Le Dr Claude Prévost, spécialiste en santé communautaire, exerce à la Cité de la santé de Laval et à la Direction de santé publique de Laval. La Dr^e Sandra Roman, omnipraticienne, est médecin-conseil au Programme d'aide aux médecins du Québec.

Figure 1

Explication de l'effet des conditions de travail sur la santé²



Modèle « demande contre maîtrise »

Demande
 Lourdeur de la tâche, intensité, contrainte de temps, situations de tension (avec patients ou collègues), conséquences des erreurs.

Maîtrise
 Autonomie ou maîtrise qu'une personne possède sur la façon d'organiser et de réaliser son travail

Modèle « effort contre récompense »

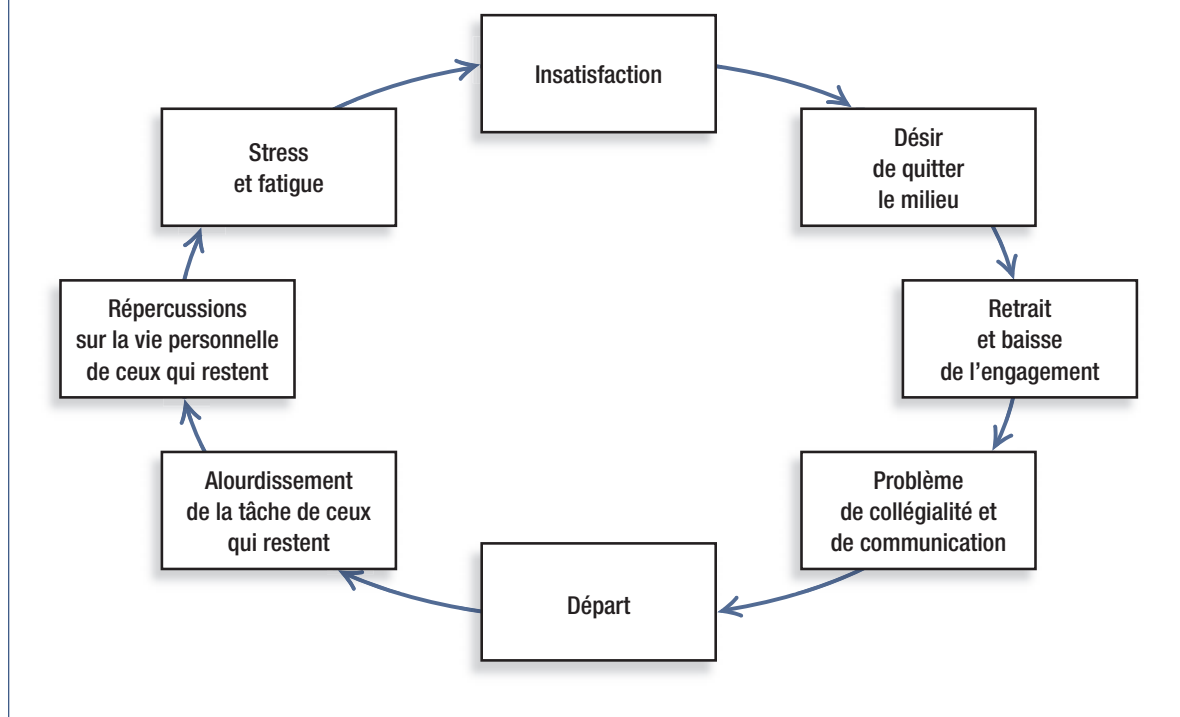
Effort consenti
 Degré de responsabilité, charge de travail, temps investi

Récompense
 Gains financiers, promotions, reconnaissance, respect, statut social

Les modèles permettent d'expliquer les effets du travail sur la santé et d'évaluer ceux qui sont de plus en plus l'objet d'attention et que nous pouvons regrouper sous les vocables de satisfaction au travail.

Figure 2

Cercle vicieux de l'insatisfaction



Pourquoi se préoccuper de la satisfaction professionnelle des médecins ?

Il faut se préoccuper de l'insatisfaction au travail, car elle peut être considérée comme un précurseur de maladies mieux définies, comme l'épuisement professionnel. De plus, elle nuit non seulement à la santé du médecin, mais également à la satisfaction des patients, à leur confiance envers le professionnel de la santé et au respect du traitement. Elle provoque aussi un roulement néfaste du personnel³ qui n'est pas négligeable, car il mine la qualité et la continuité des soins, le moral des équipes soignantes et, à terme, la capacité de recrutement. C'est le cercle vicieux de l'insatisfaction (figure 2).

La satisfaction au travail est donc un concept perti-

nent. Selon des études récentes, le degré de satisfaction est à la baisse depuis de nombreuses années chez les médecins, notamment en raison de la détérioration des conditions de pratique⁴. De nombreux facteurs influent sur la satisfaction professionnelle des médecins, dont l'autonomie, les relations avec les patients, les collègues et le personnel, les revenus, les ressources disponibles, le temps libre, la conciliation travail-vie personnelle, le soutien administratif et la région de pratique⁴.

Ainsi, puisque la satisfaction au travail est importante et que nous connaissons les éléments qui permettent de l'accroître, pourquoi ne pas agir pour modifier et améliorer les conditions de pratique ? Pour répondre à cette question, il faut d'abord comprendre ce qui les influence.

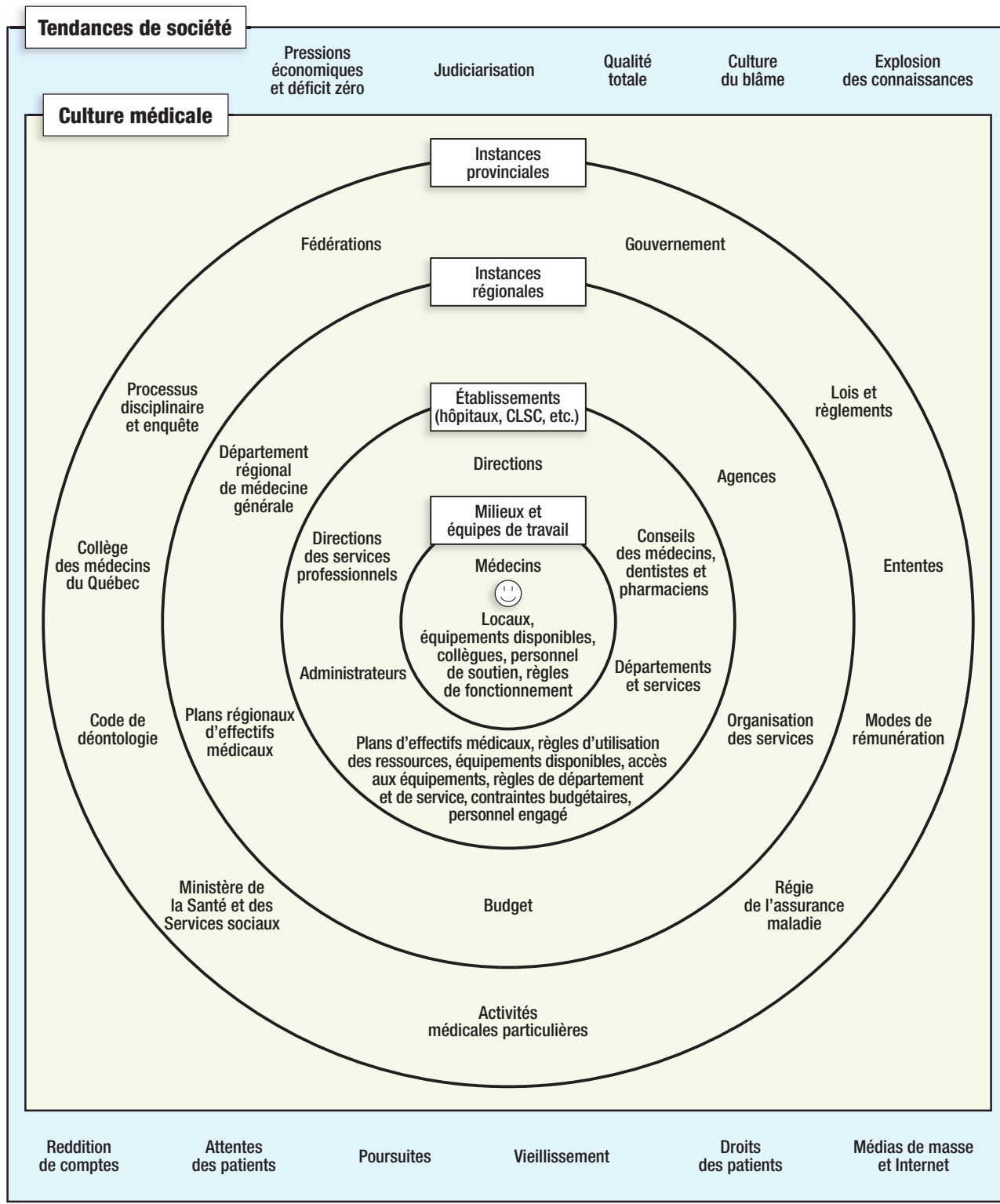
Comme professionnels, nous sommes évidemment

L'insatisfaction du médecin nuit non seulement à la santé de ce dernier, mais également à la satisfaction des patients, à leur confiance envers le professionnel de la santé et au respect du traitement. Elle provoque aussi un roulement néfaste du personnel.

Repère

Figure 3

Éléments influant sur les conditions de travail des médecins



responsables en partie de notre tâche et de la façon dont nous l'organisons. Toutefois, nous n'avons pas d'emprise individuellement sur certains éléments. La *figure 3*, qui n'est pas exhaustive, résume la complexité des éléments qui influent sur nos conditions de travail.

La culture médicale, un frein à la satisfaction professionnelle ?

Malheureusement, la culture médicale est un frein important à la satisfaction professionnelle. Elle n'est le fait d'aucune organisation en particulier. Son influence se manifeste dans toutes les structures et organisations médicales. Elle regroupe un ensemble de valeurs et de comportements appris au cours de notre longue formation et que nous perpétons. Attardons-nous un instant à certaines de ses conséquences.

La culture médicale s'exprime probablement de la façon la plus évidente dans les stratégies défensives que nous mettons en place pour répondre aux demandes et aux pressions auxquelles nous sommes soumis⁴. Devant un travail intense, lourd, bureaucratise et à risque, nous adoptons des comportements protecteurs dont le choix est lié à notre formation et aux modèles valorisés. Ces stratégies, autorisées et prônées par la communauté et la culture médicales, sont l'**hyperactivité professionnelle** et l'**endurance**⁴. La première se manifeste lorsque le médecin ne peut plus diminuer sa charge de travail, même s'il la juge excessive, voire dangereuse pour lui et ses patients tandis que la deuxième survient lorsque le médecin doit tenir le coup, peu importe les carences de l'organisation et son état personnel (fatigue, épuisement, maladie, etc.). Ces moyens de défense sont si bien intériorisés qu'ils deviennent la norme, voire un critère de sélection ou de rétention des médecins⁵.

Le danger est que l'organisation du travail repose sur l'emploi systématique de ces stratégies par l'ensemble des médecins de manière à pallier les défi-

ciences du système de santé. Le surinvestissement des médecins dans leur travail excuse ainsi les organisations qui présentent des lacunes. L'hyperactivité professionnelle et l'endurance conduisent tôt ou tard à la perte de la solidarité collective et de la collégialité et se manifestent par le déni de la maladie et des vulnérabilités personnelles (ne pas consulter, avoir des traitements sous-optimaux, refuser de considérer la maladie d'un collègue)⁶, de la maternité (la sienne et celle des collègues), du vieillissement (avoir la même charge à tout âge) et, plus généralement, de la souffrance des autres médecins⁷.

Ce modèle de fonctionnement est si bien ancré que malgré l'accumulation des connaissances sur les risques liés à de nombreuses facettes de notre travail et de son organisation (horaire de garde, manque de sommeil, surcharge, etc.), nous avons beaucoup de difficultés à accepter ou même à imaginer une autre façon de faire⁶.

Les règles, les contraintes, les guides et les attentes indiqués dans la *figure 3* définissent ce que **devrait** être le travail⁴. L'organisation du travail dans le secteur de la santé ne permet malheureusement plus de répondre à l'ensemble des éléments énumérés. Le manque de temps et de ressources, entre autres, en rend le respect illusoire, sans compter que les attentes sont parfois contradictoires⁴. L'écart entre le travail prescrit et le travail réel (celui que nous faisons) conduit à ce que certains appellent la « souffrance éthique », c'est-à-dire l'incapacité d'offrir à ses patients, dans les délais voulus, les soins que nous voudrions leur offrir et que nous savons nécessaires.

Tous les médecins sont touchés par les problèmes d'organisation du travail, mais ils n'en souffrent pas tous également. Outre les problèmes de santé, l'insatisfaction entraîne des problèmes de qualité des soins, le désir de quitter la profession ou de se retirer des soins aux patients et, en fin de compte, de cesser la pratique clinique par dépit. La situation pourrait toutefois être réversible, par la mise en place des conditions de tra-

Ce modèle de fonctionnement est si bien ancré que malgré l'accumulation des connaissances sur les risques liés à de nombreuses facettes de notre travail et de son organisation (horaire de garde, manque de sommeil, surcharge, etc.), nous avons beaucoup de difficultés à accepter, voire à imaginer une autre façon de faire.

Repère

vail acceptables pour la plupart des médecins.

Les mauvaises conditions de travail sont largement répandues en médecine. Les travailleurs de la santé sont les moins susceptibles de décrire leur milieu de travail comme sain⁸. Des sondages indiquent que de 30 % à 40 % des médecins ne choisiraient pas leur profession de nouveau, et un nombre encore plus élevé ne la recommanderait pas à un étudiant ou à leurs enfants⁹.

Comment améliorer les conditions de pratique et la satisfaction ?

La mise en place de solutions doit d'abord passer par la reconnaissance de l'importance des médecins dans la prestation des soins de santé. Ce constat est sans doute déjà acquis pour l'ensemble des acteurs concernés. On doit ensuite reconnaître l'importance du bien-être et de la satisfaction professionnelle des médecins comme déterminant de la prestation de soins de qualité et agir en conséquence. Le présent article milite en ce sens, mais rien n'est acquis et chacun a un rôle à jouer.

Recommandations générales

Les solutions doivent, de façon générale, encourager l'autonomie des médecins en leur donnant la latitude nécessaire pour agir sur leurs conditions de travail et la capacité d'influer sur les décisions qui touchent leur environnement de travail. Elles doivent aussi permettre de cultiver la collégialité afin de favoriser de saines relations entre les professionnels. Un soutien administratif adéquat doit permettre de libérer les médecins des tâches qui ne sont pas en lien avec les soins aux patients. Il est aussi important de limiter les interférences du travail dans la vie privée et de promouvoir un sain équilibre entre les activités professionnelles et personnelles. Enfin, les valeurs qui nous sont chères doivent reprendre leur place au cœur de nos milieux de travail et guider les orientations afin que médecins et établissements œuvrent dans un but commun.

Pour arriver à ces changements, chaque acteur du

réseau de la santé doit s'engager à faire de la santé et de la satisfaction professionnelle des médecins un enjeu stratégique dans la prestation de soins de qualité. Cet enjeu doit donc être pris en compte dans toutes les décisions susceptibles de toucher les médecins. Il est également opportun que les organisations suivent les indicateurs de bien-être et de satisfaction au travail des médecins (Ex. : taux de roulement, absentéisme, taux de postes vacants, etc.).

Il est essentiel que les médecins participent à l'évaluation de la situation et à la recherche de solutions. Dans un contexte de pénurie, alors que la lourdeur de la tâche des médecins est préoccupante, la recherche de l'équilibre entre la demande du travail et l'autonomie (*figure 1*) doit justement permettre aux médecins de regagner la maîtrise de leurs conditions de travail. Cette dernière est actuellement en grande partie entre les mains du gouvernement, de la bureaucratie administrative et des organisations qui gravitent autour. Il faut donc remettre une plus grande partie des décisions entre les mains des médecins. Les centres qui font participer les médecins à l'organisation des services accroissent la satisfaction et l'engagement de ces derniers¹⁰. Le mouvement des médecins vers le privé est, selon nous, une manifestation de ce besoin de maîtriser sa façon de travailler.

Les médecins doivent également devenir des acteurs positifs de changement et d'amélioration de leurs conditions de travail. D'autres professions ont compris l'importance des connaissances liées à la motivation, à la performance et à la productivité et consacrent une part considérable de leur programme universitaire à ces aspects. Les médecins sont peu formés sur ces questions et se sentent peu compétents pour s'occuper de notions liées à la collégialité et à la collaboration¹¹. Dès le cours de médecine et la résidence, il faut leur inculquer l'importance de prendre soin d'eux, leur apprendre les aspects liés à l'organisation de la pratique, leur donner des notions de leadership efficace, de gestion de la pratique¹², de maîtrise du stress, de communication, de

Les solutions doivent, de façon générale, favoriser l'autonomie des médecins en leur donnant la latitude nécessaire pour agir sur leurs conditions de travail et la capacité d'influer sur les décisions qui touchent leur environnement de travail.

Repère

résolution de conflits et d'équilibre de vie, etc. Les médecins en pratique devraient également avoir accès à des cours de perfectionnement sur ces sujets.

Recommandations spécifiques

Des recommandations spécifiques peuvent également être formulées pour plusieurs acteurs du réseau de la santé.

- Le gouvernement devrait s'engager à exiger un suivi des indicateurs de la qualité de vie au travail, songer à les inclure dans les normes d'agrément des centres hospitaliers, favoriser la recherche et la diffusion des connaissances et investir dans la création et le maintien de milieux de travail sains¹³.
- Le Collège des médecins du Québec, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et de préservation des ressources médicales, pourrait faire de la santé, du bien-être et de la satisfaction professionnelle des médecins une priorité. Il pourrait promouvoir et appuyer la formation des étudiants comme des médecins en pratique sur les aspects concernant la santé des soignants et les habiletés qui y sont liées et soutenir la participation de ces derniers dans les processus décisionnels associés à leurs conditions de pratique à tous les niveaux.
- Les fédérations pourraient également faire de la santé et du bien-être des médecins une priorité et insister sur l'importance de fournir à leurs membres des conditions de travail adéquates, participer aux initiatives allant en ce sens et les promouvoir¹⁴.
- En plus des recommandations ci-dessus, les établissements pourraient mettre sur pied des programmes structurés axés sur le bien-être et la satisfaction professionnelle des médecins⁶, qui comprendraient des formations ciblées, des activités pour favoriser la collégialité et des mesures visant à améliorer la santé et l'accès à des services de santé appropriés. Des efforts doivent également être consentis pour assurer un horaire de travail plus souple et adopter des modes de fonctionnement susceptibles de permettre un repos et un sommeil adéquats. Les médecins ont besoin de croire que leur organisation leur accorde de la valeur et trouve qu'ils constituent un atout, qu'ils ne sont donc pas réduits à un simple poste budgétaire⁸.
Ultimement, le médecin a la capacité d'évaluer si

le milieu dans lequel il travaille est adéquat. Il y aura toujours des milieux de pratique dysfonctionnels. Ces derniers sont tous différents, mais on y observe souvent un haut taux de roulement du personnel et des médecins, un manque de direction et de planification, des attentes nébuleuses ou irréalistes, une autorité arbitraire ou des requêtes impulsives. On y évite des discussions tout à fait normales sur les différends par crainte de conflits. L'initiative n'est ni attendue, ni écoutée, ni récompensée, pas plus que les efforts de collaboration. Il y règne une culture du blâme et du dénigrement qui cherche à trouver les fautes de chacun¹¹. Certaines personnes établissent le climat de travail en fonction de leurs humeurs quotidiennes, et cette pratique est tolérée. Comme membres d'une équipe de travail, nous devons exiger de ceux en position d'autorité qu'ils apportent les correctifs nécessaires. Certains auteurs, tels que Pfifferling et Sotile, ont d'ailleurs élaboré sur les stratégies et les approches permettant d'améliorer le fonctionnement dans les milieux cliniques problématiques¹¹⁻¹⁵. En dernier recours, lorsque rien ne change il faut prendre soin de soi et chercher une porte de sortie.

LES MÉDECINS FONT FI de leur satisfaction professionnelle à leur détriment et à celui de la profession. En comprenant mieux les éléments psychologiques et organisationnels liés à leur satisfaction, ils peuvent provoquer des changements positifs importants. Nous ne devons plus nous contenter de survivre à notre travail et aux conditions qu'on nous impose. Nous devons retrouver, au sein de la profession, le bonheur d'être utile et la satisfaction du travail bien fait. La médecine est une profession magnifique et difficile. Elle est trop importante pour que ceux qui l'exercent ne soient pas au cœur des décisions.

Nous avons d'ailleurs l'intention de travailler sur des projets pilotes sur le terrain dans un proche avenir avec, nous l'espérons, l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et l'appui de la communauté médicale. ✍

Date de réception : 14 mai 2009

Date d'acceptation : 5 juin 2009

Les D^{rs} Claude Prévost et Sandra Roman n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Dejours C. Vulnérabilité psychopathologique et nouvelles formes d'organisation du travail (approche étiologique). *L'Information psychiatrique* 2007 ; 83 (12) : 269-75.
2. Sutton S, Baum A, Johnston M. *The SAGE Handbook of Health Psychology*. Thousands Oaks : SAGE Publications ; 2004.
3. Brown S, Gunderman RB. Viewpoint: enhancing the professional fulfillment of physicians. *Acad Med* 2006 ; 81 (6) : 577-82.
4. Vézina M, Maranda MF, Gilbert MA, St-Arnaud L. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2006.
5. Maranda MF, St-Arnaud L, Vézina M, Gilbert MA. *La détresse et le désenchantement de la pratique médicale : psychodynamique du travail de médecins ayant connu un épuisement professionnel*. CRIEVA. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2008.
6. Firth-Cozens J. Intervention to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med* 2001 ; 52 (2) : 215-22.
7. 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 ; 323 : 728-31.
8. Association médicale canadienne. *Guide de l'AMC sur la santé et le mieux-être des médecins*. Ottawa : L'Association ; 2003.
9. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med* 2004 ; 350 (1) : 69-75.
10. Marton KI. The secret to satisfaction: empowerment for all. *West J Med* 2001 ; 173 : 18-9.
11. Sotile WM, Sotile MO. *The Resilient Physician. Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago : American Medical Association ; 2002. pp. 90-2.
12. Hartwig B, Nichols A. *GP Health & Well-Being – The Issues Explored*.

Summary

The importance of physician's career satisfaction and practice conditions.

Work is a main influence on a person's physical and mental health. Professional dissatisfaction among physicians affects not only their health, but also the quality of their care and it causes a harmful staff turnover. It is essential for doctors to recover the sense of meaning in their work and the satisfaction of a work well done! Stakeholders should put professional satisfaction at the core of each decision susceptible to affect the physician's working conditions. All will benefit, as well as their patients.

Lutwyche : Brisbane North Division of General Practice Association ; 2000.

13. Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. *À notre portée. Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé ; 2007. 48 pages. Site Internet : www.qwqhc.ca/documents/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf (Date de consultation : le 5 mai 2009).
14. Koehoorn M, Lowe GS, Rondeau KV et coll. *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé*. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politique publique ; 2002.
15. Pfifferling JH. The danger of a dysfunctional medical practice. *Fam Pract Manag* 2005 ; 12 (5) : 40-4.