

**SONDAGE CHEZ LES MÉDECINS DU CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT  
AFIN DE DÉTERMINER LES CAUSES ET LES CONSÉQUENCES  
DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

Préparé par

Denis Chênevert, D.Sc., CRHA  
Professeur titulaire,  
Département de gestion des ressources humaines  
Directeur du Pôle Santé  
HEC Montréal

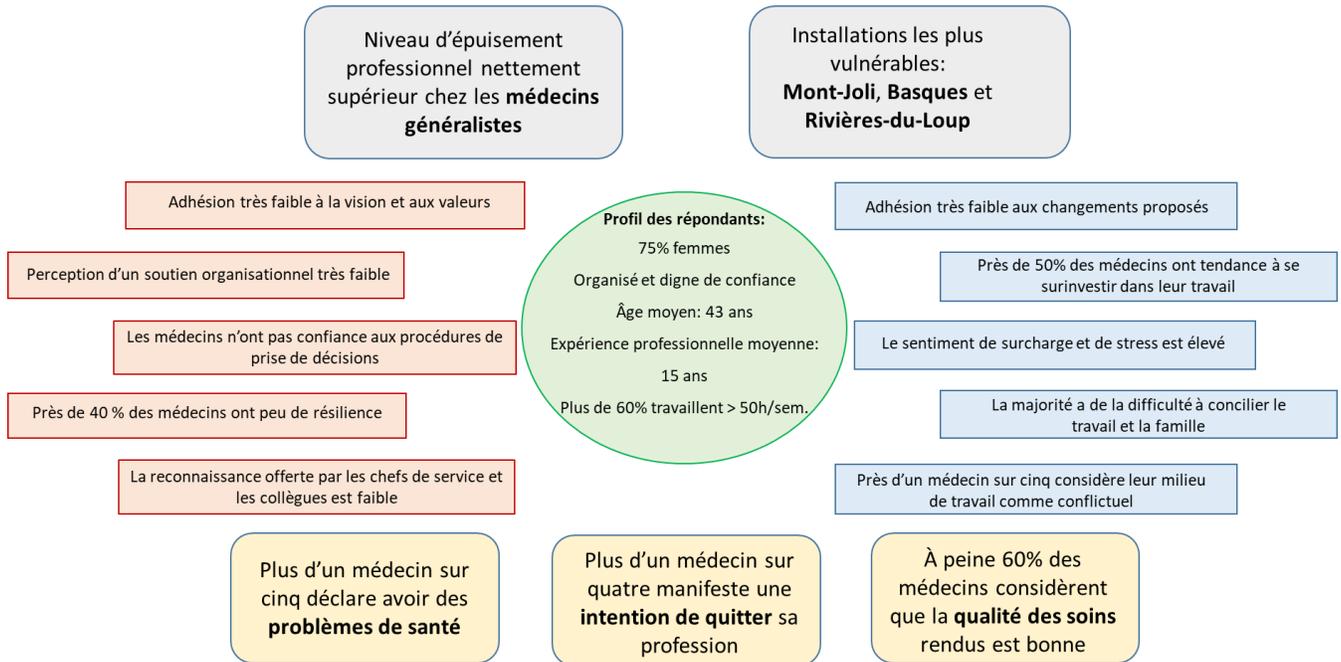
Chloé Charron, étudiante à la maîtrise,  
Gestion des ressources humaines

Octobre 2018



## SOMMAIRE EXÉCUTIF

FIGURE 1: SOMMAIRE EXÉCUTIF



## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>QU'EST-CE QUE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ? .....</b>	<b>10</b>
<b>1. CADRE D'ANALYSE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>12</b>
<b>2. ÉCHANTILLON ET MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>14</b>
2.1 Outil de mesure.....	20
<b>3. RÉSULTATS COMPARÉS.....</b>	<b>21</b>
3.1 Surinvestissement dans le travail.....	21
3.2 Surcharge de travail.....	23
3.3 Présence de stress au travail .....	25
3.4 Interférence du travail sur la vie familiale .....	27
3.5 Hostilité des patients .....	29
3.6 Conflits de travail .....	30
3.7 Stress lié aux changements organisationnels .....	32
3.8 Capacité de résilience .....	35
3.9 Autonomie professionnelle .....	36
3.10 Perception du soutien .....	38
3.11 Adhésion à la vision et aux valeurs du ministère de la Santé .....	42
3.12 Justice des procédures .....	44
3.13 Reconnaissance.....	46
3.14 Sens du travail .....	50
3.15 Épuisement émotionnel.....	52
3.16 Dépersonnalisation.....	56
3.17 Accomplissement personnel.....	57
3.18 Engagement envers la profession .....	59
3.19 Intention de quitter la profession.....	60
3.20 Problèmes de santé .....	62
3.21 Qualité des soins offerts .....	64

<b>4. MODÉLISATION DES DONNÉES.....</b>	<b>66</b>
<b>5. PRINCIPALES OBSERVATIONS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 1 : RÉSULTATS PAR CATÉGORIE DE MÉDECINS ET PAR INSTALLATION.....</b>	<b>81</b>
<b>1. Médecins généralistes.....</b>	<b>81</b>
<b>2. Médecins spécialistes .....</b>	<b>82</b>
<b>3. Matane .....</b>	<b>83</b>
<b>4. Matapédia .....</b>	<b>84</b>
<b>5. Mont-Joli.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Rimouski.....</b>	<b>86</b>
<b>7. Basques.....</b>	<b>87</b>
<b>8. Rivière-du-Loup .....</b>	<b>88</b>
<b>9. Témiscouata.....</b>	<b>89</b>
<b>10. Kamouraska .....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXE 2 : ENSEMBLE DES COMMENTAIRES.....</b>	<b>91</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>96</b>

## TABLE DES FIGURES

Figure 1: Sommaire exécutif .....	2
Figure 2 : Nombre de médecins qui ont eu recours au programme d'aide aux médecins du Québec ..	10
Figure 3 : Modèle théorique .....	13
Figure 4: Nombre de répondants par spécialisation .....	14
Figure 5: Nombre de répondants par installation.....	15
Figure 6: Répartition des répondants selon l'âge .....	16
Figure 7: Répartition des répondants selon le sexe .....	16
Figure 8 :Nombre d'heures travaillées par semaine .....	17
Figure 9: Nombre d'années d'ancienneté dans la profession .....	18
Figure 10: Répartition des répondants selon le type de personnalité .....	19
Figure 11: Qualité psychométrique des instruments de mesure .....	20
Figure 12: Surinvestissement dans le travail par spécialité .....	22
Figure 13: Surinvestissement dans le travail par installation .....	22
Figure 14: Surcharge de travail par spécialité .....	24
Figure 15: Sentiment de surcharge de travail par installation .....	24
Figure 16: Présence de stress au travail par spécialité .....	26
Figure 17: Présence de stress au travail par établissement .....	26
Figure 18: Conflit travail-famille par spécialité .....	27
Figure 19: Conflit travail-famille par site .....	28
Figure 20: hostilité des patients selon la spécialité.....	29
Figure 21: Hostilité des patients selon l'installation .....	30
Figure 22: mauvais climat de travail selon la spécialité .....	31
Figure 23: Mauvais climat de travail selon l'installation .....	31
Figure 24: Adhésion aux changements organisationnels selon la spécialité .....	33
Figure 25: Adhésion aux changements organisationnels selon l'installation.....	33
Figure 26: Capacité de résilience par spécialité .....	35
Figure 27: Capacité de résilience selon l'installation .....	36
Figure 28: Autonomie perçue au travail selon la spécialité.....	37
Figure 29: Autonomie perçue au travail selon l'installation .....	38
Figure 30: Perception du soutien organisationnel selon la spécialité.....	39

Figure 31: Perception du soutien organisationnel selon l'installation .....	39
Figure 32: Perception du soutien du chef de service médical selon la spécialité .....	40
Figure 33: Perception du soutien du chef de service médical selon l'installation .....	40
Figure 34: Perception du soutien des collègues selon la spécialité .....	41
Figure 35: Perception du soutien des collègues selon l'installation .....	41
Figure 36: Adhésion à la vision et aux valeurs du ministère selon la spécialité .....	43
Figure 37: Adhésion à la vision et aux valeurs du ministère selon l'installation .....	43
Figure 38: Perception de justice des procédures selon la spécialité .....	45
Figure 39: Perception de justice des procédures selon l'installation .....	45
Figure 40: Reconnaissance du chef de service médical selon la spécialité .....	47
Figure 41: Reconnaissance du chef de services médical selon l'installation .....	47
Figure 42: Reconnaissance des collègues par spécialité .....	48
Figure 43: Reconnaissance des collègues par installation .....	48
Figure 44: Reconnaissance des bénéficiaires par spécialité .....	49
Figure 45: Reconnaissance des bénéficiaires par installation .....	49
Figure 46: Sens du travail selon la spécialité .....	51
Figure 47: Sens du travail selon l'installation .....	51
Figure 48: Épuisement émotionnel par spécialité .....	53
Figure 49: Épuisement émotionnel par installation .....	54
Figure 50: Nombre d'heures travaillées en moyenne par semaine selon le sexe .....	55
Figure 51: Épuisement émotionnel selon le sexe .....	55
Figure 52: Dépersonnalisation selon la spécialité .....	56
Figure 53: Dépersonnalisation selon l'installation .....	57
Figure 54: Sentiment d'accomplissement personnel selon la spécialité .....	58
Figure 55: Sentiment d'accomplissement personnel selon l'installation .....	58
Figure 56: Engagement envers la profession selon la spécialité .....	59
Figure 57: Engagement envers la profession selon l'installation .....	60
Figure 58: Intention de quitter la profession selon la spécialité .....	61
Figure 59: Intention de quitter la profession selon l'installation .....	61
Figure 60: Proportion de médecins rencontrant des problèmes de santé selon la spécialité .....	63
Figure 61: Proportion de médecins rencontrant des problèmes de santé selon l'installation .....	63

Figure 62: Perception de la qualité des soins offerts selon la spécialité .....	65
Figure 63: Perception de la qualité des soins offerts selon l'installation .....	65
Figure 64: Les déterminants de l'épuisement émotionnel.....	67
Figure 65: Les déterminants de la dépersonnalisation .....	68
Figure 66: Les déterminants du sentiment d'accomplissement .....	68
Figure 67: Déterminants du stress .....	69
Figure 68: Les déterminants de l'engagement professionnel .....	70
Figure 69: Les déterminants de l'intention de quitter la profession médicale.....	71
Figure 70: Les déterminants du conflit travail/vie privée.....	72
Figure 71: Déterminants des problèmes de santé.....	72
Figure 72: Les déterminants de la qualité des soins .....	73

## INTRODUCTION

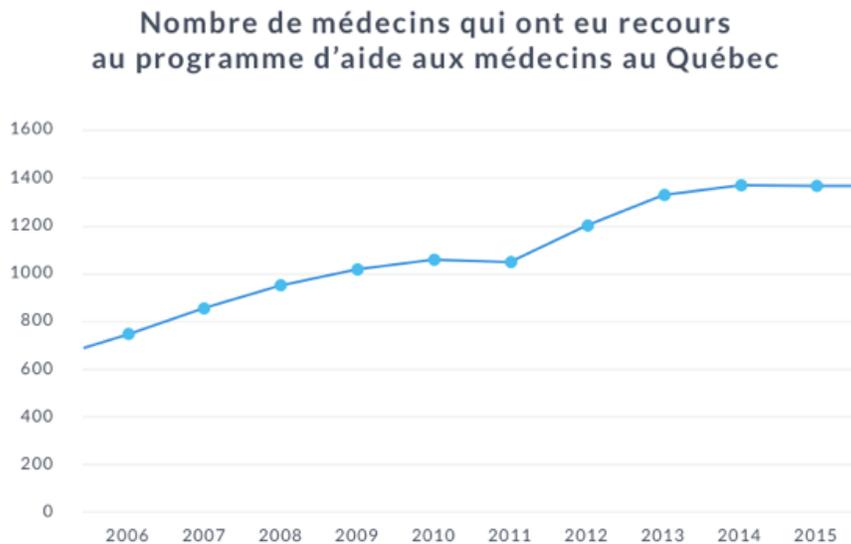
La santé mentale des individus était un sujet particulièrement tabou il y a de cela quelques années. Malgré l'avancement des connaissances sur le sujet, ainsi que les nombreux diagnostics donnés, encore aujourd'hui, près du 2/3 des personnes souffrant d'une maladie mentale n'iront pas consulter. Les préjugés sont toujours présents et pourtant près d'une personne sur cinq en est victime ou en sera atteinte au cours de sa vie (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018). Les organisations sont de plus en plus conscientes de cette problématique et certaines développent de nouvelles formes d'organisation du travail afin de prévenir les nombreuses répercussions négatives que cet état psychologique pourrait avoir sur la productivité et la rentabilité de leur entreprise. Les statistiques démontrent que la principale cause d'absentéisme au travail résulte de problèmes de santé mentale. Au niveau de la société en général, la maladie mentale correspond à 20% de la charge de morbidité, se situant tout juste après les maladies cardiovasculaires et bien avant les cancers (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2018). Les chiffres sont inquiétants et personne n'y est à l'abri. Si on observe la situation des médecins par exemple, les études démontrent que près d'un médecin sur deux rapporte des signes d'épuisement professionnel. Ils sont non seulement susceptibles de souffrir de burnout, mais ils sont également plus à risque d'être insatisfaits de leur équilibre travail / vie privée (Shanafelt et al., 2012).

Effectivement, lorsqu'on regarde les statistiques de plusieurs études scientifiques qui se sont penchées sur la santé mentale des médecins et plus spécifiquement sur l'épuisement professionnel de ceux-ci, on en vient à constater que l'état de la santé mentale de ce groupe d'individus est inquiétant. L'épuisement professionnel touche autant les médecins généralistes, les médecins spécialistes que les médecins résidents. En 2012, une étude réalisée aux États-Unis portant sur plus de 6880 médecins généralistes a démontré que plus de 50% de ceux-ci étaient victimes du syndrome d'épuisement professionnel, comparativement à 45.5% en 2011 (Shanafelt et al. 2015). On parle non seulement d'une prévalence importante, mais également d'une grande augmentation en l'espace d'une année, d'autant plus que le taux est fortement plus élevé que chez la population en général (Shanafelt et al., 2015). En ce qui a trait aux étudiants en médecine, une étude

faites par la Mayo Clinic a démontré que plus de 53% de ceux-ci rapportaient plusieurs symptômes d'épuisement professionnel (Nedrow et al., 2013). De plus, une autre étude aux États-Unis s'est penchée sur le sujet et a démontré qu'à travers l'ensemble des spécialités médicales, 30% à 68% des 7288 médecins répondants rencontraient plusieurs critères d'épuisement professionnel (Shanafelt et al., 2012). Ainsi, les dernières études longitudinales réalisées aux États-Unis suggèrent un accroissement du taux de prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins, passant de 37,6% en 2011 à 52,5% en 2014 (Schrijver, 2016). On peut donc constater que l'enjeu est de taille et il ne fait aucun doute qu'il est susceptible d'engendrer des conséquences négatives tant sur le plan personnel, professionnel, institutionnel que sur le coût sociétal (Schrijver, 2016).

La majorité des études ont été menées auprès de médecins américains. Malheureusement, au Québec, aucune donnée officielle ne nous permet d'avoir un portrait juste de la santé mentale de nos médecins. De plus, on ne connaît pas le taux d'épuisement professionnel par spécialité médicale. Par contre, nous savons qu'une réalité difficile existe au sein du corps médical québécois, puisque le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) semble indiquer une croissance importante des consultations pour épuisement professionnel au cours des dernières années (figure 2).

FIGURE 2 : NOMBRE DE MÉDECINS QUI ONT EU RECOURS AU PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC<sup>1</sup>



Ainsi, en considérant l'ensemble de l'information tirée de la littérature et de l'état actuel des données sur la santé mentale des médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent, nous nous pencherons sur les déterminants ainsi que les conséquences de cet épuisement, afin d'être en mesure de proposer des pistes de solutions pertinentes et adaptées pour les médecins généralistes et spécialistes et également, afin de comprendre l'effet de l'épuisement professionnel des médecins sur la qualité des soins offerts.

## QU'EST-CE QUE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ?

L'épuisement professionnel est un syndrome résultant de l'expérience de stress chronique, d'ordre interpersonnel au travail (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Autrement dit, l'épuisement professionnel se présente comme une lassitude mentale caractérisée par une extrême fatigue, une attitude cynique et un grand sentiment d'inefficacité s'exprimant en premier lieu dans la sphère professionnelle (Maslach, 2001). Par exemple, une personne en épuisement pourrait se sentir incompétente dans son

---

<sup>1</sup> Source : Aoun, A. (2017, Jan.). Médecins en burnout: un fléau qui nous concerne tous. Petal MD. Repéré à <https://www.petalmd.com/blog/fr/medecins-en-burn-out-un-fleau-qui-nous-concerne-tous>

travail, avoir une attitude négative et détachée face à son travail et son organisation, et avoir l'impression d'avoir épuisé toutes ses ressources pour faire face aux nombreux défis compris dans sa sphère professionnelle (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). L'épuisement professionnel est donc un syndrome caractérisé par trois dimensions soit la dépersonnalisation, l'épuisement émotionnel et la perte du sentiment d'accomplissement professionnel (Maslach et al., 1996, Shanafelt et al. 2012). On entend par épuisement émotionnel la perte d'enthousiasme pour le travail et/ou le sentiment d'être vidé et sans énergie. En ce qui a trait à la dépersonnalisation, on parle avant tout d'un cynisme et d'un détachement face aux autres et face à son travail. Enfin, la diminution de l'accomplissement personnel au travail se traduit par une dévalorisation de soi et par le sentiment d'être inefficace dans son travail (Maslach et al., 1996, Shanafelt et al. 2012). Il est à noter que l'épuisement professionnel se différencie de la dépression du fait qu'il ne fait pas l'objet d'un diagnostic officiel dans le DSM-V. Chaque explication du syndrome reste singulière et aucune solution toute faite n'existe pour prévenir ce syndrome. Toutefois, il est possible d'identifier certains facteurs qui favorisent l'épuisement professionnel. Également, il existe plusieurs pistes d'actions et signaux individuels et collectifs à prendre en compte pour le prévenir et l'éviter (DICOM, édition n°15-045, mai 2015). Ainsi, il s'avère important de rester vigilant aux signes précurseurs, afin d'intervenir avant que le mal ait pris trop de place. Des signes précurseurs somatiques pourraient s'apparenter à des troubles de sommeil, des maux de dos, des troubles gastro-intestinaux, des tensions, de la perte d'appétit, etc. Pour ce qui est des signes psychologiques, on parlerait davantage de troubles de mémoire ou de concentration, de difficulté de planification et d'organisation des activités, d'ambivalence et d'indécision, d'isolement, d'irritabilité et d'agitation (Morin, 2018). Chez les médecins, plusieurs causes peuvent être à l'origine de l'épuisement professionnel comme les nombreuses contraintes externes qui régulent la façon de faire le travail. Celles-ci peuvent devenir une grande source de stress (Williams et al., 2010). De plus, les situations d'urgences répétées, le fait de devoir prendre des décisions qui auront des impacts importants sur la santé, la vie et la mort des personnes, ainsi que le fait de ne pas avoir toujours le contrôle sur sa pratique peuvent être également de grandes sources de stress (Shanafelt et al., 2012; Bodenheimer et al., 2014 ; Williams et al., 2003 ; Shanafelt et al., 2003). Une chose est certaine, l'épuisement professionnel chez un médecin peut avoir de grands impacts

négatifs sur sa santé, sur son entourage, mais également sur la relation et les soins qu'il apportera à ses patients. C'est pourquoi la recherche des facteurs expliquant cette grande prévalence pourra non seulement permettre de comprendre certaines causes de cet état, mais également de s'interroger sur des pistes de solution afin de prévenir et d'améliorer la santé mentale des médecins, d'augmenter l'efficacité organisationnelle et, du coup, la qualité des soins offerts à la population.

## 1. CADRE D'ANALYSE DE LA RECHERCHE

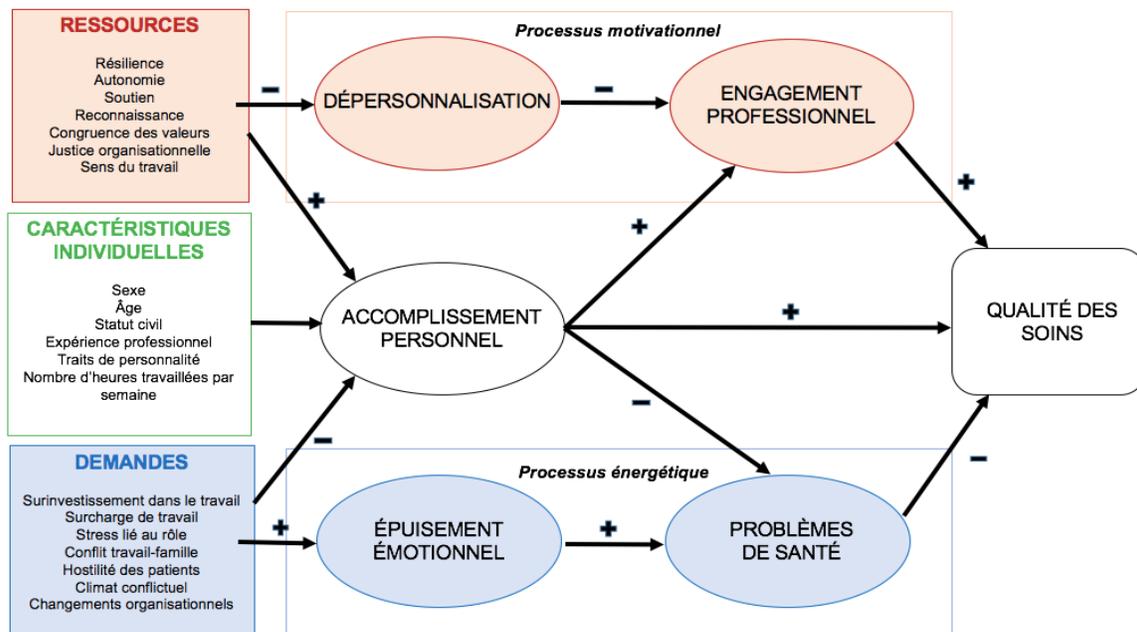
Le modèle demandes-ressources semble proposer une perspective théorique valable pour mettre en lumière les déterminants et les conséquences de l'épuisement professionnel. Effectivement, lorsqu'on analyse le modèle, on comprend que l'épuisement professionnel est un état dysfonctionnel persistant qui est la conséquence d'une exposition prolongée à un stress chronique (Maslach et al., 1996; Shanafelt et al. 2012). Ce stress chronique peut provenir d'exigences, soit de demandes au travail beaucoup plus grandes que les ressources à la disposition de la personne. On parlerait ainsi d'un déséquilibre entre les demandes et les ressources susceptible de rendre plus vulnérable une personne à l'épuisement professionnel (Leiter et Maslach, 2004; Perlman et Hartman, 1982; Schaufeli et Bakker, 2004). Ce modèle s'applique bien au contexte du système médical canadien, puisqu'on observe actuellement un accroissement constant des demandes au travail sans toutefois augmenter les ressources. Par exemple, le fait de pouvoir accorder de moins en moins de temps aux patients, additionné aux nombreuses tâches administratives à compléter, mettent bien en lumière le modèle théorique demandes-ressources (Shanafelt et al., 2003).

Un postulat important du modèle demande-ressource établit deux processus distincts, bien que reliés, comme causes dans le développement de l'épuisement professionnel: le processus énergétique et le processus motivationnel (Schaufeli et Bakker, 2004). Effectivement, le processus énergétique serait à l'origine des demandes au travail et le processus motivationnel serait à l'origine des ressources (Schaufeli et Bakker, 2004). Ainsi, dans notre étude, nous proposons un modèle théorique s'inspirant du modèle demande-ressource (MDR) afin de mettre en lumière l'hypothèse supposant que l'épuisement professionnel soit lié indirectement à la qualité des soins par les troubles de

santé qui sont associés au processus énergétique et par l'engagement professionnel qui est associé au processus motivationnel. Autrement dit, les demandes au travail comme les demandes physiques, les pressions de temps et les horaires de travail seraient associées à une diminution importante de l'énergie de l'individu. Cette perte d'énergie, source de l'épuisement, serait également associée à des problèmes de santé. D'un autre côté, le fait de manquer de ressources à son travail pour faire face aux nombreuses exigences pousserait l'individu à se retirer davantage de son travail. Il développerait ainsi une certaine forme de cynisme qui engendrerait un désengagement face à sa profession. Ainsi, le fait de manquer suffisamment d'énergie et de motivation à son travail pourrait avoir des impacts significatifs sur la qualité des soins offerts.

Notre modèle, tel qu'illustré ci-dessous (figure 3), comprend 8 ensembles de variables. Ces 8 ensembles de variables, soit les ressources liées au travail, les demandes liées au travail, les caractéristiques individuelles, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'engagement professionnel, les problèmes de santé et la qualité des soins, ont été évalués à l'aide de plusieurs énoncés établis dans un questionnaire qui a été distribué en ligne auprès des médecins du CISS du Bas-Saint-Laurent.

**FIGURE 3 : MODÈLE THÉORIQUE**



## 2. ÉCHANTILLON ET MÉTHODOLOGIE

Le sondage a tout d'abord été distribué auprès des médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Ce rapport présente donc les données issues des réponses de ce regroupement de médecins, et ce, toujours dans l'optique de déterminer les causes et les conséquences de l'épuisement professionnel constaté au sein de ce réseau de santé. Ainsi, globalement, la population totale visée était d'approximativement 500 personnes. Toutefois, nous avons comptabilisé un total de 151 médecins qui ont répondu au questionnaire, dont 131 qui ont précisé leur champ de pratique médicale et 135 qui ont indiqué pour quelle installation ils appartiennent. Il est à noter que l'ensemble des répondants n'ayant pas indiqué leur spécialisation et/ou l'installation pour laquelle ils appartiennent ont été regroupés au sein de l'échantillon global. La figure 4 présente la répartition des répondants par spécialisation et la figure 5, le nombre de répondants par installation.

FIGURE 4: NOMBRE DE RÉPONDANTS PAR SPÉCIALISATION

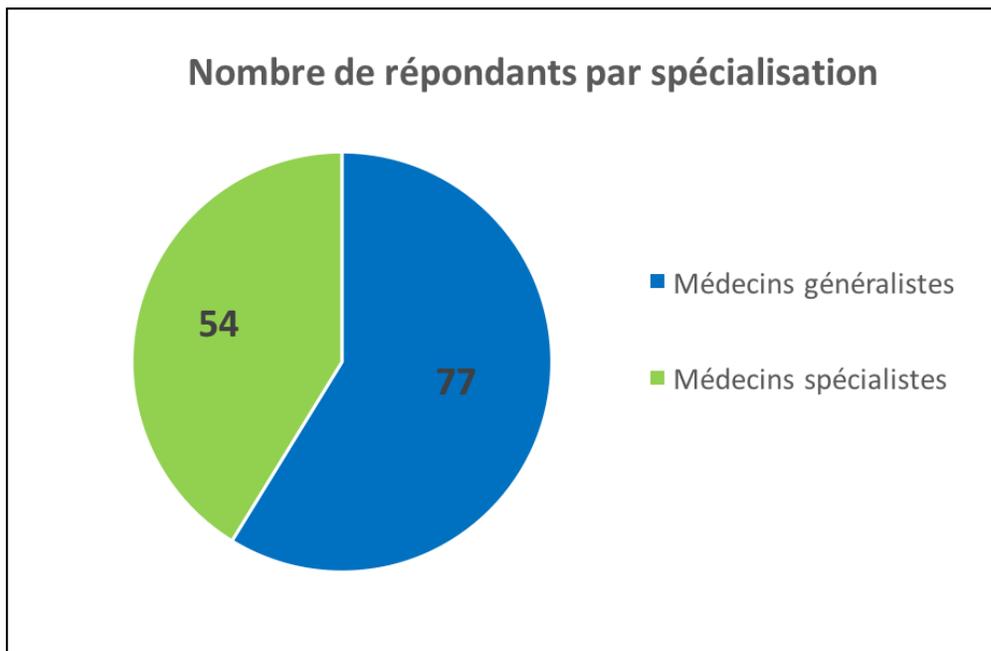
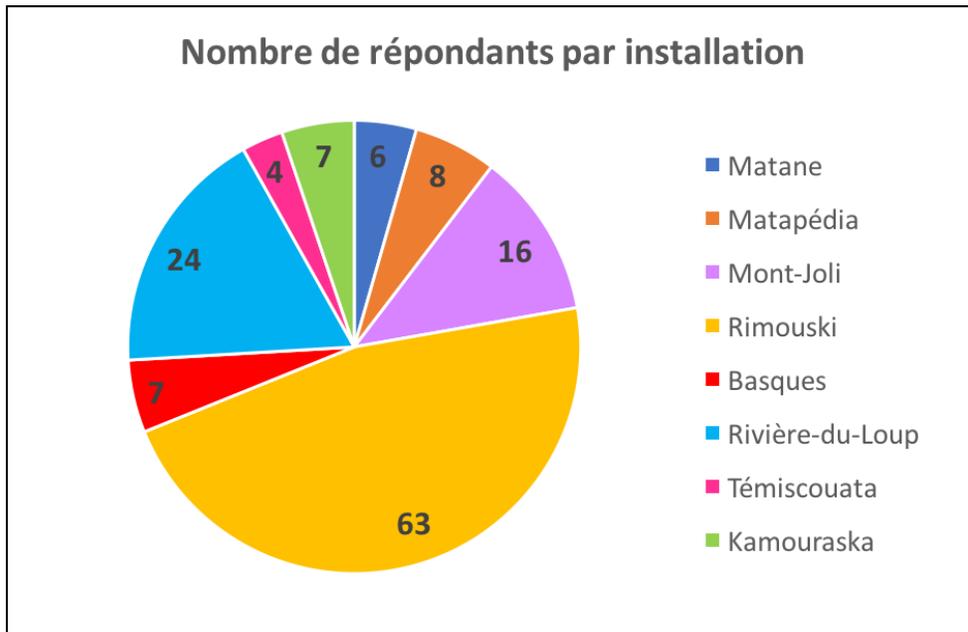
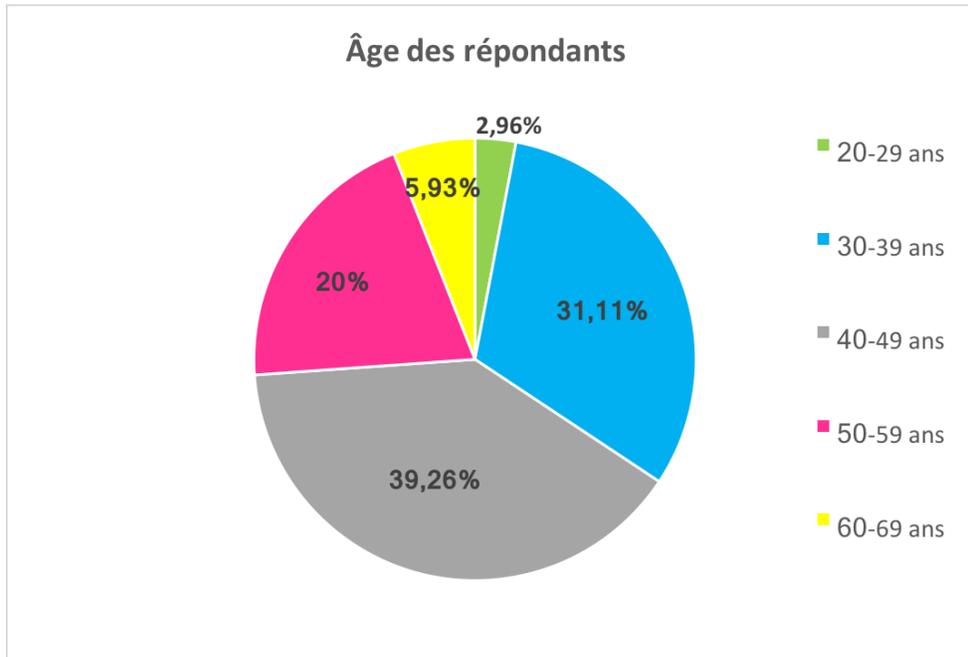


FIGURE 5: NOMBRE DE RÉPONDANTS PAR INSTALLATION



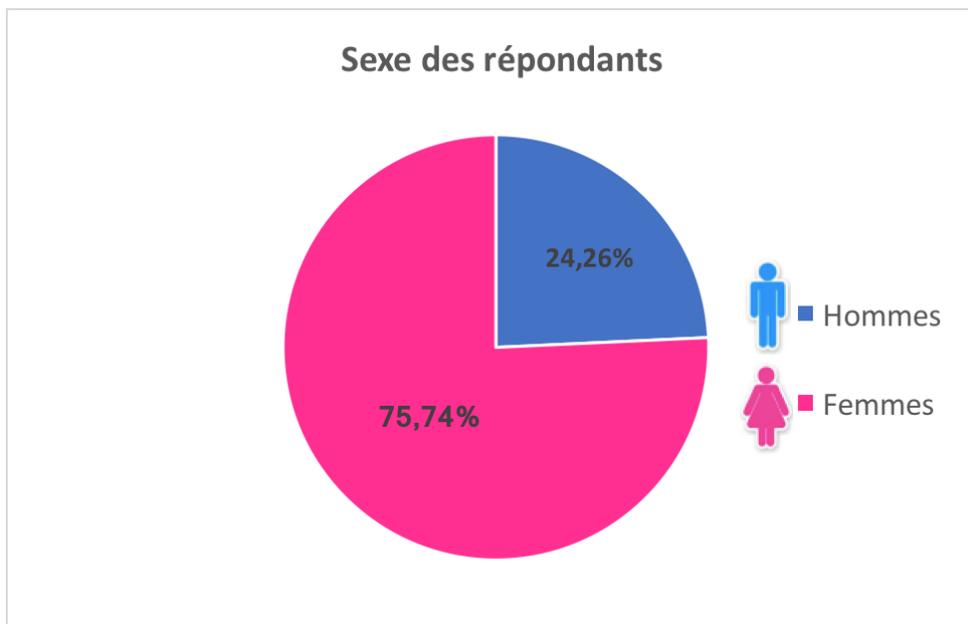
En ce qui a trait à l'âge des répondants, 135 d'entre eux ont indiqué leur âge. Quatre répondants ont indiqué avoir entre 20-29 ans, 42 répondants entre 30-39 ans, 53 répondants entre 40-49 ans, 27 répondants entre 50 à 59 ans et finalement, 8 répondants entre 60-69 ans. Enfin, l'âge moyen des médecins ayant répondu au sondage se chiffre à 43 ans. La figure 6 présente la répartition des répondants selon leur âge.

FIGURE 6: RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON L'ÂGE



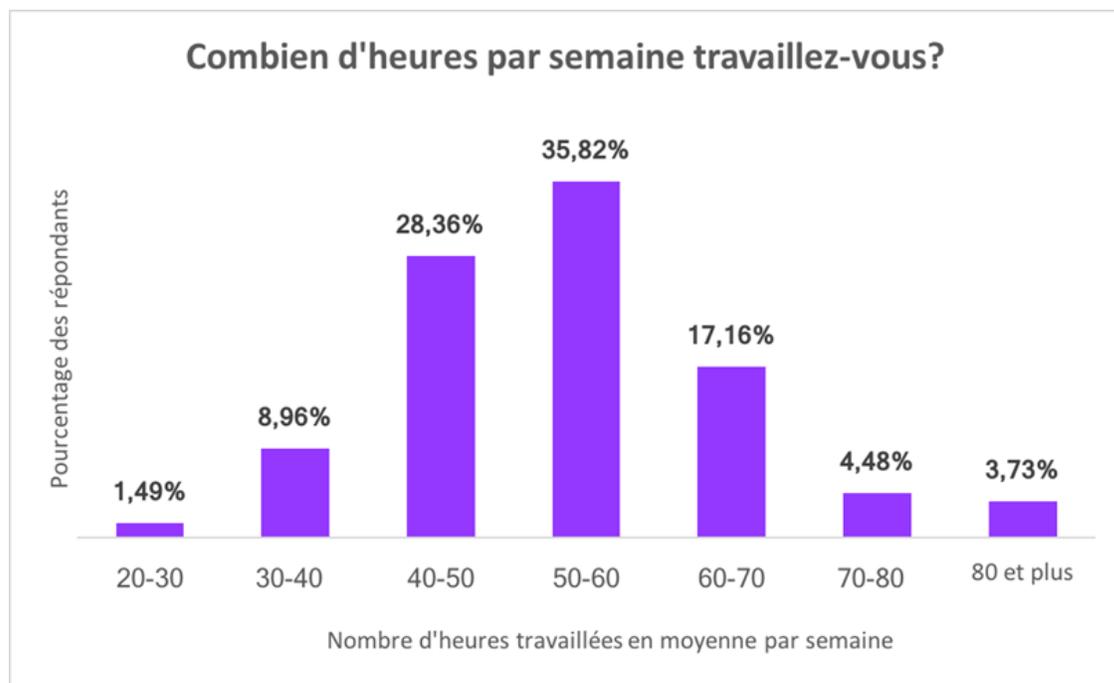
De plus, lorsque nous avons voulu savoir quelle était la proportion des répondants selon le sexe, nous avons été surpris de constater que 103 femmes comparativement à 33 hommes ont répondu au questionnaire. La figure 7 présente ces résultats.

FIGURE 7: RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LE SEXE



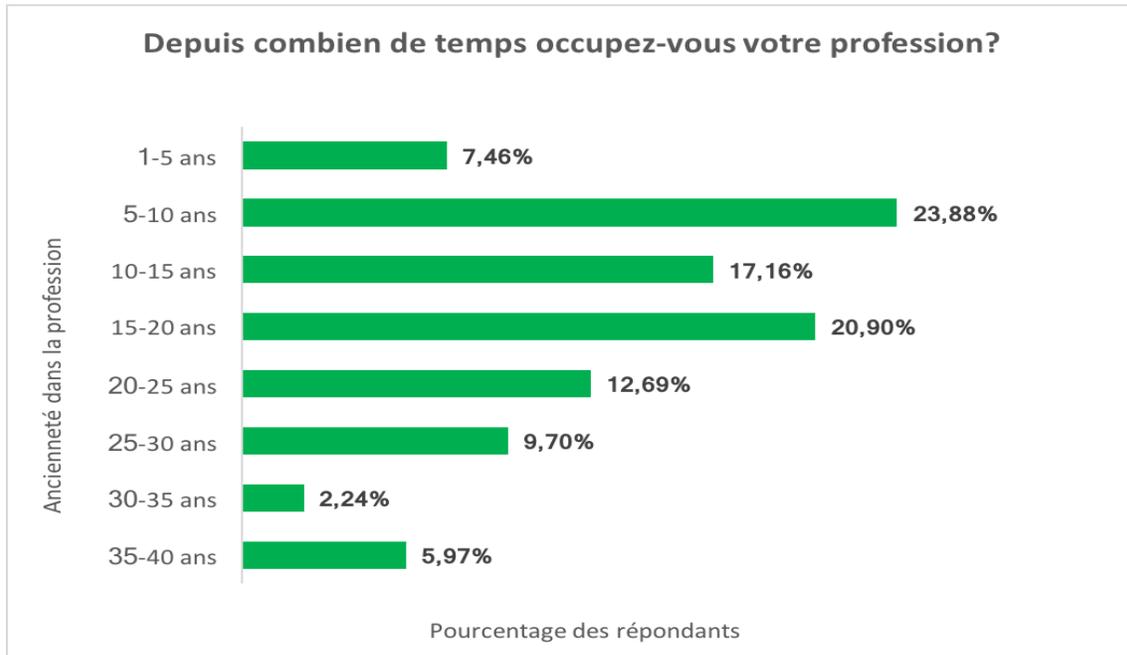
D'autres données nous permettent d'avoir un meilleur portrait des répondants. Effectivement, en ce qui a trait au statut civil, 7,35 % des répondants vivent seuls, 87,50% sont mariés ou en union libres, puis 5,15 % sont monoparentales. Pour ce qui est de leur horaire de travail, 53,28% ont répondu avoir un horaire de jour et 46,72% ont répondu avoir un horaire en rotation. Il est à noter qu'aucun répondant n'a indiqué avoir un horaire de soir ou de nuit. Au niveau du nombre d'heures travaillées par semaine, vous trouverez ici-bas un aperçu du pourcentage de répondants par tranche d'heures travaillées par semaine (figure 8).

FIGURE 8 : NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES PAR SEMAINE



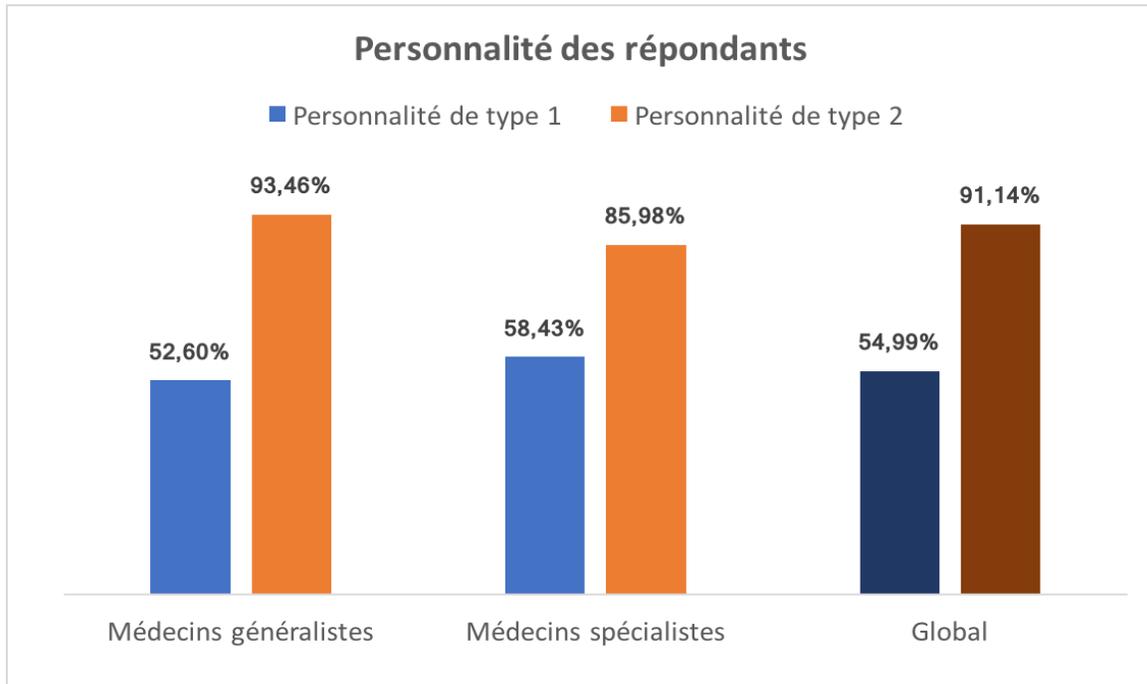
Nous avons également sondé les répondants afin de connaître leur niveau d'ancienneté dans la profession. Ainsi, dans le tableau suivant (figure 9), vous constaterez le pourcentage des répondants selon leur niveau d'expérience professionnelle. En moyenne, l'expérience professionnelle des répondants se situe à 15 ans.

FIGURE 9: NOMBRE D'ANNÉES D'ANCIENNETÉ DANS LA PROFESSION



En ce qui a trait à la personnalité des répondants, nous avons constaté que l'ensemble des médecins, autant les médecins généralistes que les médecins spécialistes, a davantage une personnalité 2, de type organisé et digne de confiance, comparativement à la personnalité 1, de type ouvert enthousiaste et créatif.

FIGURE 10: RÉPARTITION DES RÉPONDANTS SELON LE TYPE DE PERSONNALITÉ



Pour des fins d'analyse, les résultats pour chaque concept ont été regroupés par spécialisation et par installation. Compte tenu du faible taux de répondants, nous avons préféré faire une analyse comparative entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes pour ainsi avoir des résultats significatifs. De plus, il est important de tenir compte de la très faible représentation pour certaines installations. Les résultats sont donc plus sensibles à de grands écarts de pourcentage, étant donné leur petit nombre.

Chaque concept présenté dans le modèle théorique, soit à la figure 1, a été évalué dans le sondage. Vous trouverez en premier lieu les résultats de la dimension des demandes au travail. Par la suite, vous constaterez les résultats de la dimension des ressources au travail. Puis finalement, vous prendrez connaissance des résultats pour l'ensemble des concepts du processus motivationnel et énergétique du modèle. Autrement dit, les résultats des concepts à l'étude ont été présentés de façon succincte et par dimension.

## 2.1 Outil de mesure

Tous les outils de mesure utilisés dans ce sondage ont été validés antérieurement dans plusieurs études scientifiques. Les analyses factorielles et les résultats des analyses de consistance interne réalisées suggèrent, à l'exception d'un construit (personnalité), une bonne validité psychométrique des instruments utilisés (par exemple : alpha de Cronbach supérieur à 0,70) (figure 11). En ce qui concerne le construit de personnalité, nous avons considéré pertinente l'utilisation de cette variable, puisque d'une part, les valeurs sont légèrement plus faibles que les standards, et d'autre part, celles-ci apportent une information supplémentaire sur le profil des médecins ayant répondu au sondage sans affecter la validité de l'ensemble des résultats obtenus pour les autres construits.

FIGURE 11: QUALITÉ PSYCHOMÉTRIQUE DES INSTRUMENTS DE MESURE

Qualité psychométrique des instruments de mesure (consistance interne)					
Dimensions	Sous-dimension	Alpha de Cronbach	Dimensions	Sous-dimensions	Alpha de Cronbach
Épuisement professionnel			Soutien		
	Épuisement émotionnel	0,91		Organisation	0,88
	Dépersonnalisation	0,75		Collègues	0,92
	Sentiment d'accomplissement	0,71		Chef de service	0,94
Conflit au travail		0,92	Reconnaissance		
Sentiment de surcharge		0,86		Collègues	0,94
Conflit travail/famille		0,84		Chef de service	0,94
Sens du travail		0,85		Patients	0,93
Autonomie		0,83	Historique de changement		0,75
Hostilité des patients		0,71	Personnalité		
Résilience		0,87		Extravertie et ouverte	0,68
Surinvestissement dans le travail		0,81		Digne de confiance/organisée	0,68
Engagement professionnel		0,84	Partage de la vision et des valeurs		0,82
Stress au travail		0,84	Intention de quitter la profession		0,91
Justice procédurale		0,93	Qualité des soins		0,84

### 3. RÉSULTATS COMPARÉS

Cette section présentera les résultats par dimensions, comparés entre les omnipraticiens et les médecins spécialistes et entre chaque installation, ainsi que les résultats globaux qui comprennent approximativement 151 répondants. Les résultats présentés sont le reflet du pourcentage de répondants ayant répondu selon les modalités « plutôt en accord », « en accord » et « très en accord ». De plus, vous trouverez dans cette section quelques commentaires des répondants venant appuyer les résultats obtenus. Il est à noter que seul un échantillon de commentaires a été présenté dans cette section. Pour l'ensemble des commentaires, veuillez vous référer à l'annexe 2. Enfin, les commentaires ont été retranscrits intégralement, et ce, sans aucune correction.

#### 3.1 Surinvestissement dans le travail

Le surinvestissement dans le travail, souvent caractérisé par le terme «workaholisme», a été mesuré à l'aide d'un instrument à 7 questions portant globalement sur le temps consacré au travail au détriment de sa santé, de ses loisirs et/ou de sa famille. Nous cherchions donc à déterminer jusqu'à quel point le répondant est une personne dépendante à son travail, incapable de s'en détacher psychologiquement et qui effectue plusieurs heures de travail au détriment du temps consacré à sa vie personnelle. Les sept questions comportaient une échelle de mesure allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). La figure 12 présente le surinvestissement dans le travail par spécialité et la figure 13 présente le surinvestissement dans le travail par installation.

FIGURE 12: SURINVESTISSEMENT DANS LE TRAVAIL PAR SPÉCIALITÉ

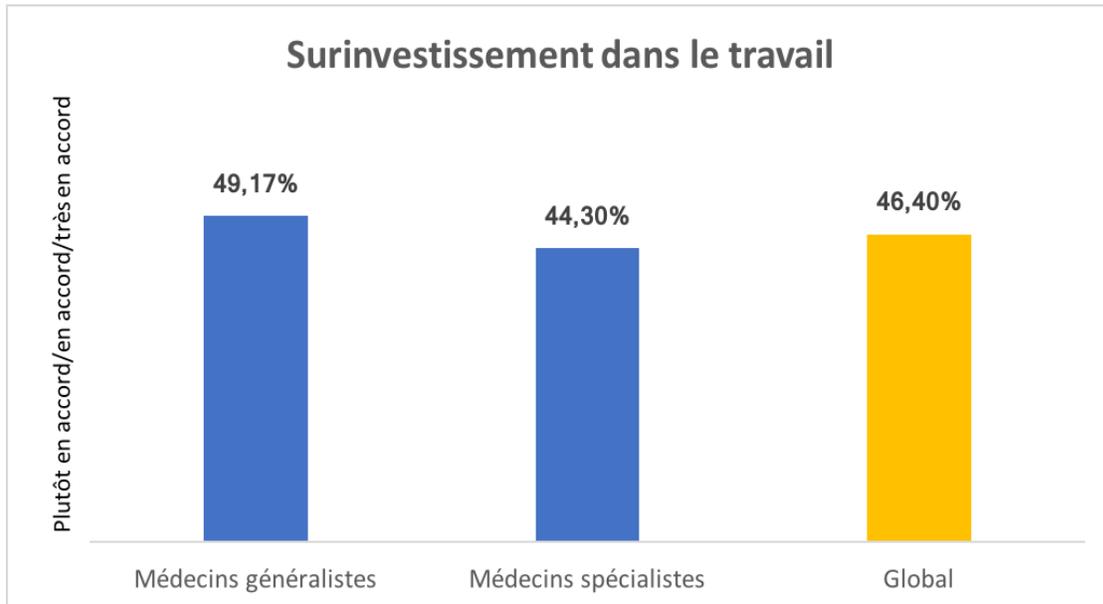
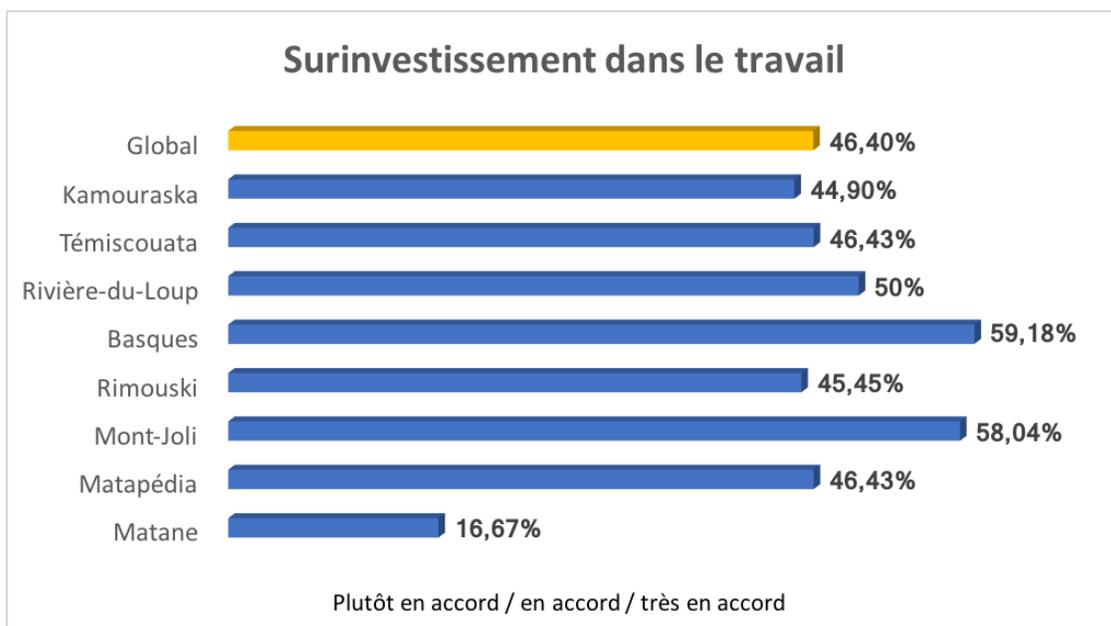


FIGURE 13: SURINVESTISSEMENT DANS LE TRAVAIL PAR INSTALLATION



Il est à noter qu'il existe une différence importante entre le concept d'engagement et celui de surinvestissement. Le surinvestissement, souvent présenté comme une forme de passion obsessionnelle envers son travail se caractérise par certaines pressions internes ou

sociales à intérioriser l'activité. Autrement dit, l'individu devient en quelque sorte dépendant à son travail puisque celui-ci lui procure une source de valorisation, d'appartenance ou d'excitation (Vallerand et al., 2003). Pour sa part, l'engagement tend davantage vers une passion plus harmonieuse (Vallerand et al., 2003), qui procure un état de bien-être ressenti au travail caractérisé par une vigueur et un dévouement volontaire (Schaufeli et Bakker, 2004). Le surinvestissement dans le travail a été évalué puisqu'il peut apparaître comme une exigence et une demande supplémentaire au travail lorsqu'un changement brutal survient dans l'environnement professionnel de la personne. Par exemple, si quelqu'un remet en question ses compétences ou si la personne est confrontée à un échec, comme le travail correspond à une grande partie de son sens identitaire, cette personne pourrait perdre l'ensemble de ses ressources et devenir encore plus vulnérable à l'épuisement professionnel.

### 3.2 Surcharge de travail

Le concept de la surcharge de travail a été évalué à partir de 4 items, soit 4 questions qui cherchaient à déterminer si les médecins se sentaient bousculés ou débordés dans leur travail, s'ils devaient travailler rapidement et déployer un surplus important d'énergie pour terminer leur travail et s'ils manquaient de temps pour accomplir tout ce qu'ils avaient à faire au travail. Ainsi, c'est à l'aide d'une échelle de mesure allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7) que ce concept a été évalué. La récolte des données a donc été faite en tenant compte des résultats compris aux échelles se situant de « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) pour déterminer jusqu'à quel point les médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent faisaient face à une surcharge de travail importante. La figure 14 présente le sentiment de surcharge au travail par spécialité et la figure 15 présente le sentiment de surcharge au travail par installation.

FIGURE 14: SUCARGE DE TRAVAIL PAR SPÉCIALITÉ

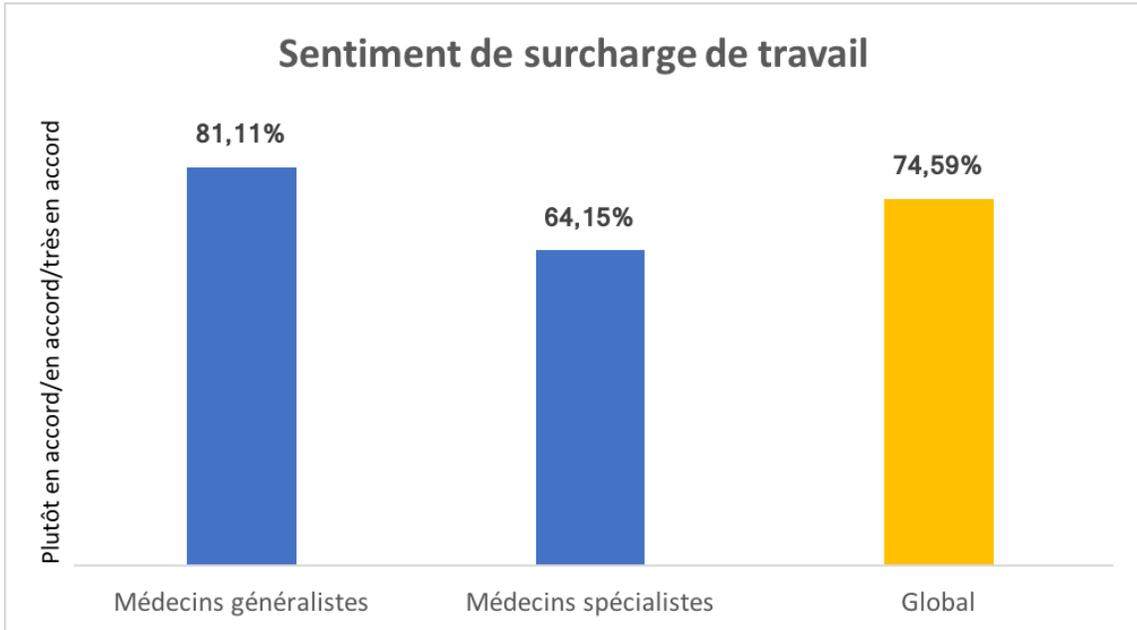
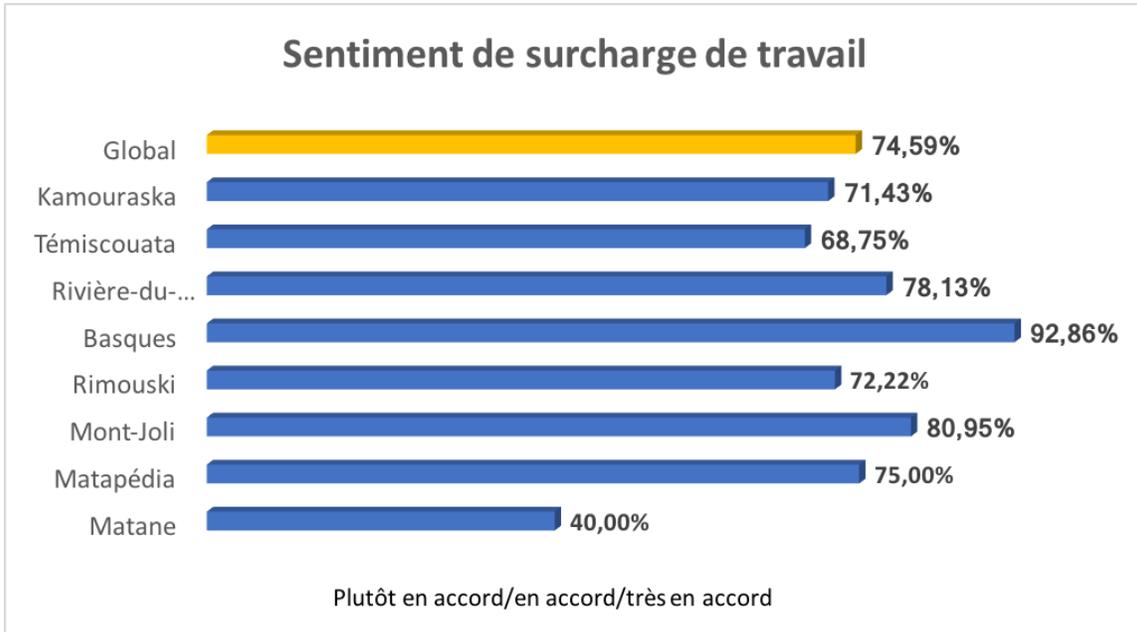


FIGURE 15: SENTIMENT DE SURCHARGE DE TRAVAIL PAR INSTALLATION



La majorité des répondants ont répondu être confrontés à une surcharge de travail. Plusieurs commentaires vont dans ce sens et font également état de l'impact du travail administratif sur la perception de surcharge de travail. En voici quelques extraits <sup>2</sup> :

*« Je sens présentement que tout le monde veut sauver sa peau. Moins d'empathie pour les collègues est globalement pour les patients. Tout le monde est surchargé une non reconnaissance du travail qui n'est pas facturé comme le volet administratif est suivi d'examen. Plusieurs d'entre nous veulent éviter les gardes qui sont plus lourde. On nous demande sans cesse d'augmenter les services à la population mais il y a toujours un certain nombre d'heures disponibles dans une journée! On demeure aussi des parents avec des enfants qui ont des rendez-vous médicaux parfois pour eux ou pour les nôtres... Nous sommes tous fatigués De la surcharge de travail qui ne 16 de augmenté et la non reconnaissance de celle-ci. Loin de nous l'idée de vouloir avoir un statut élitique. Seulement la décence de ne pas nous rabaisser continuellement. »*

*«Je travaille trop et mon organisation met trop de pression sur ses membres.»*

*« La composante administrative de ma profession est celle qui me dérange le pus et m'enlève du temps clinique »*

### 3.3 Présence de stress au travail

La présence de stress au travail a été évaluée à l'aide de 3 questions portant sur le sentiment de nervosité au travail, sur la perception de ne pas être en mesure de surmonter les difficultés au travail et sur le sentiment de frustration face aux problèmes quotidiens auxquels une personne est confrontée au travail. Ces 3 items ont donc été évalués à partir d'une échelle de mesure allant de « Jamais » à « Quelques fois par semaine et plus ». Nous demandions aux répondants d'indiquer leurs réponses en se référant à la période des douze derniers mois. Les résultats sont présentés à la figure 16.

---

<sup>2</sup> Seul un échantillon de commentaires a été présenté dans cette section. Pour l'ensemble des commentaires, veuillez vous référer à l'annexe 2. Les commentaires ont été retranscrits intégralement et ce, sans aucune correction.

FIGURE 16: PRÉSENCE DE STRESS AU TRAVAIL PAR SPÉCIALITÉ

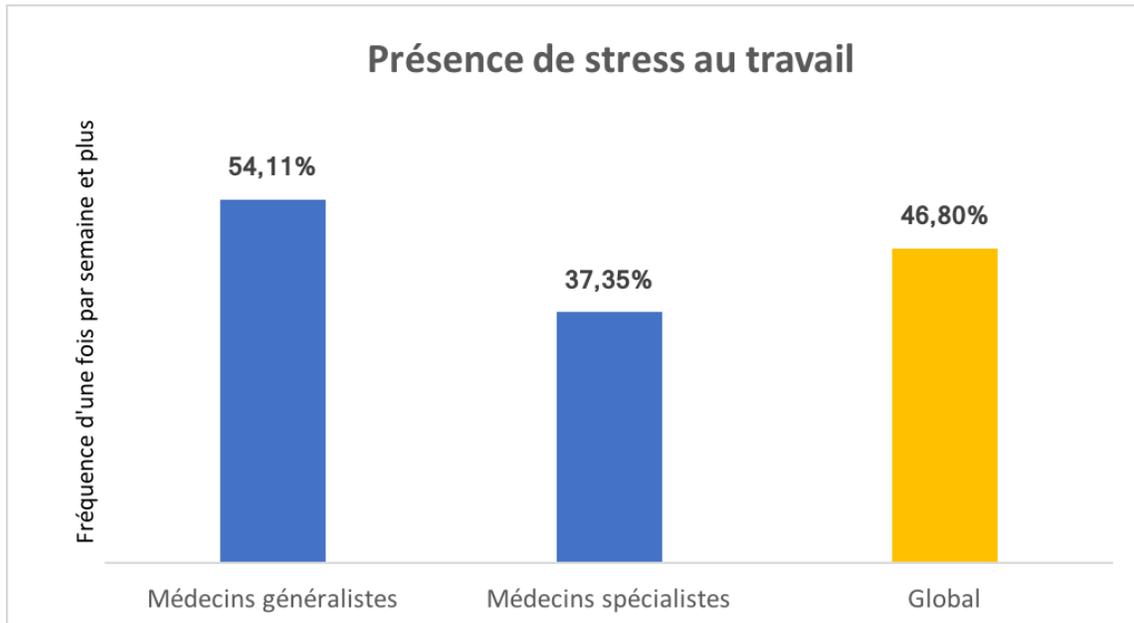
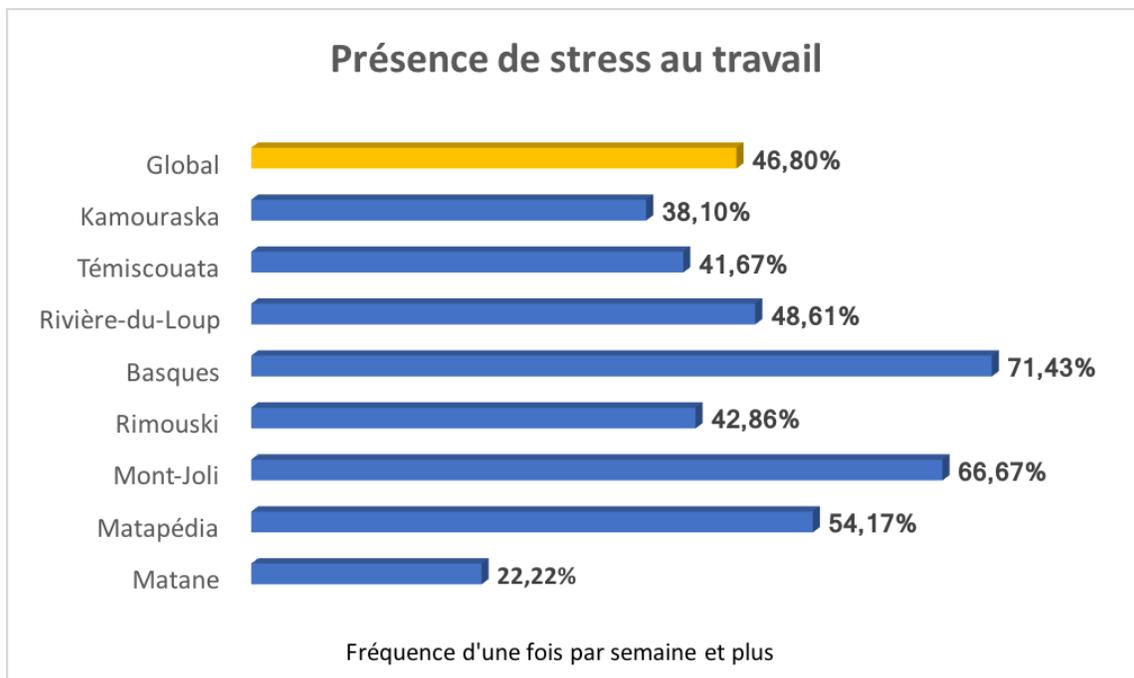


FIGURE 17: PRÉSENCE DE STRESS AU TRAVAIL PAR ÉTABLISSEMENT



### 3.4 Interférence du travail sur la vie familiale

Le concept de l'interférence du travail sur la vie familiale a été évalué à l'aide de 4 questions qui portaient sur la fatigue ressentie une fois à la maison, sur le sentiment d'irritabilité une fois à la maison, sur le fait d'être préoccupé par son travail malgré le fait d'être chez soi et sur le fait de ne pas consacrer le temps souhaité à sa vie personnelle et familiale. Ces 4 items ont été évalués sur une échelle à 7 niveaux, soit de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). Les résultats sont présentés à la figure 18 par spécialité, puis à la figure 19 par établissement.

FIGURE 18: CONFLIT TRAVAIL-FAMILLE PAR SPÉCIALITÉ

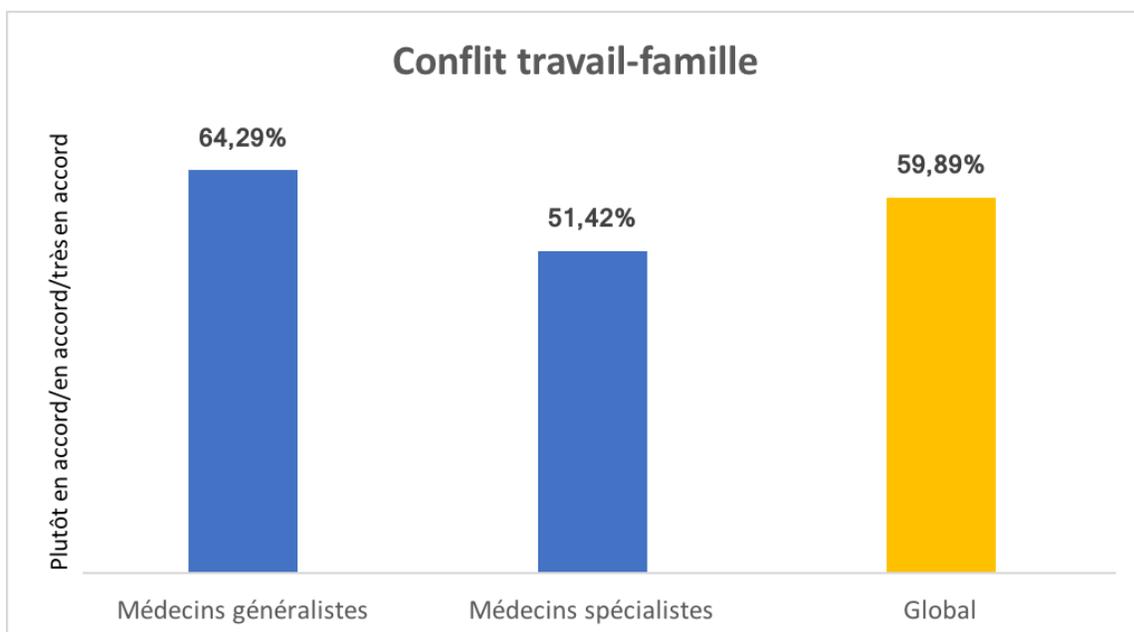
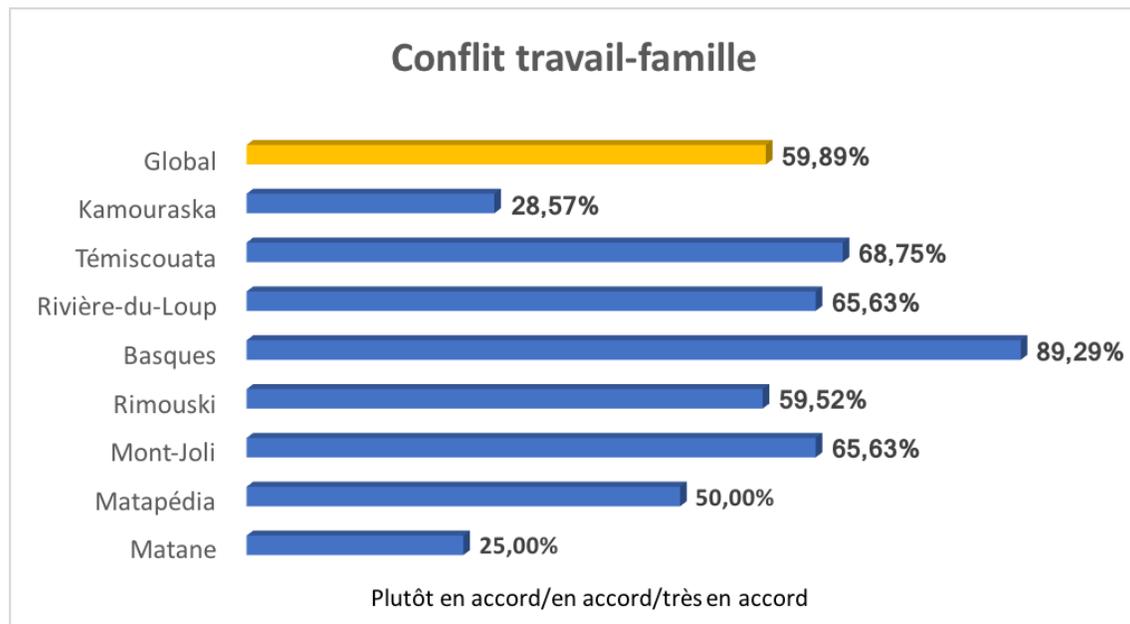


FIGURE 19: CONFLIT TRAVAIL-FAMILLE PAR SITE



Les difficultés de conciliation entre son travail et sa vie personnelle peuvent être très néfastes. Les résultats d'une étude aux États-Unis portant sur l'épuisement professionnel et la satisfaction au travail des membres du collège des chirurgiens américains suggèrent que les conflits entre le travail et la maison jouent un rôle dans l'épuisement professionnel et la satisfaction professionnelle des hommes et des femmes (Dyrbye et al., 2011). De plus, lorsqu'on analyse les résultats obtenus dans notre étude, il est pertinent de soulever que 75,74% des répondants sont des femmes et qu'elles représentent 89,61% des répondants omnipraticiens. Nous soulevons cette statistique, puisqu'il a été constaté dans la littérature, et ce, plus particulièrement dans l'étude de Langballe, Innstrand et al. (2010), que chez les femmes, ce serait davantage les difficultés à concilier leur travail avec leur vie personnelle que la charge de travail qui aurait le plus d'impact sur l'épuisement professionnel. Le résultat obtenu chez le groupe des médecins généralistes en ce qui a trait aux conflits travail-famille peut donc s'expliquer et être influencé par cette réalité qui existe chez les femmes médecins.

Voici un commentaire qui fait état de la nature du conflit travail-famille chez les médecins :

« Je vois bien mes patients et je suis plus disponible pour eux avec les changements des dernières années qui ont finalement favorisé le bureau. Cependant, la pression est de plus en plus lourde pour voir les patients rapidement, les patients y sont gâtés et devenus plus exigeants pour être vu rapidement. La paperasse de bureau/administrative est de plus en plus lourde: beaucoup trop! Pour concilier travail/famille et voir les patients, la paperasse non urgente attend et s'accumule au lieu d'être faite au fur et à mesure comme avant et devient lourde à porter car non seulement je ne vois pas le bout mais elle s'accumule à tous les jours. J'aime mes patients mais la pratique est de plus en plus demandante et sous pression: on presse le citron mais le jus coule de moins en moins. »

### 3.5 Hostilité des patients

L'hostilité des patients est un concept qui a été évalué à l'aide de 3 questions portant sur les comportements des patients à l'égard du médecin. On parle ainsi des critiques à l'égard des soins donnés, des gestes ou du langage inapproprié à l'égard du médecin et du refus de prendre les médicaments ou le traitement recommandé par le médecin. Ce concept a donc été évalué à l'aide d'une échelle de mesure allant de « très en désaccord» (1) à «très en accord» (7). La figure 20 présente les résultats concernant l'hostilité des patients perçue selon les spécialités et la figure 21 présente les résultats concernant l'hostilité des patients perçue selon l'installation.

FIGURE 20: HOSTILITÉ DES PATIENTS SELON LA SPÉCIALITÉ

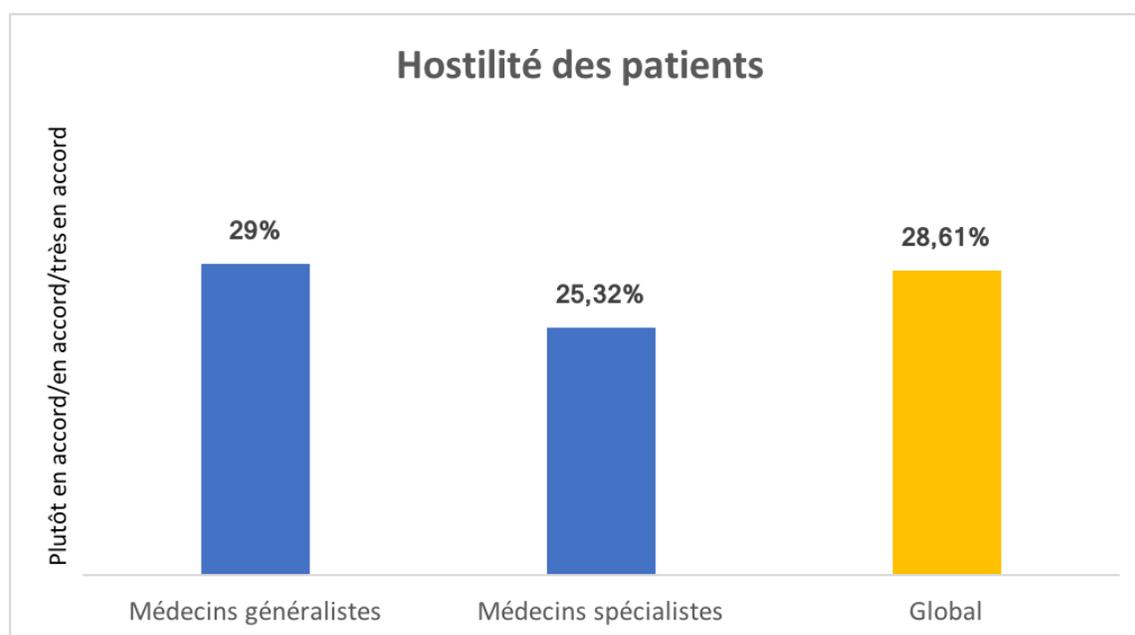
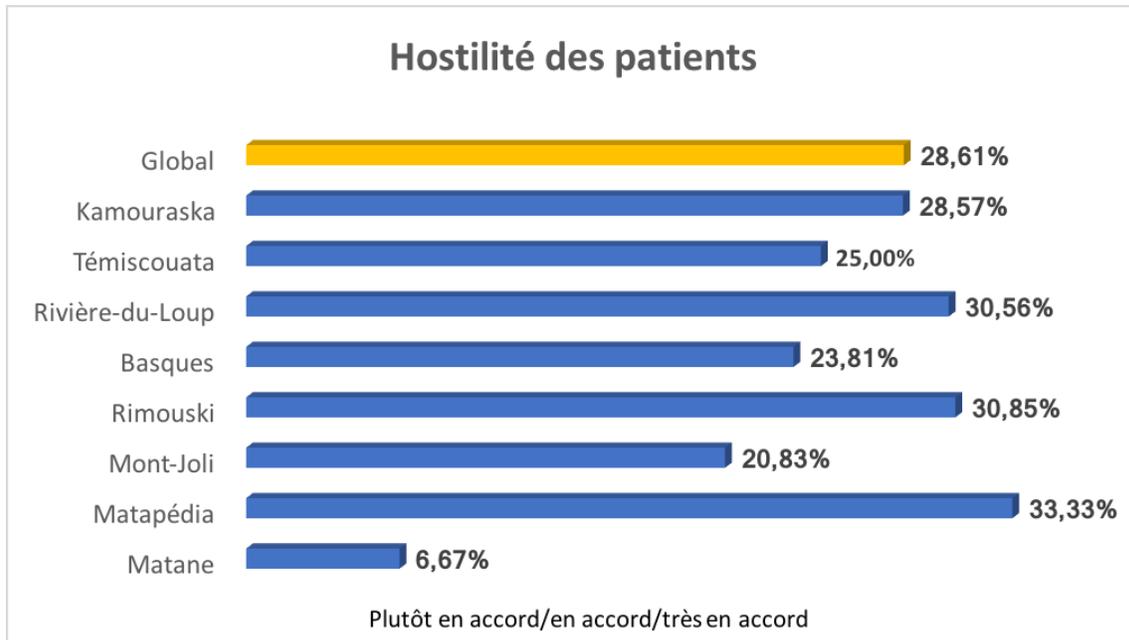


FIGURE 21: HOSTILITÉ DES PATIENTS SELON L'INSTALLATION



Bien que la relation thérapeutique soit au cœur de la pratique médicale et représente un facteur inhérent au métier de médecin, elle peut devenir parfois une grande source de stress et engendrer de grandes difficultés sur le plan émotif lorsque les rapports sont difficiles avec les patients (Arnetz, 2001).

### 3.6 Conflits de travail

La mesure du conflit de travail est composée de 7 questions portant principalement sur les rapports hostiles entre les membres de l'équipe médicale, à savoir les conflits d'idées, les divergences d'opinions, l'antipathie, la division entre les membres de l'équipe en ce qui concerne les objectifs à atteindre, le niveau d'agressivité entre les membres de l'équipe et les disputes sur la façon dont le travail devrait être fait. Cette mesure a été évaluée selon une échelle de réponses à 7 indicateurs, allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). La figure 22 présente les résultats concernant le mauvais climat de travail selon la spécialité tandis que la figure 23 présente les résultats selon l'installation.

FIGURE 22: MAUVAIS CLIMAT DE TRAVAIL SELON LA SPÉCIALITÉ

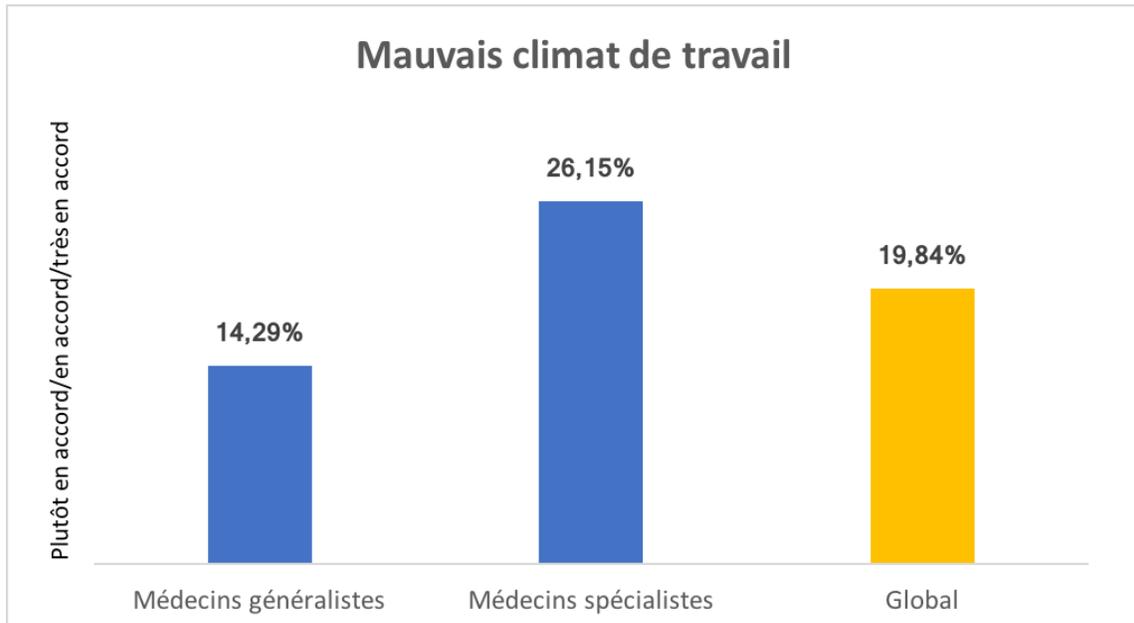
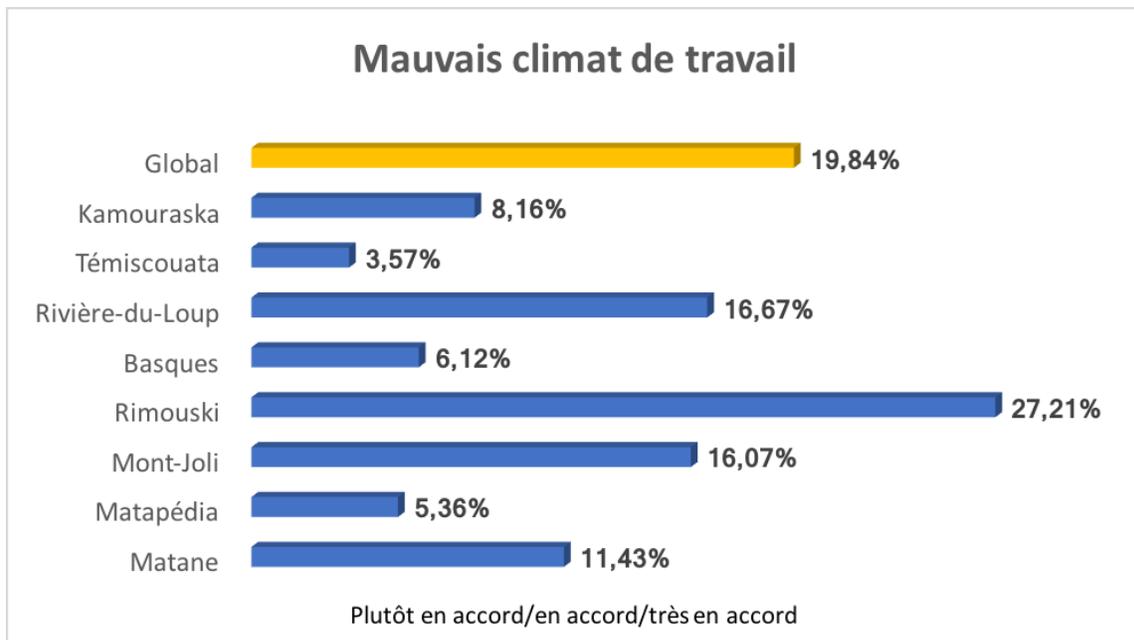


FIGURE 23: MAUVAIS CLIMAT DE TRAVAIL SELON L'INSTALLATION



Malgré le fait que seulement 19,84% des médecins soulignent la présence d'un climat difficile dans leur environnement de travail, plusieurs commentaires vont dans un tout autre sens. En voici quelques exemples :

*« je sens que le climat de travail s'est grandement détérioré depuis les 12-18 derniers mois. »*

*« Notre chef de service local travaille pour le bien-être de ses on équipe Alors que le régional tire la couverture de son côté aux détriments de certaines installations. L'animosité est plus grande de la part des spécialistes envers les médecin de famille Entre les différentes installations qui ont toujours l'air de penser que ceux d'ailleurs ne font rien. Plusieurs personnes pensent à leur bien être personnel plutôt qu'à l'orchestration Globale des soins »*

*« Climat de travail malsain. Comportement intimidateur de certains gestionnaires. Culture de harcèlement. Aucun support de l'établissement en cas de problèmes. Absence complète de reconnaissance. Le tout c'est intensifié sérieusement depuis quelques années »*

*« Problématiques récurrentes de harcèlement et d'intimidation au CISSS, abus verbal, menaces, etc. L'intimidation et le harcèlement sont dans l'ADN de l'organisation... »*

### 3.7 Stress lié aux changements organisationnels

Le stress lié aux changements organisationnels a été mesuré à l'aide de 8 questions qui s'intéressaient à l'impact des changements organisationnels sur la qualité, l'efficacité et la performance des services offerts. Ces questions cherchaient également à déterminer si on considérait les opinions et les idées des médecins vis-à-vis les changements et si on considérait également l'effet de ces changements sur le bien-être de ceux-ci. L'adhésion aux changements organisationnels a été mesurée à l'aide d'une échelle allant de «très en désaccord» (1) à «très en accord» (7). La figure 24 présente cette adhésion selon la spécialité et la figure 25 la présente selon l'installation.

FIGURE 24: ADHÉSION AUX CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS SELON LA SPÉCIALITÉ

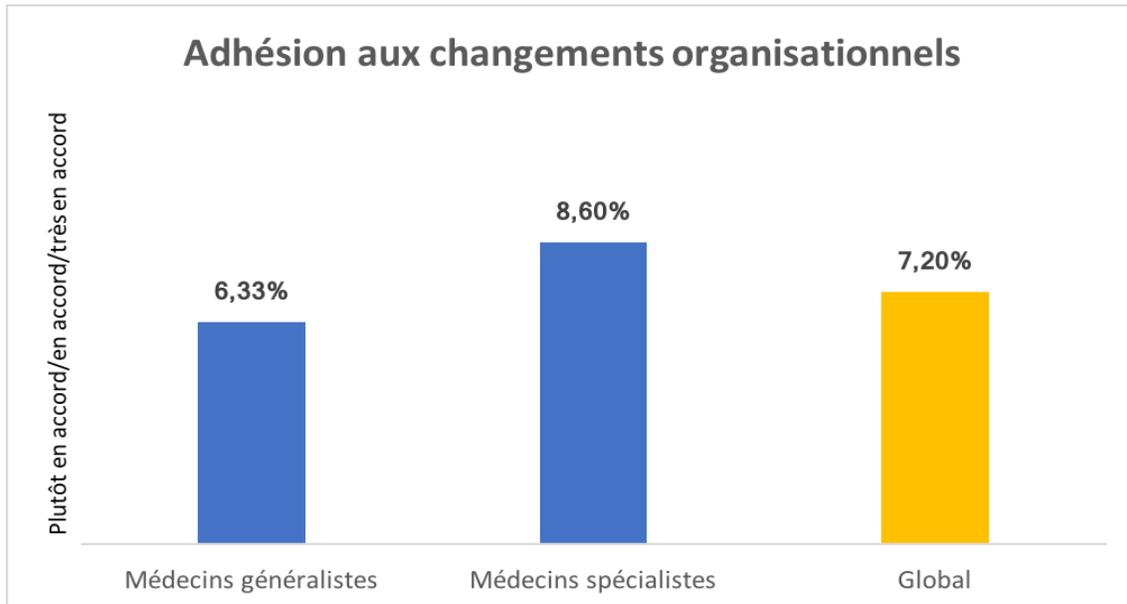
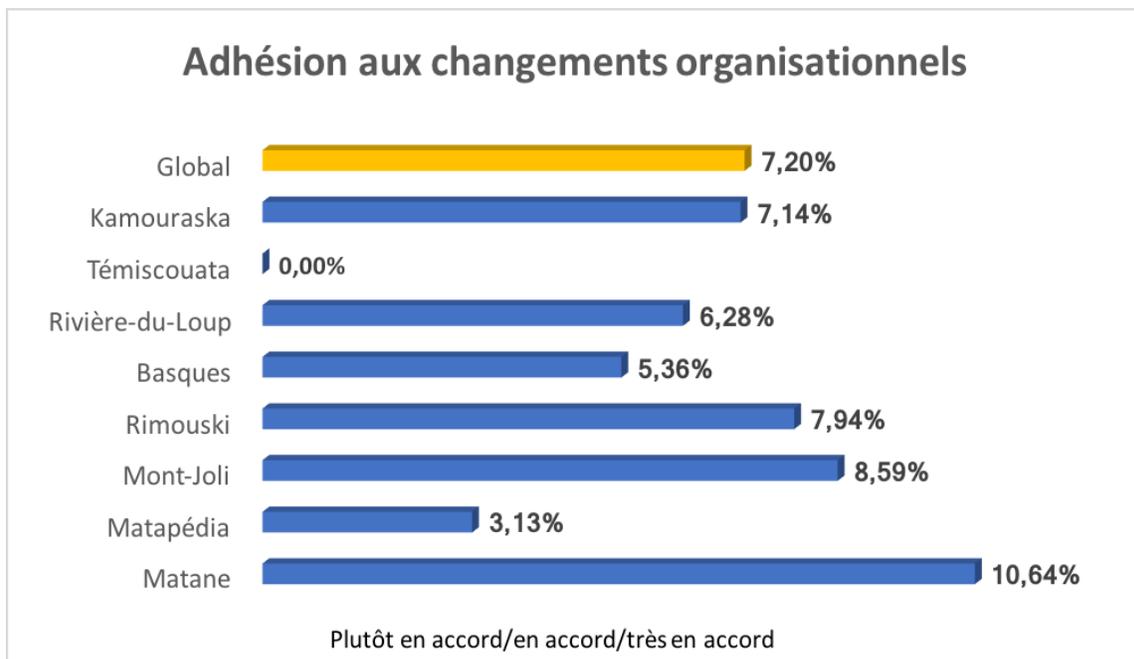


FIGURE 25: ADHÉSION AUX CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS SELON L'INSTALLATION



La satisfaction et l'adhésion face aux changements organisationnels ne s'avèrent pas positives lorsqu'on analyse les résultats obtenus, autant pour les omnipraticiens que pour

les médecins spécialistes, et ce, pour l'ensemble des installations. Les dernières réformes dans le réseau de la santé semblent avoir eu beaucoup d'impacts sur les relations interpersonnelles, sur les conflits, sur le stress et sur les frustrations au travail. Plusieurs commentaires reflètent parfaitement les résultats plutôt faibles que nous avons obtenus. En voici quelques exemples :

*« Augmentation du stress, des frustrations et des conflits depuis projets de lois 10, 20 et 130. Les gestionnaires et les médecins font ce qu'ils peuvent, mais se buttent à des exigences ministérielles irréalistes. De plus le salissage médiatique de la profession médicale finit par miner le moral de professionnels dévoués et la passion s'amenuise...»*

*« Depuis les CISSS notre pratique s'est dégradé, le soutien est de moins en moins présent. Les efforts déployés lors des ruptures de services dans les autres hôpitaux (télémédecine avec Matane pour diminuer le déplacement des patients) sont critiqués au lieu d'être salués. J'ai l'impression qu'il n'y a plus de développement possible, que le budget est au centre de tout. Que l'interdisciplinarité se fait sans les médecins. Nous devons répondre sur le champs aux diverses demandes des infirmières pivots, secrétaires, MD de l'extérieur. J'ai l'impression que les autres professionnels de la santé ne comprennent pas le travail que nous accomplissons. Nous gérons les ratés du système comme la transcription qui prends jusqu'à 4 semaines, les nombreux applicatifs informatiques à ouvrir, les dossiers incomplets, les patients que l'on fait venir trop tôt, les remboursements inégaux des médicaments par la RAMQ. Une chance il y a les patients. »*

*« La fusion des 8 établissements a été une décision catastrophique pour la région. Nos gestionnaires sont dépassés et non disponibles, les gens ne se connaissent plus entre eux, les gestionnaires prennent des décisions pour des milieux dont ils ne connaissent pas la réalité et les besoins, on coupe dans des projets qui ont fait leur preuve avant la fusion, et ça encourage les milieux à se battre entre eux pour des ressources financières ou humaines. Mon équipe n'a jamais été aussi épuisée et fragilisée. Trop de changements, de coupures, de critiques. On exige des médecins d'être plus disponibles et plus efficaces mais on peine à leur offrir du secrétariat suffisant et des infirmières disponibles tous les jours. Avec la grosseur de notre CISSS, prendre une banale décision prend des semaines, obtenir une autorisation des mois....»*

*« La situation s'est dégradée depuis la fusion en CISSS. Il y a eu perte de la proximité avec les directions et perte de support. Il y a manque de compréhension des situations locales. Il y a multiplication des réunions de département et comités du CMDP. Il y a plus d'activités obligatoires qui ne sont pas pertinentes pour la pratique médicale de tous ou qui ne font pas de sens. Il y a eu plusieurs changements informatiques, certains qui améliorent*

*les processus mais d'autres qui complexifient la situation. Il y a trop de temps passé et perdu dans l'administratif et moins auprès des patients. »*

*« Nette détérioration de toutes ces conditions depuis le CISSS »*

*« La dernière réforme a eu beaucoup d'effets négatifs sur ma pratique »*

### 3.8 Capacité de résilience

La résilience chez une personne a été évaluée à l'aide de 6 questions portant sur la capacité d'une personne à rebondir rapidement suite à des moments ou à des situations difficiles. L'échelle de mesure se situait de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). Nous avons donc tenu compte de l'échelle allant de « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) pour déterminer et faire une représentation globale de la capacité de résilience chez les médecins. La figure 26 présente les résultats sur la capacité de résilience répartis selon la spécialité et la figure 27 présente ces résultats répartis selon l'installation.

FIGURE 26: CAPACITÉ DE RÉSILIENCE PAR SPÉCIALITÉ

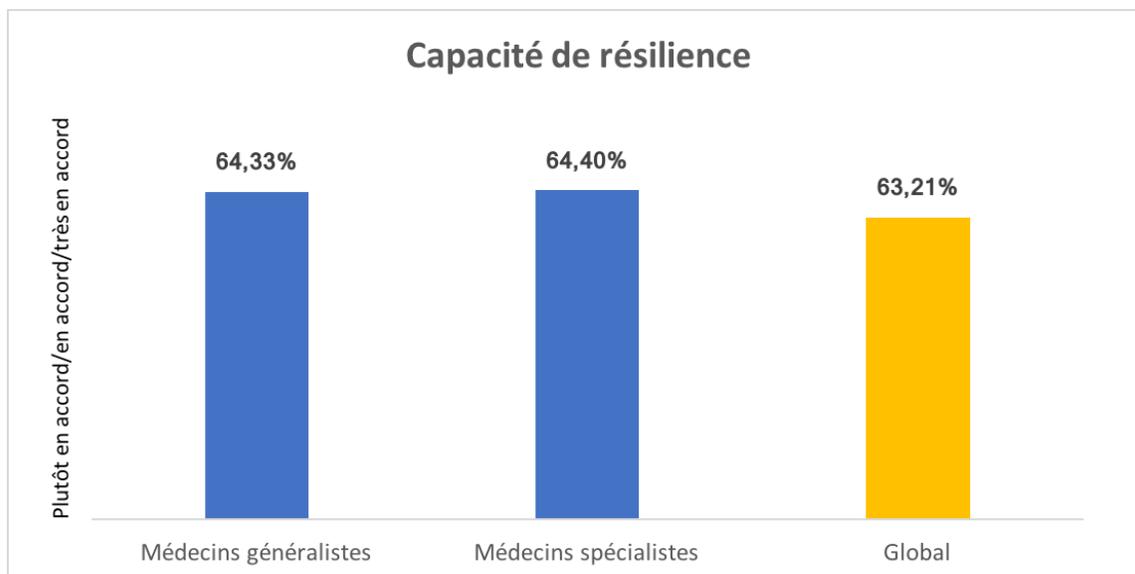
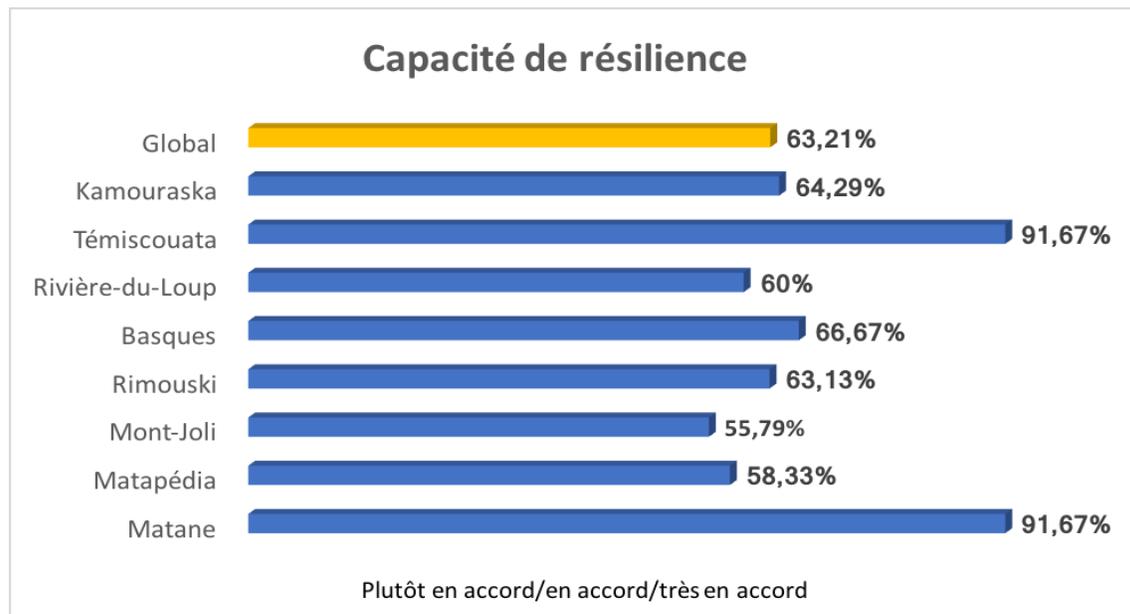


FIGURE 27: CAPACITÉ DE RÉSILIENCE SELON L'INSTALLATION



Les résultats obtenus en ce qui a trait à la capacité de résilience chez les médecins sont encourageants, mais exigent une amélioration significative. En effet, il est plus qu'important d'avoir une bonne connaissance de soi, une habileté à reconnaître que ses attitudes et ses comportements changent et par conséquent, savoir intervenir si nécessaire, car il s'agit là d'une clé importante qui différencie ceux qui entretiennent un engagement sain dans leur pratique de ceux qui sont plus vulnérables à l'épuisement professionnel (Nedrow et al., 2013). Les statistiques démontrent que les individus qui présentent des maladies mentales ont un plus bas niveau de résilience comparativement à la population en général. De plus, la résilience peut être un facteur de protection fort adéquat pour combattre l'anxiété, la dépression et les réactions de stress (Connor et al., 2003). Ainsi, le fait que près de 40% des médecins n'ont pas une bonne capacité de résilience peut rapidement suggérer que certains n'ont possiblement pas la capacité à faire face aux nombreuses exigences au travail.

### 3.9 Autonomie professionnelle

L'autonomie professionnelle a été évaluée à l'aide de 3 questions portant sur le fait d'avoir l'autorité et le pouvoir suffisant pour faire son travail de manière efficace. L'échelle de mesure à 7 indicateurs allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7) a été

utilisée pour mettre en lumière ce concept. L'ensemble des données issues des indicateurs « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) ont été comptabilisées pour faire un portrait global de la perception d'autonomie chez les médecins. La figure 28 présente les résultats sur la perception d'autonomie chez les médecins selon la spécialité alors que la figure 29 présente les résultats selon l'installation.

**FIGURE 28: AUTONOMIE PERÇUE AU TRAVAIL SELON LA SPÉCIALITÉ**

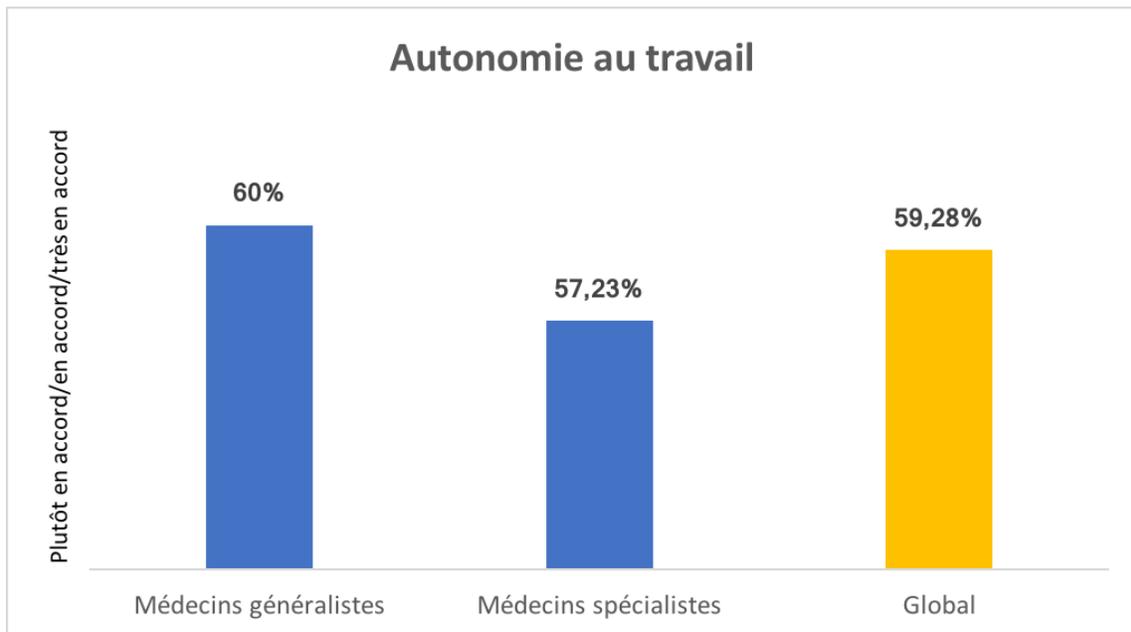
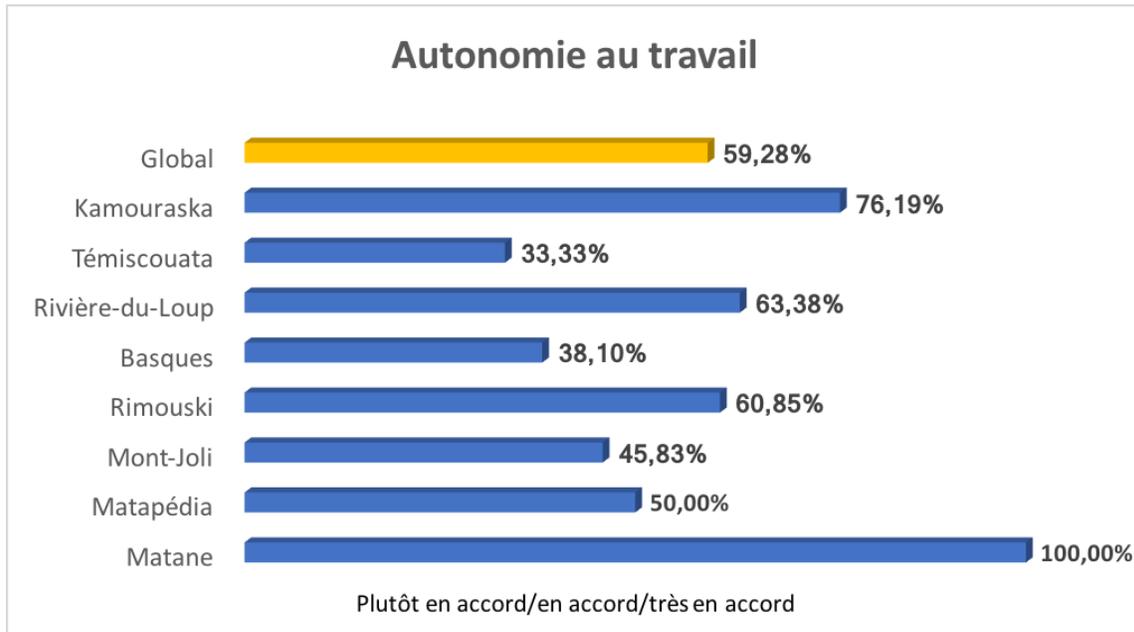


FIGURE 29: AUTONOMIE PERÇUE AU TRAVAIL SELON L'INSTALLATION



### 3.10 Perception du soutien

La perception du soutien a été évaluée sous 3 angles, soit la perception du soutien organisationnel, du chef de service médical et des collègues. Chaque forme de soutien a été évaluée à l'aide de trois questions portant sur la perception qu'avait le médecin à savoir si la source de soutien faisait tout ce qui était en son pouvoir pour faciliter son travail, s'il pouvait compter sur cette source en cas de problème et s'il serait écouté en cas de difficultés. L'échelle de réponse se situait entre l'indicateur « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). La figure 30 présente les résultats sur le soutien organisationnel perçu selon la spécialité et la figure 31 présente les résultats selon l'installation.

FIGURE 30: PERCEPTION DU SOUTIEN ORGANISATIONNEL SELON LA SPÉCIALITÉ

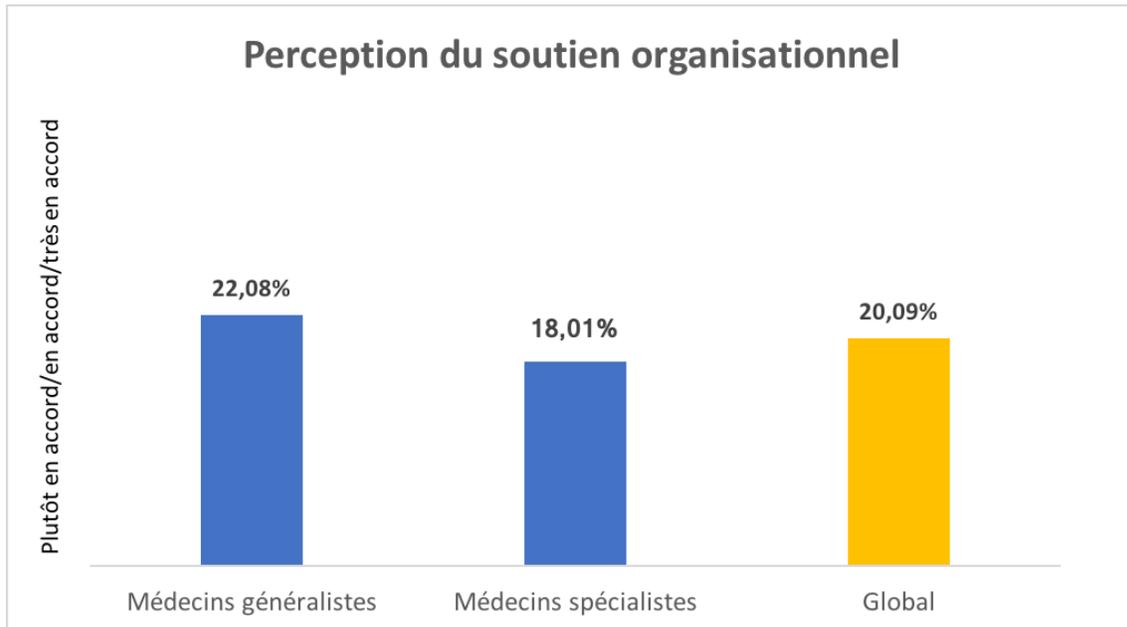
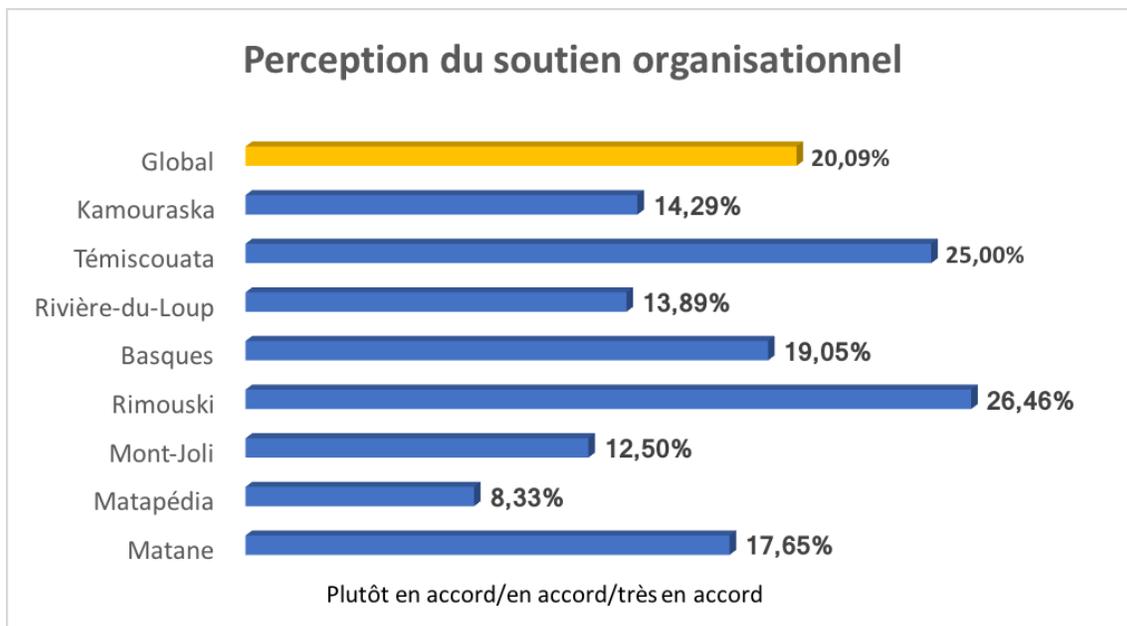


FIGURE 31: PERCEPTION DU SOUTIEN ORGANISATIONNEL SELON L'INSTALLATION



La figure 32 présente les résultats sur le soutien du chef de service médical perçu selon la spécialité et la figure 33 présente les mêmes résultats selon l'installation.

FIGURE 32: PERCEPTION DU SOUTIEN DU CHEF DE SERVICE MÉDICAL SELON LA SPÉCIALITÉ

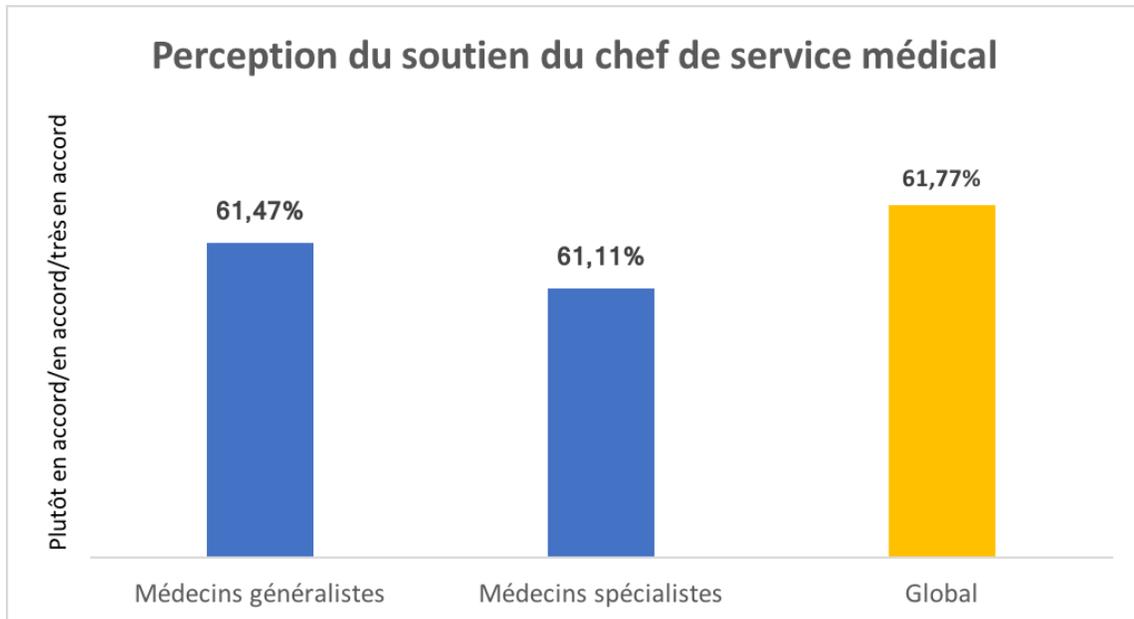
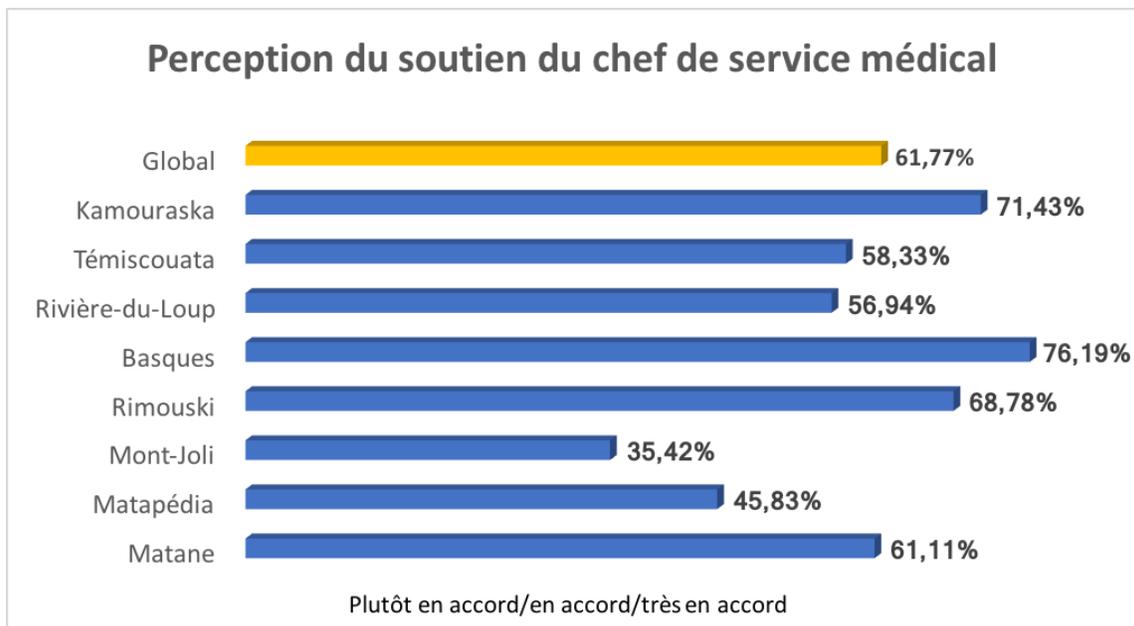


FIGURE 33: PERCEPTION DU SOUTIEN DU CHEF DE SERVICE MÉDICAL SELON L'INSTALLATION



La figure 34 présente les résultats sur le soutien des collègues perçu selon la spécialité et la figure 35 présente les mêmes résultats selon l'installation.

FIGURE 34: PERCEPTION DU SOUTIEN DES COLLÈGUES SELON LA SPÉCIALITÉ

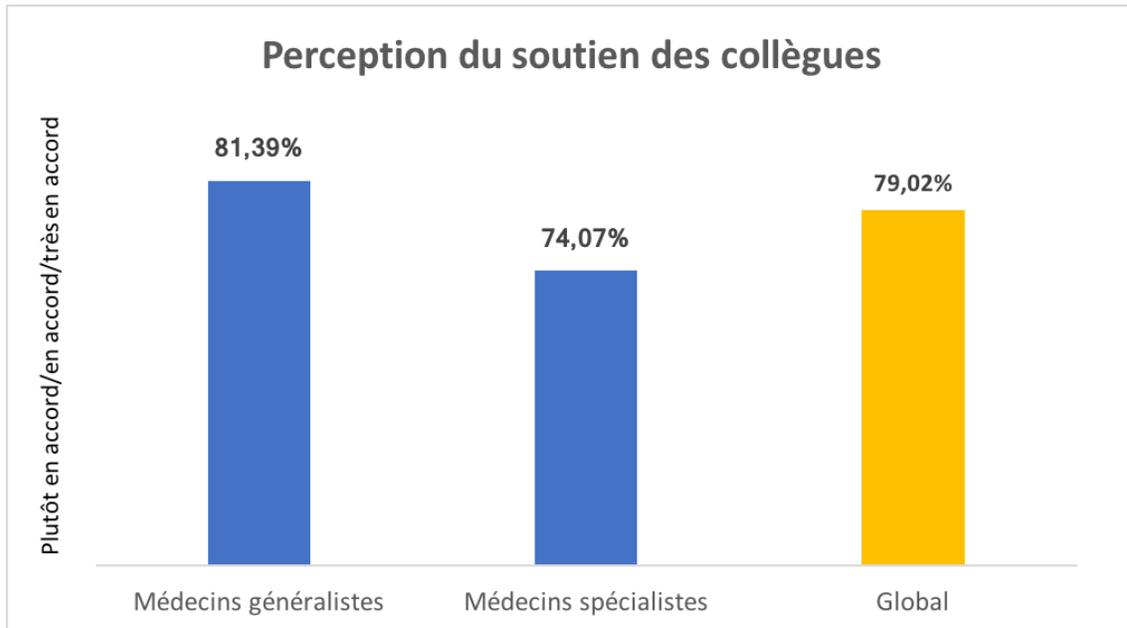
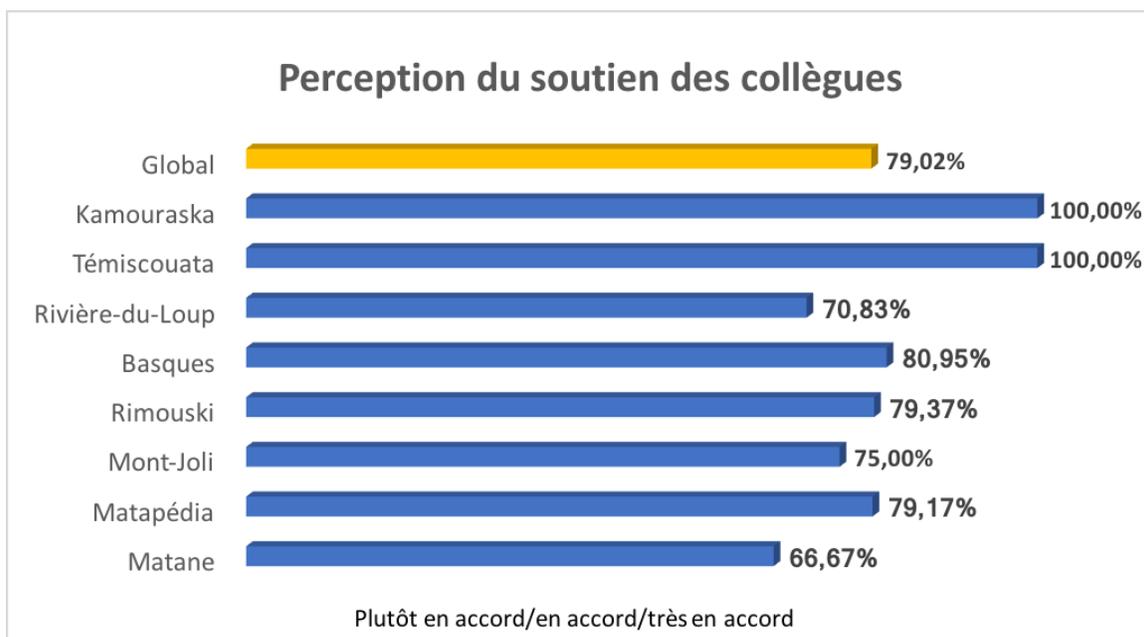


FIGURE 35: PERCEPTION DU SOUTIEN DES COLLÈGUES SELON L'INSTALLATION



Plusieurs modèles théoriques portant sur le stress ont su identifier le soutien social comme une ressource importante et un mécanisme d'adaptation pouvant avoir un impact significatif sur la réduction des effets négatifs des facteurs de stress. De plus, en ce qui a trait aux médecins, il aiderait grandement l'individu à préserver son énergie mentale et diminuerait les risques d'épuisement professionnel (Carlson & Perrewé, 1999; Vultee, Axelsson, & Arnetz, 2007). Ainsi, lorsqu'on regarde les résultats, on constate que le soutien du chef de service médical et le soutien des collègues sont présents, mais doivent encore s'améliorer considérablement, et ce, pour l'ensemble des médecins. De plus, la perception du soutien organisationnel est très faible et peut occasionner plusieurs frustrations. Voici deux extraits à ce sujet :

*« Malgré qu'on soit fatigué, brulé, les chefs en impose toujours plus. »*

*« la santé mentale des chef de service et de département est un sujet d'étude qui serait très intéressant car il y a un problème majeur au niveau du support au chef de service et département dans notre établissement. »*

### 3.11 Adhésion à la vision et aux valeurs du ministère de la Santé

Le concept de la congruence des valeurs à savoir l'adhésion à la vision et aux valeurs du ministère de la Santé a été évalué à l'aide de 5 questions. Ces questions portaient sur plusieurs éléments. Il y avait d'abord la vision quant aux buts à atteindre collectivement, la congruence des valeurs personnelles avec celles du ministère, l'orientation précise à prendre pour les prochaines années, puis le partage de la même vision quant au futur souhaité pour les établissements du réseau. L'ensemble des questions a été mesuré à l'aide d'une échelle de réponses allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). La compilation des données a donc été faite grâce aux réponses allant de « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) qui nous ont permis d'avoir un portrait global sur l'adhésion des médecins à la vision et aux valeurs du ministère de la Santé selon la spécialité (figure 36) et selon l'installation (figure 37).

FIGURE 36: ADHÉSION À LA VISION ET AUX VALEURS DU MINISTÈRE SELON LA SPÉCIALITÉ

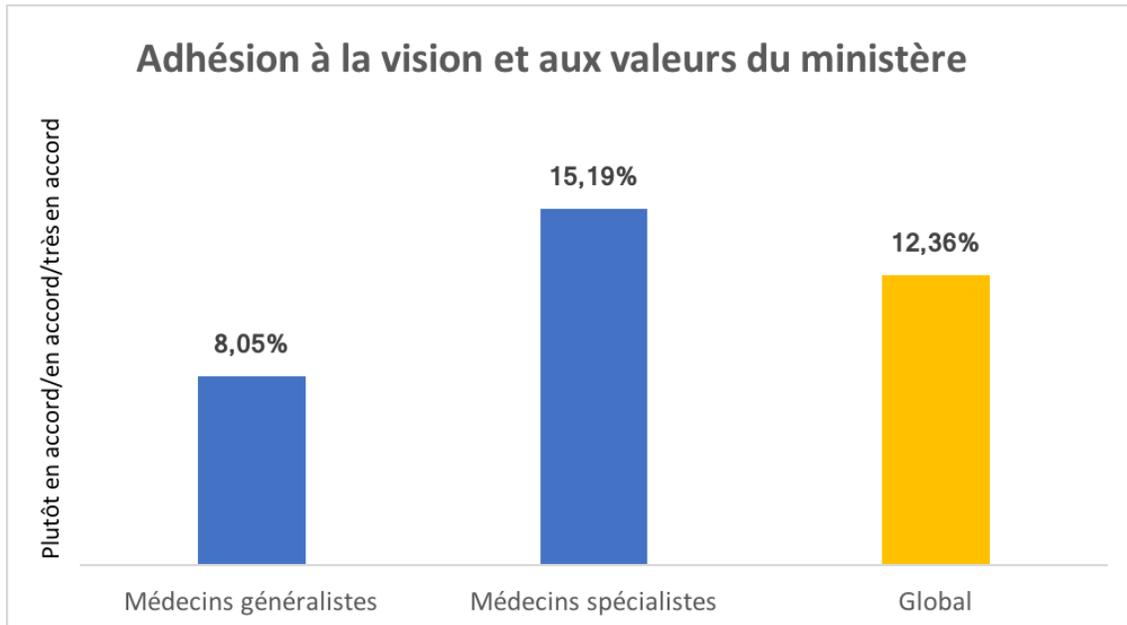
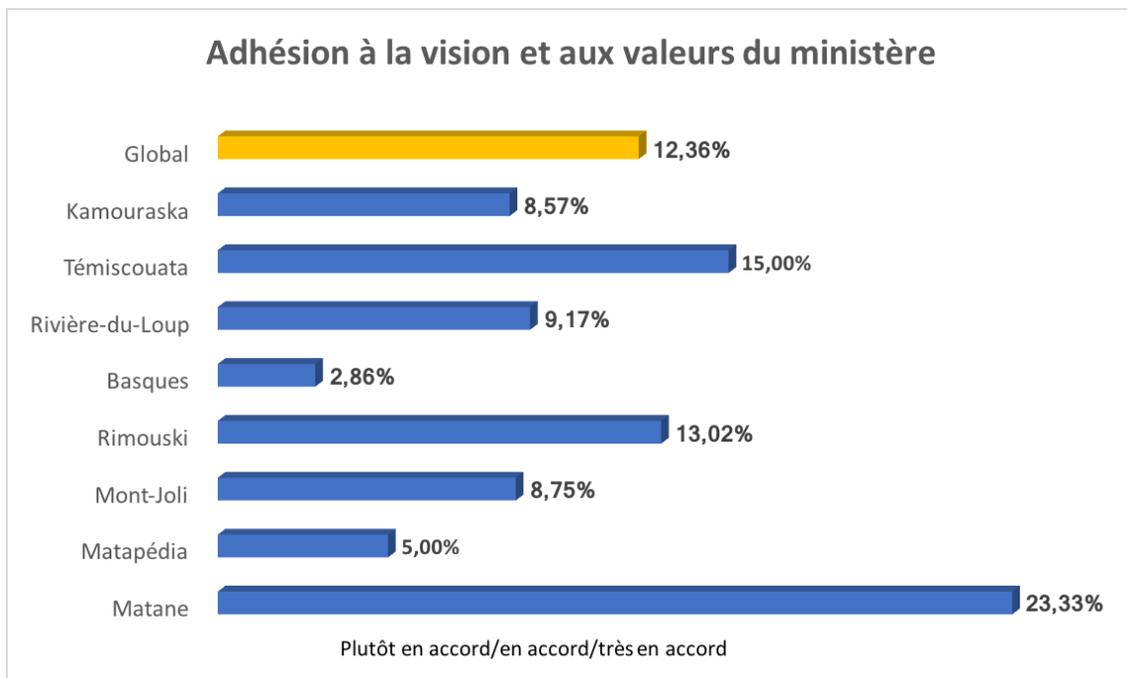


FIGURE 37: ADHÉSION À LA VISION ET AUX VALEURS DU MINISTÈRE SELON L'INSTALLATION



La congruence des valeurs s'avère une ressource pertinente dans un contexte où les demandes sont très présentes, comme dans le cas des médecins. Effectivement, la congruence entre les valeurs personnelles du médecin et celles de l'organisation est une ressource au travail qui peut avoir un impact significatif sur le sentiment d'épuisement, sur le cynisme et sur la perception d'inefficacité professionnelle (Leiter, Frank & al., 2009). Dans le même ordre d'idées, l'étude canadienne de Leiter et al. (2009) portant sur plus de 3000 médecins a démontré également que l'incongruence des valeurs entre le médecin et l'organisation contribuerait en soit à l'épuisement professionnel, et ce, plus particulièrement pour les femmes médecins (Leiter et al., 2009). Il est donc à noter que ce taux de 12,36% d'adhésion à la vision et aux valeurs du ministère peut avoir des conséquences négatives à long terme sur la santé des individus. Quelques commentaires illustrent les résultats obtenus et font état de la situation actuelle au sein de leur environnement de travail. En voici quelques extraits :

*« Je prend ma retraite l'an prochain, J'aime encore beaucoup ma profession. Je serai très contente de quitter les normes ministérielles. »*

*« Je trouve extrêmement difficile de ne pas être en mesure d'apporter ma contribution aux soins de santé à temps plein parce qu'il n'y a pas de place (ou très peu) au travail à temps partiel. J'ai l'impression d'être à contre-courant des directives ministérielles (prendre plus de patients, faire plus de bureau) et en conséquence, le message que je reçois est que ma pratique est "déviant". De plus, les notions d'efficacité, de responsabilité collective et d'optimisation de soins sont en conflit avec le type de pratique que je vise, soit d'être présente pour mes patients et de prendre le temps de bien les suivre (ce qui ne peut se faire avec des r-v de 10 minutes). Heureusement, je peux retrouver un peu de reconnaissance avec le contact avec mes patients. »*

### 3.12 Justice des procédures

Le concept de justice procédurale a été évalué à l'aide de 7 questions portant sur la justice des procédures. On entend par le concept de justice le fait, par exemple, de pouvoir, comme médecin, donner son point de vue ou exposer son désaccord vis-à-vis une décision prise par les gestionnaires. La justice comprend également le fait d'être représenté lorsque vient le temps de prendre des décisions et/ou d'entendre les préoccupations des personnes qui seront affectées par les nouvelles décisions. L'échelle de mesure de situait entre l'indicateur « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7) et

seulement les réponses qui se situent aux indicateurs « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) ont été compilées afin de déterminer la perception réelle de justice. Ces résultats sont présentés selon la spécialité (figure 38) et selon l'installation (figure 39).

FIGURE 38: PERCEPTION DE JUSTICE DES PROCÉDURES SELON LA SPÉCIALITÉ

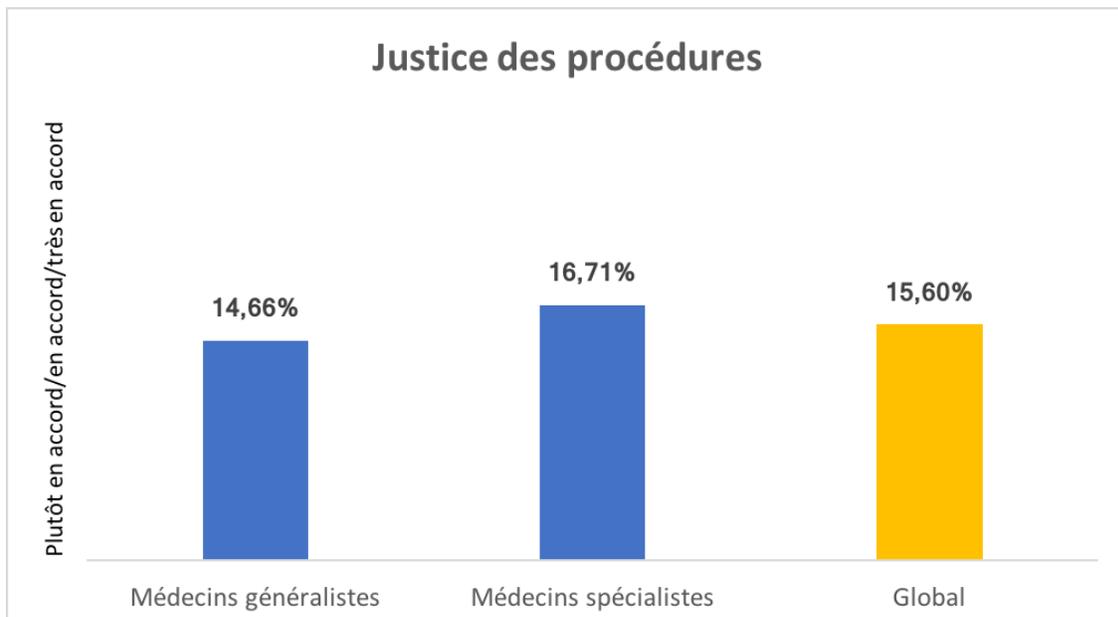
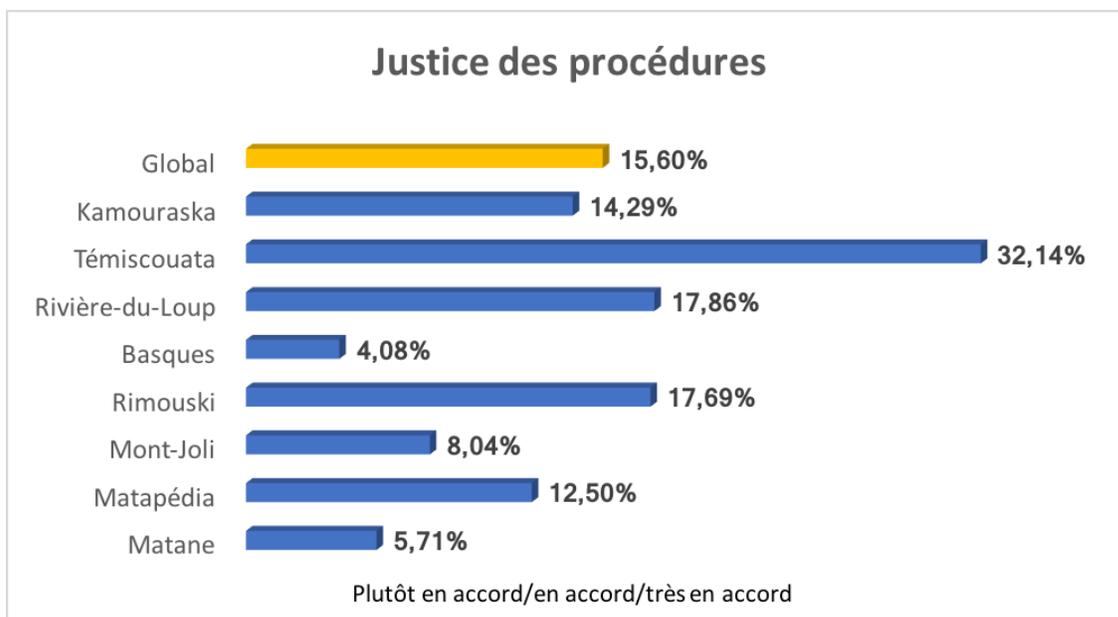


FIGURE 39: PERCEPTION DE JUSTICE DES PROCÉDURES SELON L'INSTALLATION



Les résultats obtenus témoignent d'un sentiment très faible de justice. Seulement 15,60% des médecins affirment qu'il y a bien une justice des procédures au sein du réseau. Certains commentaires font état du manque de consultation des médecins lors de prises de décisions et/ou lors de changements importants. De plus, certains affirment que les changements imposés sont irréalistes et affectent leur qualité de vie au travail ainsi que la qualité des services donnés aux patients. En voici un extrait :

*« Nous sommes bousculés par les changements qui on été faits sans obtenir l'opinion Des travailleur de la santé globalement. Et je trouve qu'ils ne respectent pas l'humain travailleur dans leur qualité de vie au travail et l'humain patient dans le type de soins reçus: l'obligations de fournir des quotas de prise en charge a pour effet de diminuer la qualité contact humain pour établir une relation professionnelle adéquate pour favoriser la compliance du patient aux recommandations.. . On est dans l'obligation d'aller plus vite pour satisfaire les exigences de nombres, au détriment d'une prise en charge globale de qualité. Le sens d'une médecine « humaine » est entrain de se perdre au travers de cette lourde bureaucratie. »*

### 3.13 Reconnaissance

Le concept de reconnaissance a été évalué sous trois aspects. Effectivement, nous avons évalué la reconnaissance du chef de service médical, des collègues, ainsi que des bénéficiaires. L'ensemble du concept fut évalué grâce à 9 questions, à savoir 3 questions par type de reconnaissance. Dans ces questions, nous cherchions à mesurer jusqu'à quel point on remarque les efforts que fournissent les médecins, le niveau de reconnaissance verbale à l'endroit du médecin lors de bons coups et le témoignage de l'appréciation pour la contribution apportée à son milieu. Chaque réponse se situait sur une échelle à 7 niveaux, allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). Les résultats sur la reconnaissance du chef de service médical sont présentés par spécialité (figure 40) et par installation (figure 41)

FIGURE 40: RECONNAISSANCE DU CHEF DE SERVICE MÉDICAL SELON LA SPÉCIALITÉ

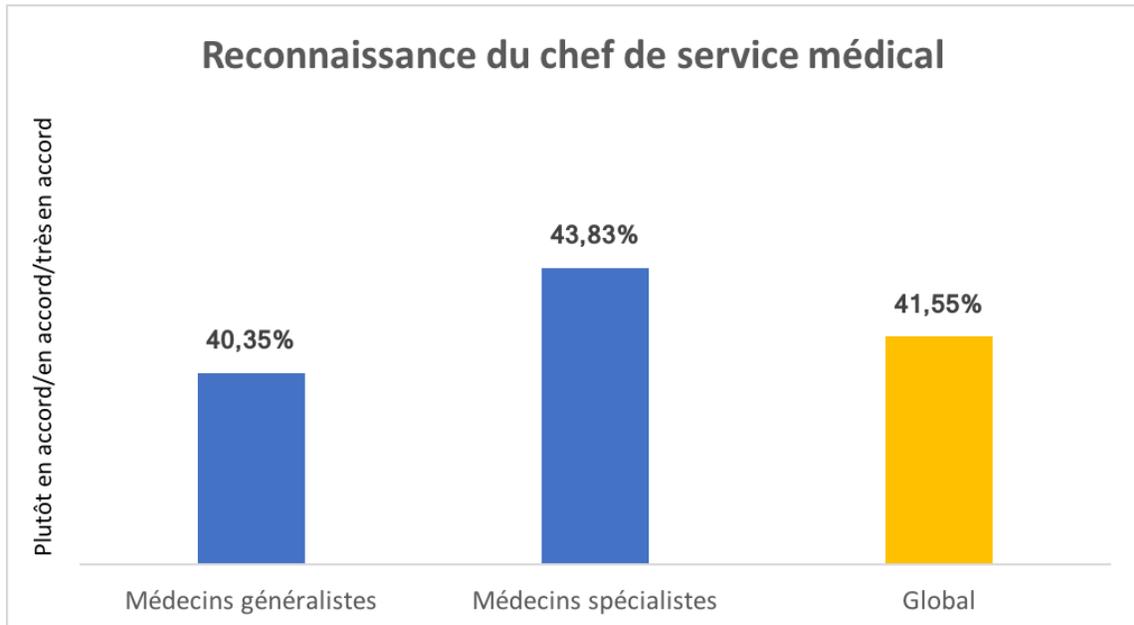
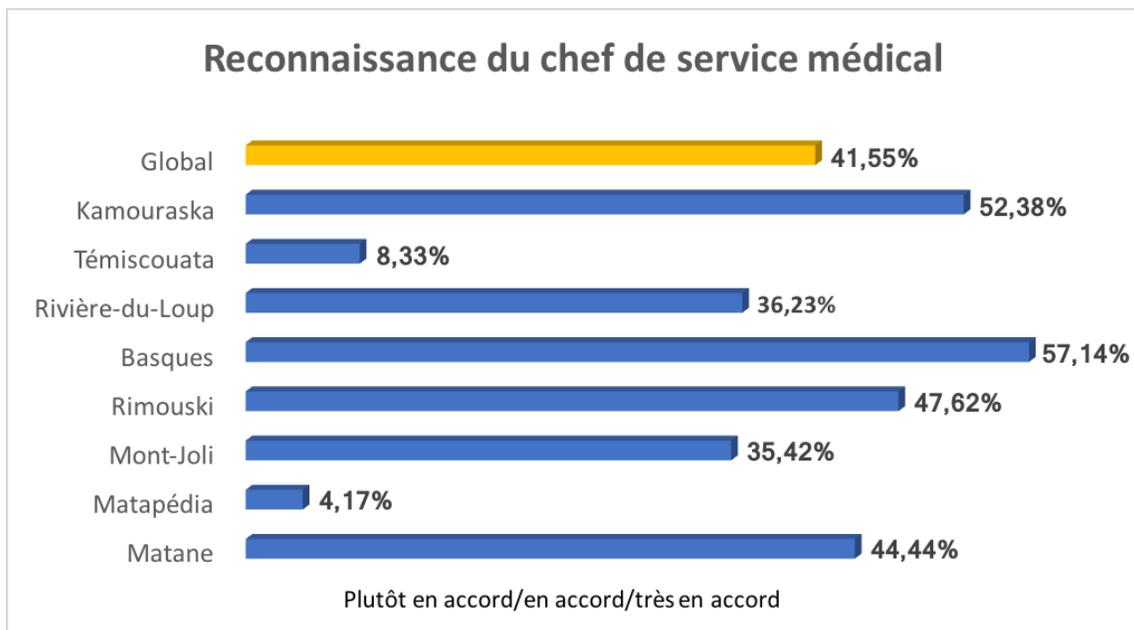


FIGURE 41: RECONNAISSANCE DU CHERF DE SERVICES MÉDICAL SELON L'INSTALLATION



Les résultats sur la reconnaissance des collègues sont présentés par spécialité (figure 42) et par installation (figure 43)

FIGURE 42: RECONNAISSANCE DES COLLÈGUES PAR SPÉCIALITÉ

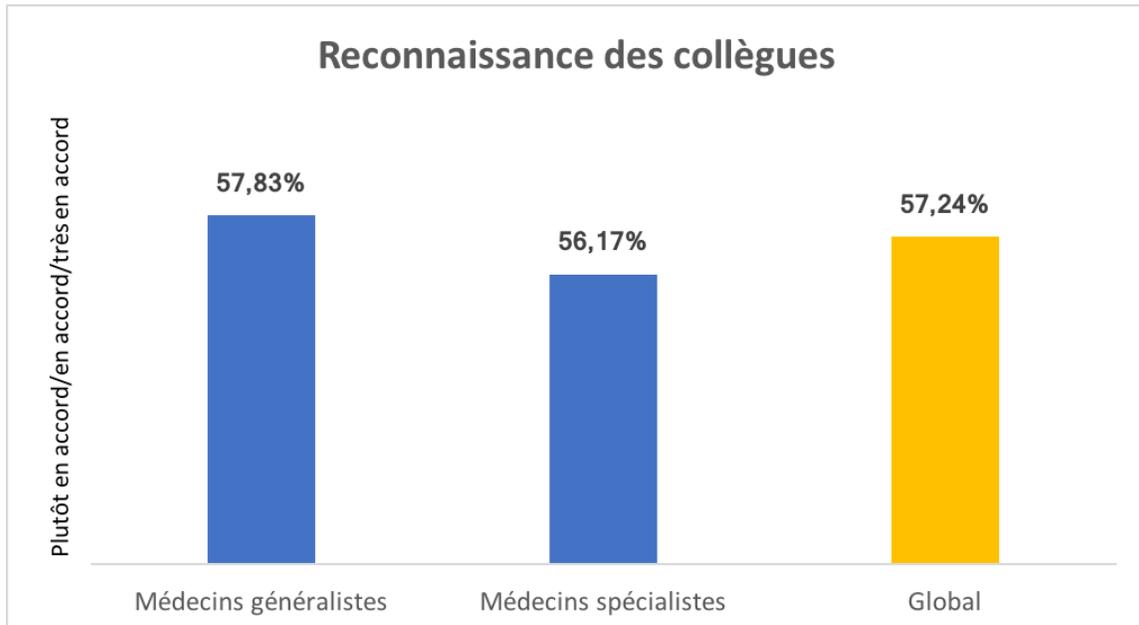
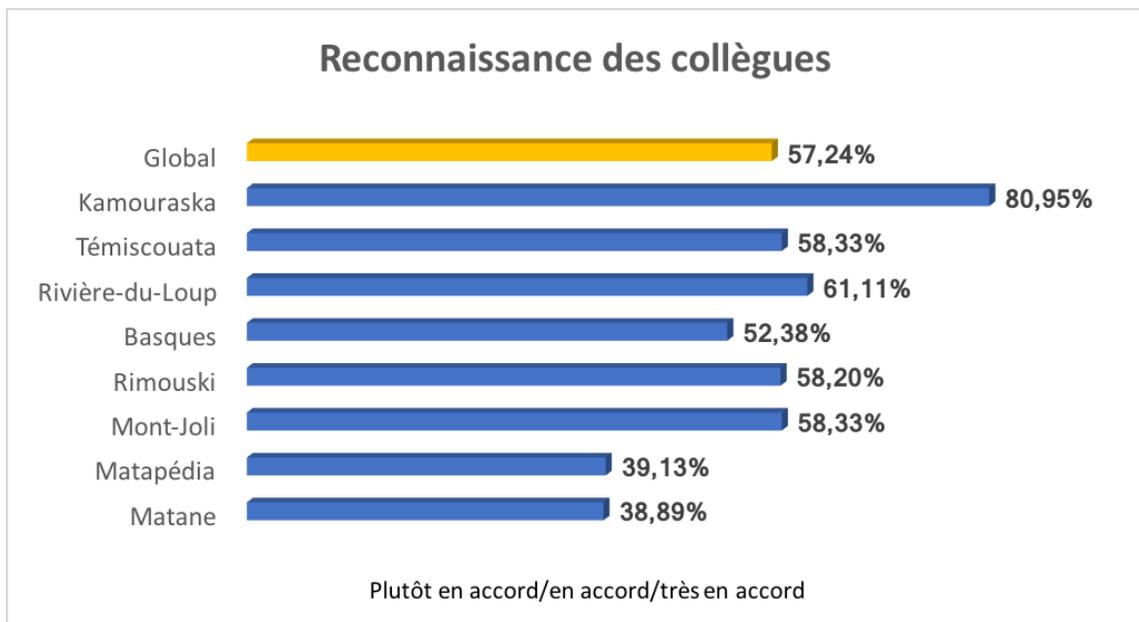


FIGURE 43: RECONNAISSANCE DES COLLÈGUES PAR INSTALLATION



Les résultats sur la reconnaissance des bénéficiaires sont présentés par spécialité (figure 44) et par installation (figure 45)

FIGURE 44: RECONNAISSANCE DES BÉNÉFICIAIRES PAR SPÉCIALITÉ

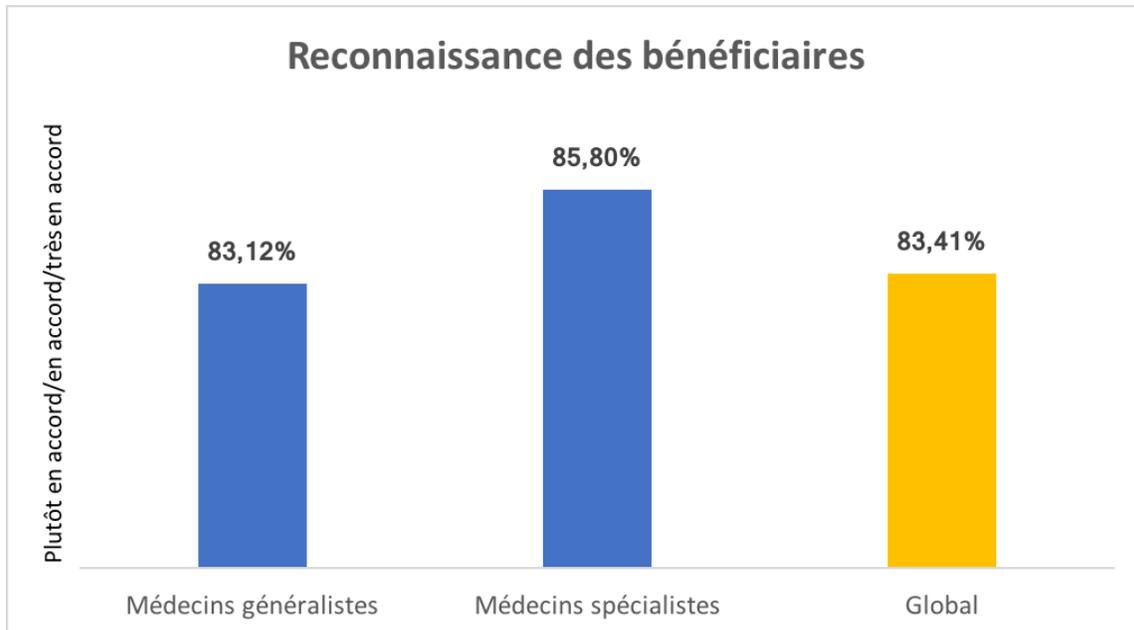
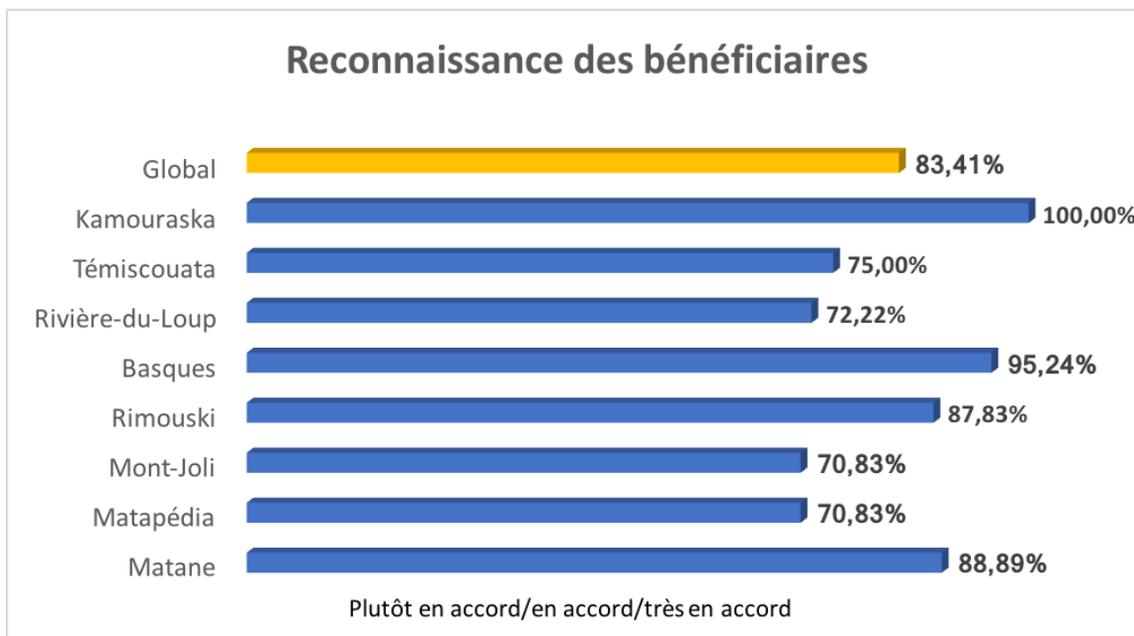


FIGURE 45: RECONNAISSANCE DES BÉNÉFICIAIRES PAR INSTALLATION



Une des plus grandes motivations qui pousse les étudiants à choisir la profession de la médecine est la volonté d'aider les autres. Ainsi, la reconnaissance des patients à leur égard peut s'avérer une grande source de gratification et donc, une ressource particulièrement influente en milieu de travail (Arnetz, 2001). Sans reconnaissance, les médecins pourraient perdre tout le sens qu'ils accordent à leur travail. Ainsi, les résultats que présente le sondage témoignent d'une grande reconnaissance des patients et par conséquent, constituent une ressource très importante et influente contre les exigences au travail. Toutefois, les autres sources de reconnaissance ne sont pas présentes dans le milieu de travail des médecins. Il n'y a donc pas de culture de reconnaissance suffisamment marquée au sein des installations du CISSS du Bas-Saint-Laurent, alors qu'une culture de reconnaissance est indispensable pour une saine gestion.

### 3.14 Sens du travail

Le concept de sens du travail a été évalué à l'aide de 3 questions cherchant à déterminer si les tâches que le médecin effectue ont une signification importante pour lui et si le travail qu'il effectue fait beaucoup de sens à ses yeux. Pour ce faire, une échelle à 7 modalités allant de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7) a été utilisée pour évaluer le sens du travail aux yeux du médecin. Les résultats sur le sens perçu du travail sont présentés selon la spécialité (figure ) et selon l'installation (figure ).

FIGURE 46: SENS DU TRAVAIL SELON LA SPÉCIALITÉ

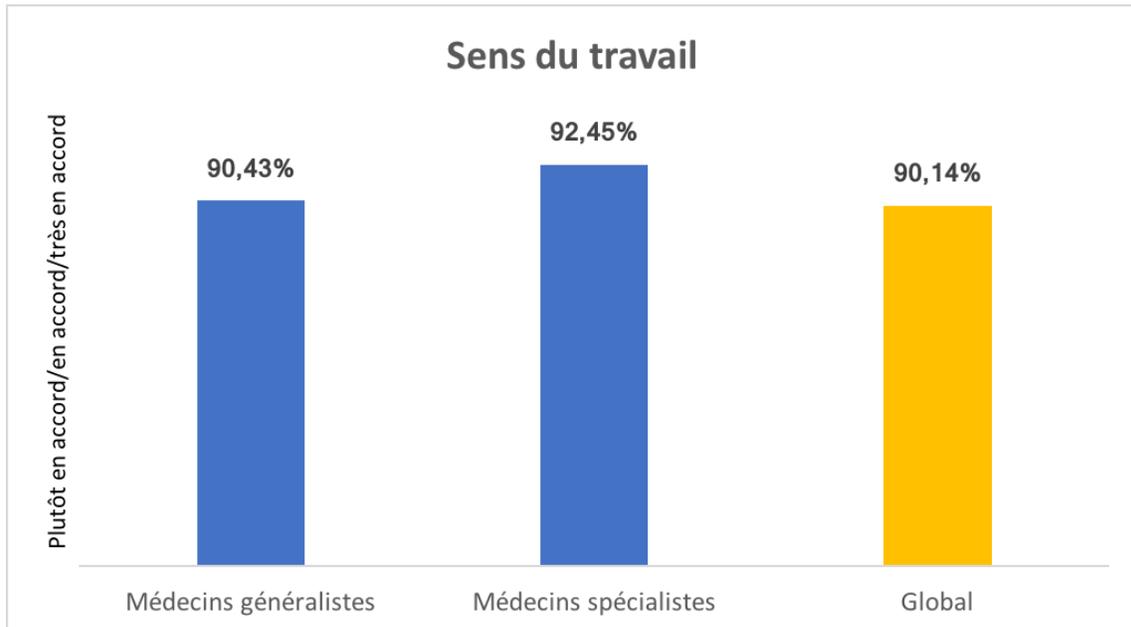
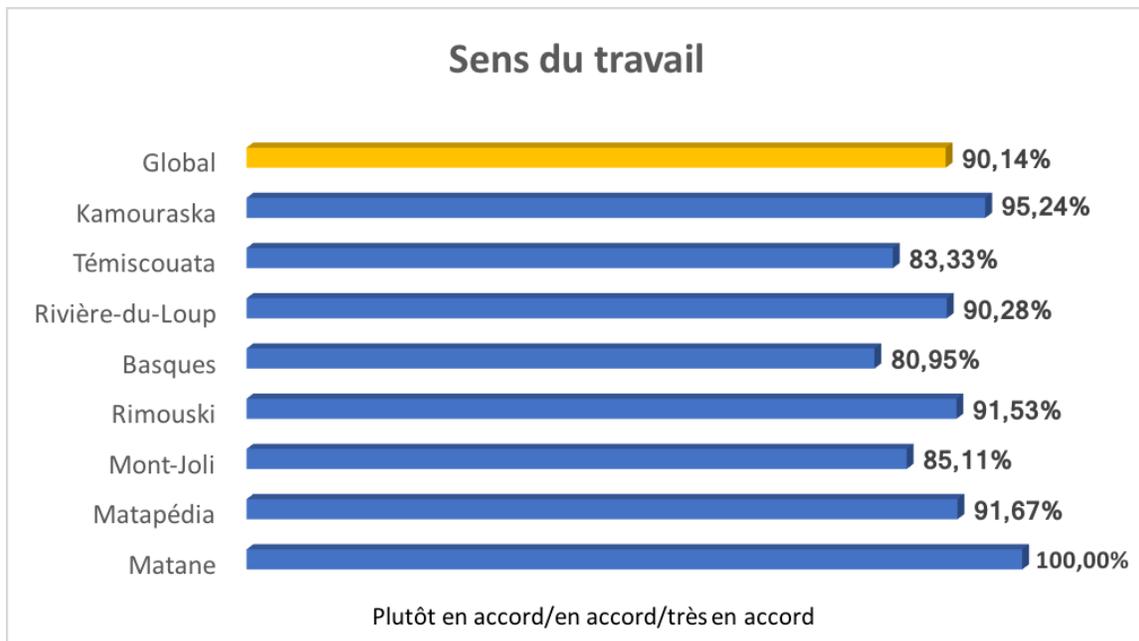


FIGURE 47: SENS DU TRAVAIL SELON L'INSTALLATION



Malgré le fait que le sens du travail est fort présent chez les médecins, quelques commentaires indiquent le danger que pourrait avoir l'incongruence entre les valeurs et la

vision de ceux-ci et celles du ministère de la Santé sur le sens qu'ils accordent à leur travail. Voici certains extraits à ce sujet :

*« Les réformes des dernières années ont beaucoup transformé les relations entre médecins et le partage du travail. La saine collaboration qui existait autrefois s'est transformée en tension subtile mais présente dans le but de se sauver la peau. Soumis à des pressions de toutes parts, tout le monde tente de protéger son jardin. Mais on est encore loin de l'hostilité et de l'agressivité. L'obligation de modifier des tâches cliniques nous force à abandonner des activités cliniques utiles, reconnues efficaces dans la littérature au profit d'activités cliniques priorisées par les gestionnaires pour l'atteinte des cibles ministérielles mais moins utiles globalement. Il en découle une perte du sentiment d'utilité et une perte de sens qui sont pour moi, les plus grandes difficultés. Travailler fort et longtemps pour soigner les patients est valorisant. Le faire pour atteindre une cible statistique arbitraire l'est beaucoup moins. Pour le support des chefs, les départements sont simplement trop gros et géographiquement étendus pour que la structure fonctionne. essayez une réunion en visio à 8 sites pour discuter d'enjeux importants... Les réunions en présence sont tout simplement impossibles en raison des obligations liées à la garde. Il en résulte que tout est décidé par un petit groupe d'individus puis les bons soldats sont informés et mis devant les faits accomplis. »*

### 3.15 Épuisement émotionnel

Chaque dimension de l'épuisement professionnel a été évaluée. Effectivement, 9 questions ont évalué l'épuisement émotionnel, 5 questions ont évalué la dépersonnalisation et 8 questions ont mesuré le sentiment d'accomplissement personnel. Les questions ont toutes été présentées sous forme d'affirmations à propos des sentiments et des impressions du médecin concernant son état émotionnel et affectif lié au travail, de ses pratiques professionnelles et de ses relations avec les collègues, les bénéficiaires et l'organisation. Les questions d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont une valence négative. Autrement dit, des scores élevés sur ces échelles vont dans le sens d'un état d'épuisement important. À l'inverse, les questions sur l'accomplissement personnel ont une valence positive. Donc, des scores élevés sur cette échelle vont dans le sens d'un état psychologique positif. Il faut prendre en considération que les trois dimensions de l'épuisement professionnel suivent une séquence temporelle. En effet, au tout début du syndrome, les gens vont manifester des signes d'épuisement émotionnel qui, si non traités, vont se transposer en une forme de dépersonnalisation à l'égard du patient par le biais de la création d'une distance émotionnelle protectrice. Enfin,

si cette distance, ce cynisme, perdure dans le temps, la personne va perdre son sentiment d'accomplissement et risque fort probablement de sombrer dans une dépression sévère.

Les 9 questions qui évaluaient l'épuisement émotionnel cherchaient à déterminer si le médecin se sentait émotionnellement vidé, à bout à la fin de ses journées de travail, fatigué en se levant le matin et s'il se sentait au bout du rouleau. La figure 48 présente les résultats concernant l'épuisement émotionnel des médecins par spécialité alors que la figure 49 présente les résultats par installation.

FIGURE 48: ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL PAR SPÉCIALITÉ

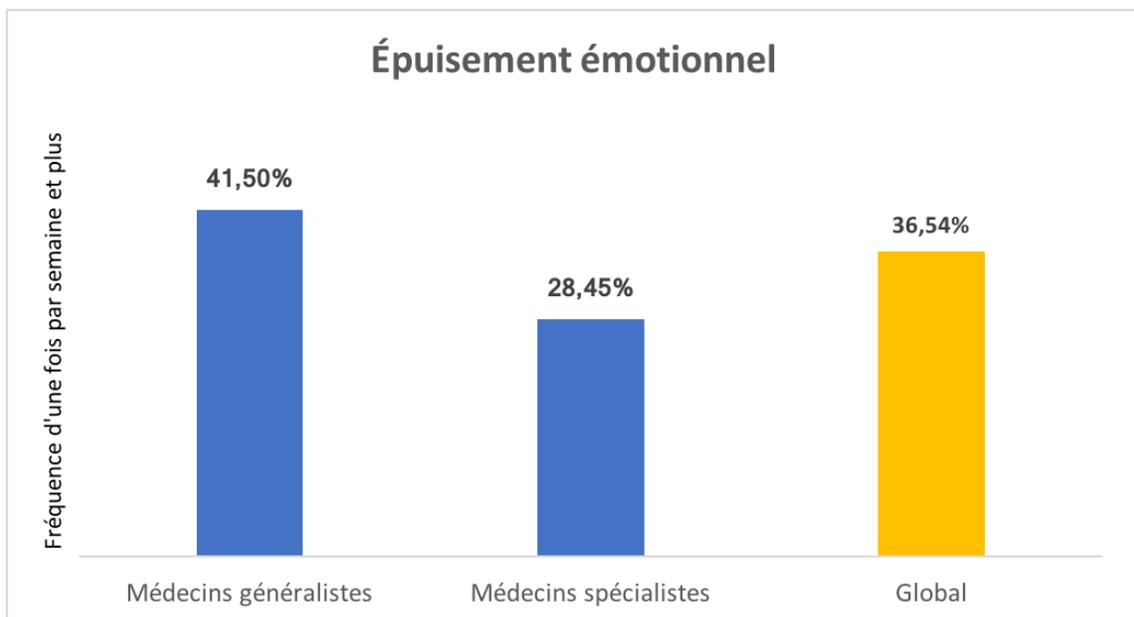
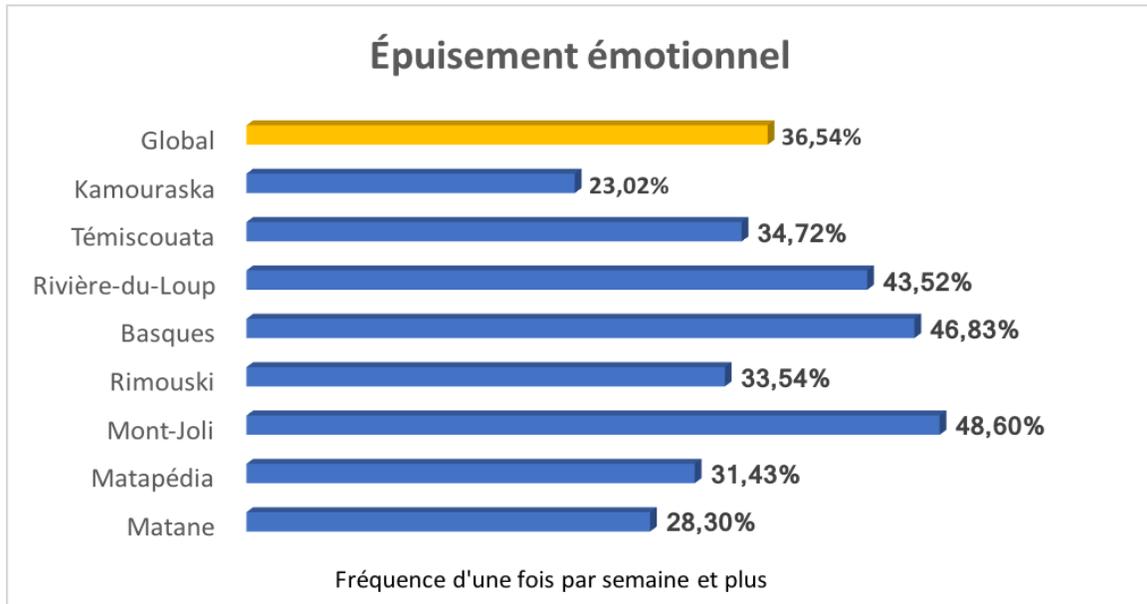


FIGURE 49: ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL PAR INSTALLATION



Les résultats obtenus nous ont également permis de constater que le nombre d'heures travaillées n'était pas lié à l'épuisement émotionnel. Ce constat est présenté dans les deux tableaux ci-dessous, soit le nombre d'heures travaillées par semaine selon le sexe (figure 50) et la comparaison de l'épuisement émotionnel selon le sexe (figure 51). Vous observerez que les femmes sont significativement plus épuisées que les hommes, malgré le fait qu'elles travaillent moins d'heures en moyenne par semaine que ceux-ci.

FIGURE 50: NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES EN MOYENNE PAR SEMAINE SELON LE SEXE

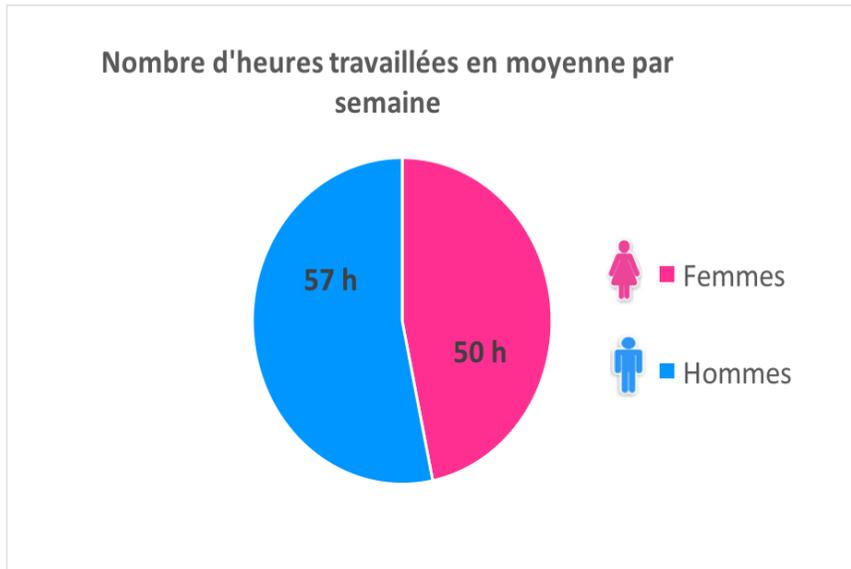
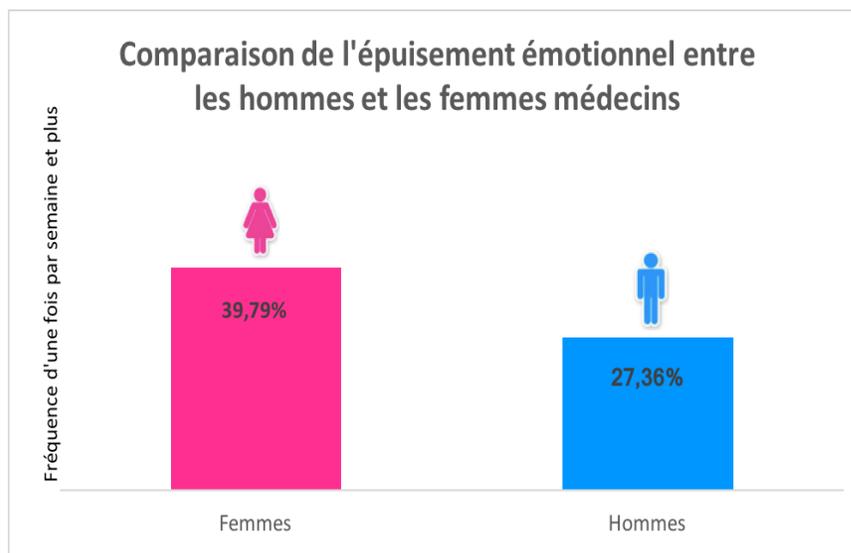


FIGURE 51: ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL SELON LE SEXE



Effectivement, le sentiment de surcharge de travail, ainsi que les difficultés de conciliation travail-famille semblent être plus déterminants dans l'épuisement émotionnel des médecins. Voici quelques commentaires qui témoignent de l'épuisement émotionnel ressenti au sein du réseau :

« Une chance qu'on est fait solide! Le système est un broyeur...»

« Je n'ai jamais travaillé autant que maintenant. La possibilité d'une semi-retraite dans 6 ans s'annonce impossible. Je devrai faire des gardes (nuits, jours fériés, fins de semaine) jusqu' à ma retraite. »

« les unités à atteindre vont nous crever, le calcul est irrealiste et injuste entre les différents champs de pratique. Je travaille tous les soir dans mes dossiers et je n'atteint toujours pas la cible. Tous les md omni autour de moi ( exepté les urgentiste et les md temps plein chsld) montrent des signes inquiétant d'épuisement. J'ai constamment peur qu'un de nous tombe et qu'on ai encore plus de travail. Tout ce qui me tient à flot ce sont mes antidepresseur que je prends encore et le soutien de mon conjoint que j'ai encore. Contrairement à beaucoup de medecin séparés pour qui leur profession a surement joué. Sinon l'angoisse m'envahirait. »

### 3.16 Dépersonnalisation

Les 5 questions portant sur la dimension de la dépersonnalisation avaient pour objectif de déterminer si le médecin ressentait une baisse de considération positive à l'égard des autres, à savoir un certain cynisme, une indifférence et/ou une insensibilité face aux autres. La figure 52 présente la dépersonnalisation vécue selon la spécialité et la figure 53 présente la dépersonnalisation vécue selon l'installation.

FIGURE 52: DÉPERSONNALISATION SELON LA SPÉCIALITÉ

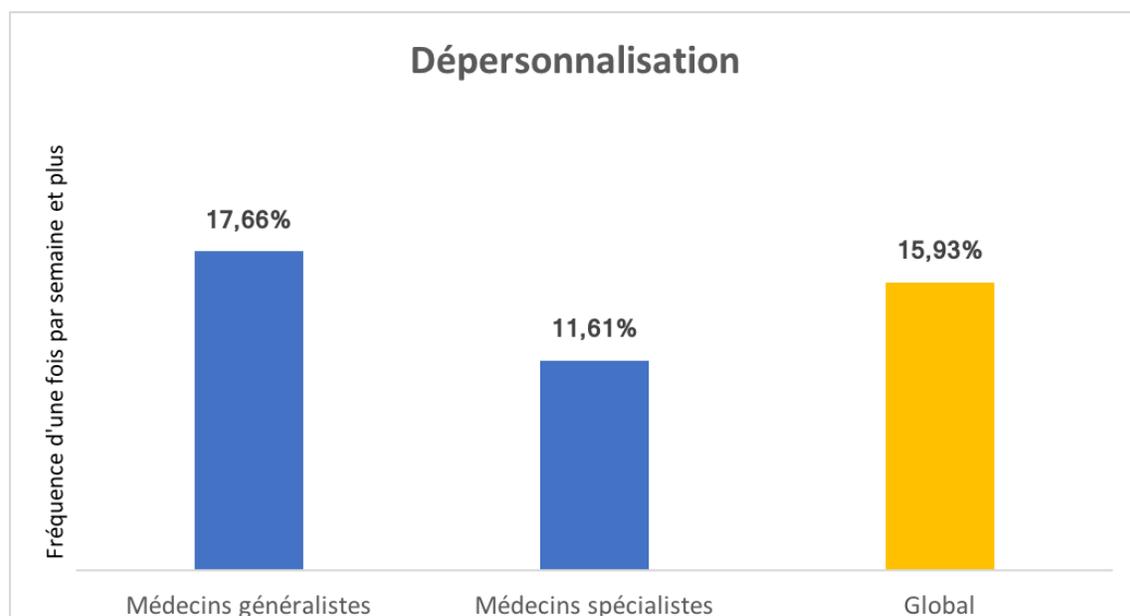
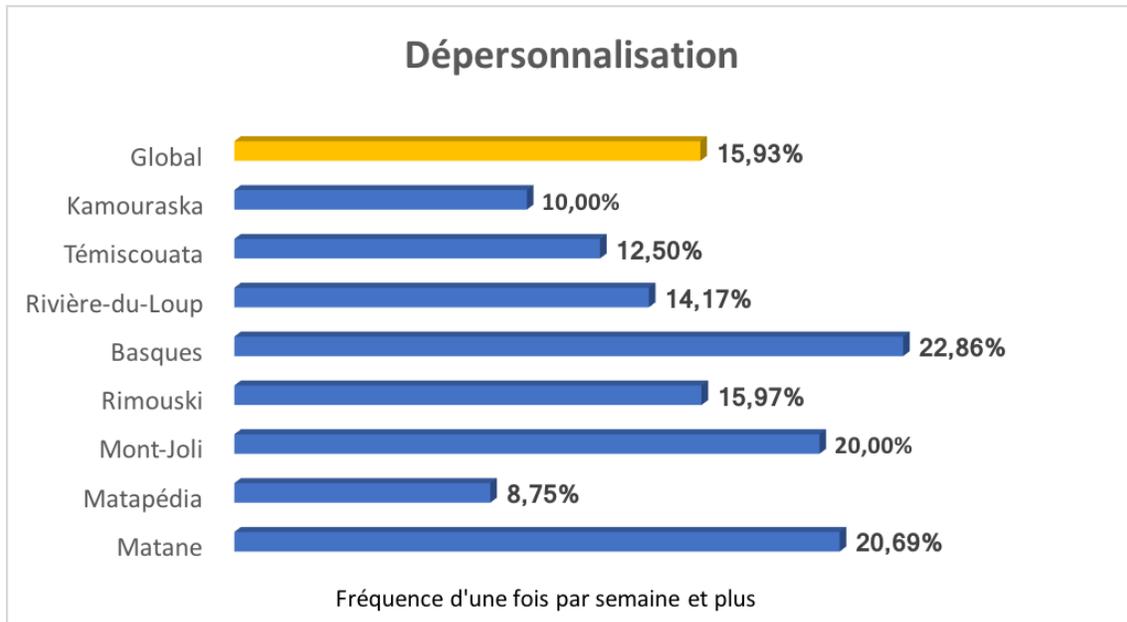


FIGURE 53: DÉPERSONNALISATION SELON L'INSTALLATION



### 3.17 Accomplissement personnel

Les 8 questions qui portaient sur la dimension d'accomplissement personnel cherchaient à évaluer si le médecin se sentait épanoui au travail, s'il avait un regard positif sur ses réalisations professionnelles et s'il avait l'impression d'avoir une influence positive sur les gens. La figure 54 présente le sentiment d'accomplissement personnel ressenti par les médecins selon leur spécialité et la figure 55 présente les mêmes résultats répartis selon l'installation.

FIGURE 54: SENTIMENT D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL SELON LA SPÉCIALITÉ

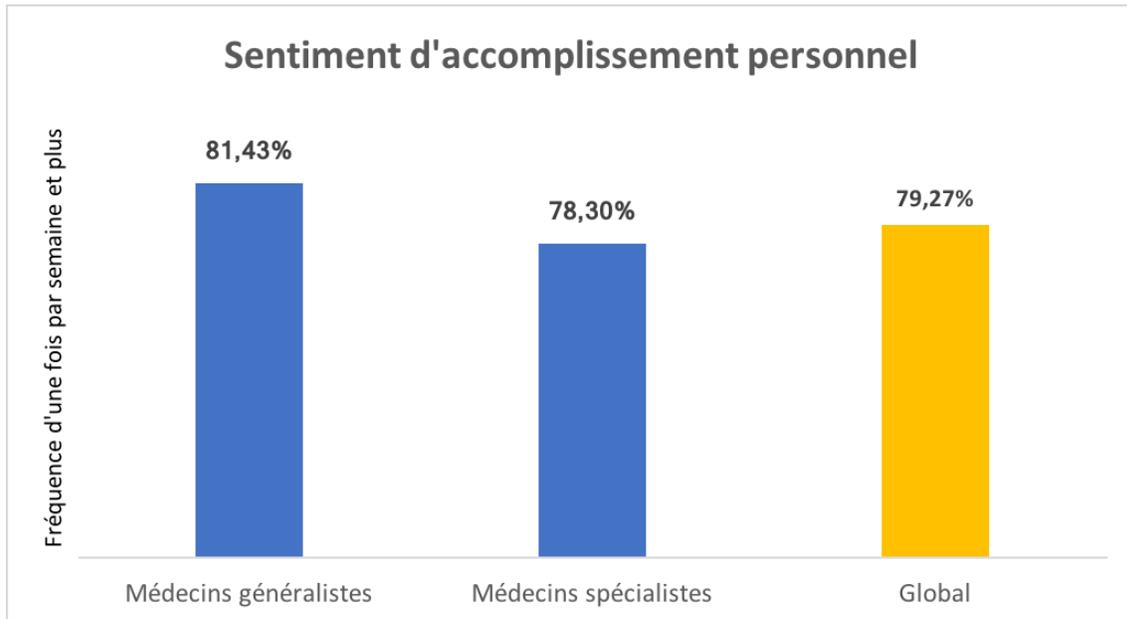
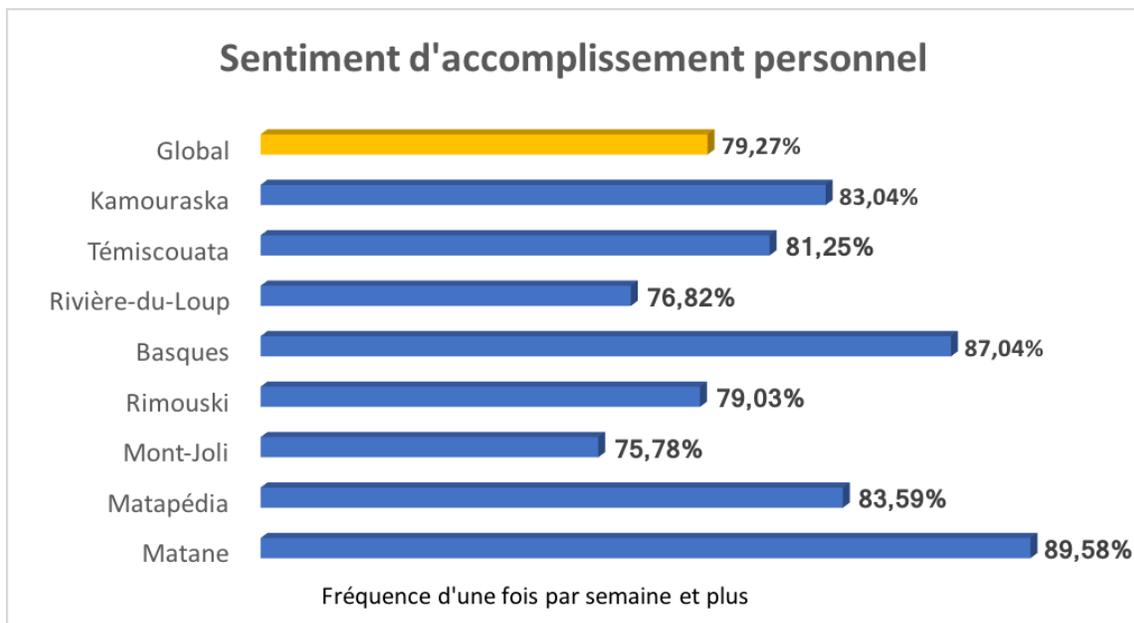


FIGURE 55: SENTIMENT D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL SELON L'INSTALLATION



### 3.18 Engagement envers la profession

L'engagement affectif envers la profession a été évalué à l'aide de 3 questions portant sur la fierté en rapport avec la profession, sur l'enthousiasme à l'égard de celle-ci et sur le degré de regret d'avoir choisi leur spécialisation médicale. L'échelle de mesure comprend 7 niveaux, soit de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). Il est à noter que nous avons recueilli l'ensemble des données issues de l'échelle allant de « plutôt en accord » (5) à « très en accord » (7) pour les deux questions positives et l'échelle allant de « très en désaccord » (1) à « plutôt en désaccord » (3) pour la question portant sur le regret d'avoir choisi la spécialisation. L'engagement envers la profession est présenté par spécialité (figure 56) et par installation (figure 57).

FIGURE 56: ENGAGEMENT ENVERS LA PROFESSION SELON LA SPÉCIALITÉ

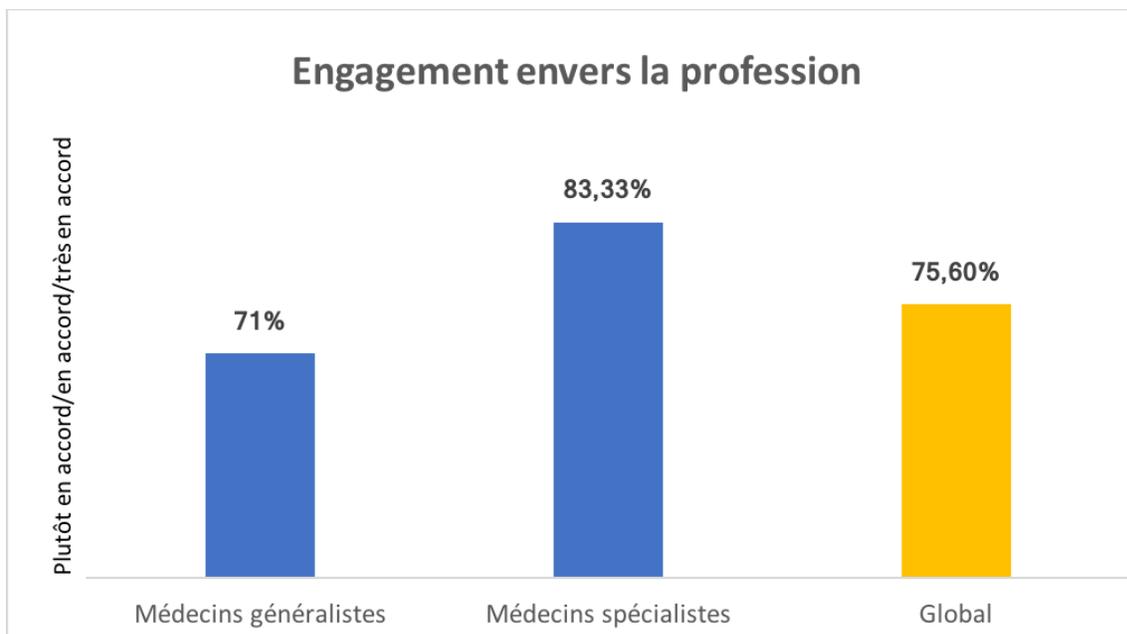
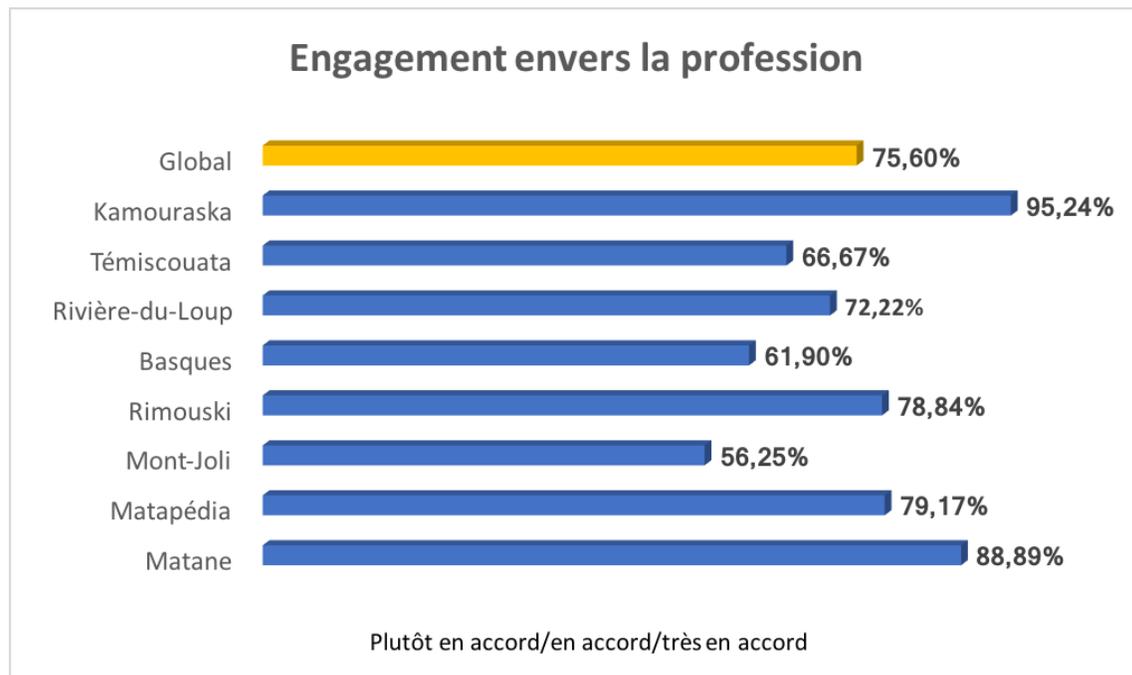


FIGURE 57: ENGAGEMENT ENVERS LA PROFESSION SELON L'INSTALLATION



Lorsqu'on regarde les résultats obtenus, on apprend que les médecins sont très engagés dans leur profession médicale, et ce, malgré la surcharge de travail à laquelle ils sont confrontés quotidiennement. Ce taux de 75,60% d'engagement nous démontre donc que la majorité des médecins sont fiers d'être médecins et n'ont pas l'intention de quitter leur profession.

### 3.19 Intention de quitter la profession

L'intention de quitter la profession a été évaluée à l'aide de 3 questions. Ces questions visaient à déterminer si les répondants cherchaient à abandonner leur spécialisation médicale, s'il était possible qu'ils explorent d'autres choix de carrière et s'il était probable qu'ils délaissent leur spécialisation médicale. L'échelle de mesure était présentée sur 7 niveaux, à savoir de « très en désaccord » (1) à « très en accord » (7). La figure 58 présente l'intention de quitter la profession selon la spécialité et la figure 59 présente les mêmes résultats selon l'installation.

FIGURE 58: INTENTION DE QUITTER LA PROFESSION SELON LA SPÉCIALITÉ

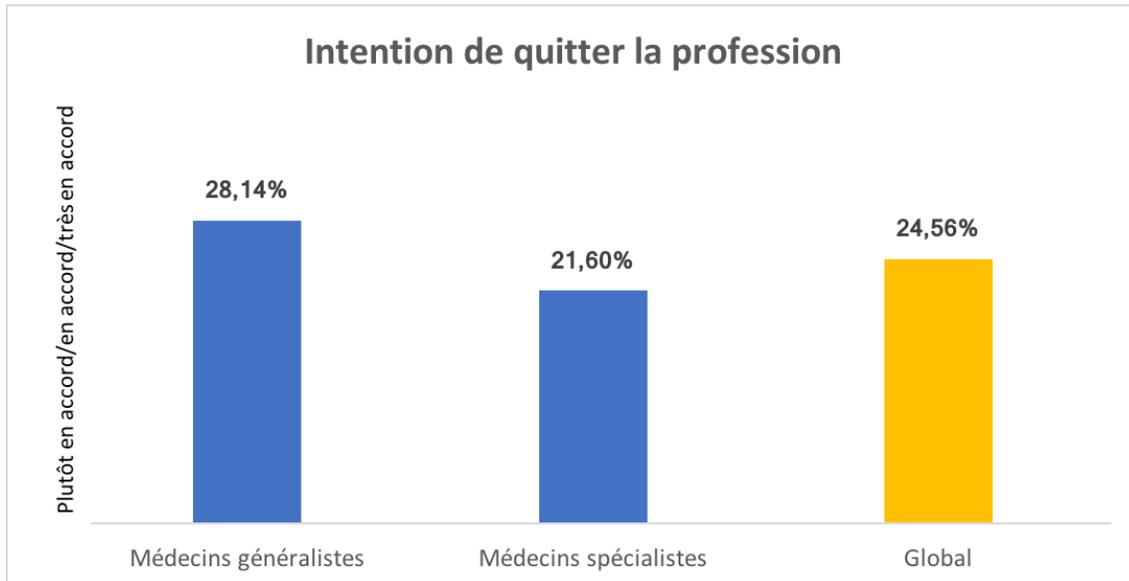
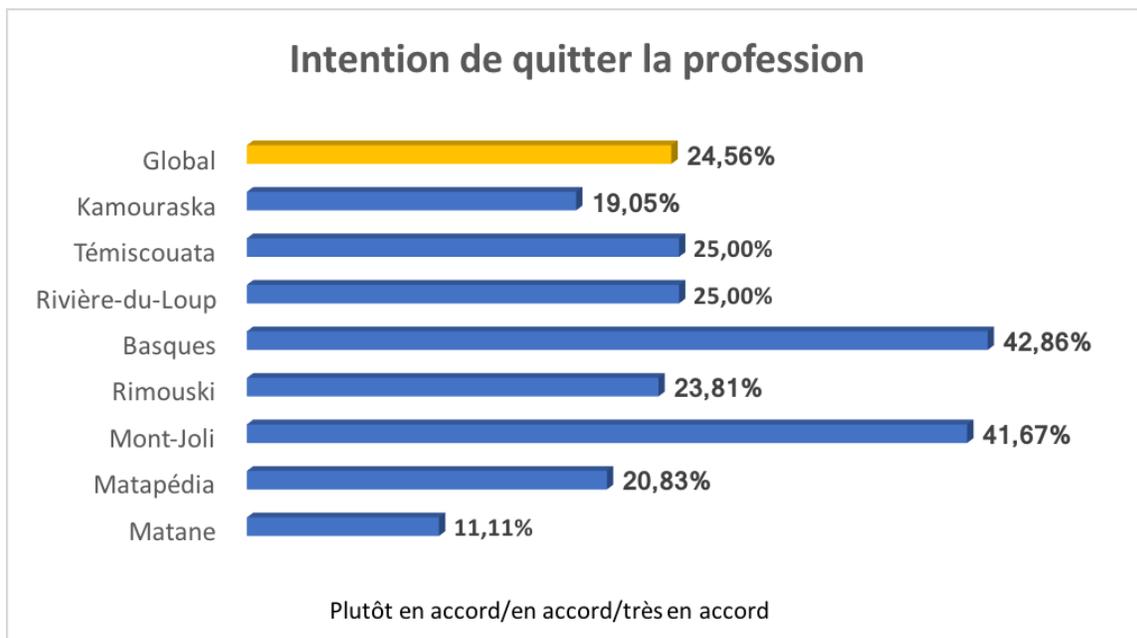


FIGURE 59: INTENTION DE QUITTER LA PROFESSION SELON L'INSTALLATION



Malgré un taux d'engagement professionnel de plus de 75,60% pour l'ensemble des médecins, près d'un médecin sur quatre songe à quitter sa profession (24,56%), ce qui constitue un risque important pour le futur de la profession. Voici quelques commentaires

témoignant de l'intention à quitter le Québec pour pratiquer la médecine ailleurs ou de prendre une retraite anticipée en raison d'une surcharge de travail qui ne leur permet pas de diminuer leurs heures sans surcharger leurs confrères et consœurs. Les commentaires nous ont également permis de constater que l'engagement envers la profession médicale est bien présent, mais l'intention de quitter la profession provient du fait de vouloir avant tout quitter les normes ministérielles. Voici quelques commentaires à ce sujet :

*« je prévois prendre ma retraite dans 1 1/2 an et en partie ,suite à surcharge de travail et impossibilité de diminuer les heures de travail sans surcharger nos confrères puisque même si je voulais travailler à demi-temps , je serai compter comme 1 equivalent temps plein »*

*« Être sans enfants, j'aurais quitté le Québec depuis qq années déjà (...) Mes collègues et moi sommes fatigués et nous ne voyons que peu de lumière au bout du tunnel.*

*Aucune reconnaissance du travail effectué Aucun respect des médias , on remercie Dr barrette d'avoir initié le mouvement du Dr bashing...L'exode des md continue*

*Les jeunes boudent la médecine générale C'est pas rose, j'ai perdu la motivation de faire se travail depuis qq années, soit depuis fusion et changements du réseau. Le nouveau brunswick n'est pas si loin....Ma réflexion se poursuit mais ma patience arrive à bout... je suis extrêmement patient jusqu'à ce que je considère que ça*

*J'ai déjà une collègue qui a cessé complètement le travail de médecin pour retourner maman à la maison et poursuivre d'autres projets. Une autre est retournée en ville car les conditions de pratique sont moins exigeantes. 2 autres ont pris leur retraite plus jeune que prévu car exaspérés de toutes les demandes...*

*Bonne idée de sondage dans le contexte actuel*

*Bonne fin de journée »*

### 3.20 Problèmes de santé

Les problèmes de santé réfèrent à des conditions de santé physique découlant de problèmes de nature émotive. Le concept a été évalué à l'aide de trois questions, qui cherchaient à mesurer la fréquence des symptômes ressentis par les répondants au cours des douze derniers mois. Les problèmes mesurés sont les troubles du sommeil, de l'appétit et de santé en général. La figure 60 présente la proportion de médecins rencontrant des problèmes de santé selon la spécialité et la figure 61 présente les mêmes résultats selon l'installation.

FIGURE 60: PROPORTION DE MÉDECINS RENCONTRANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ SELON LA SPÉCIALITÉ

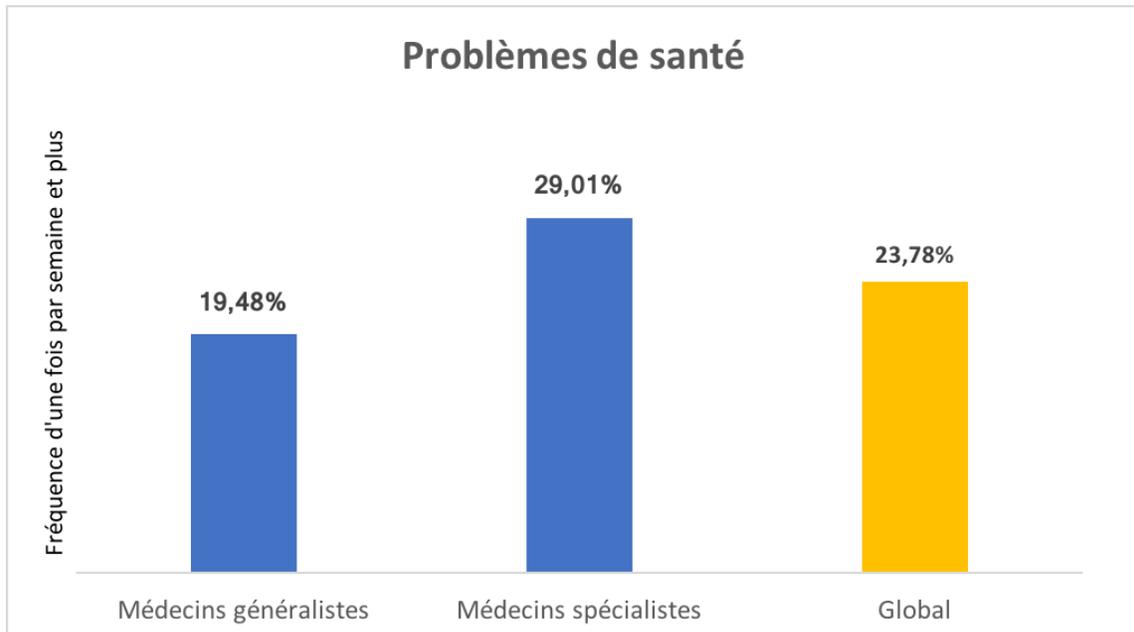
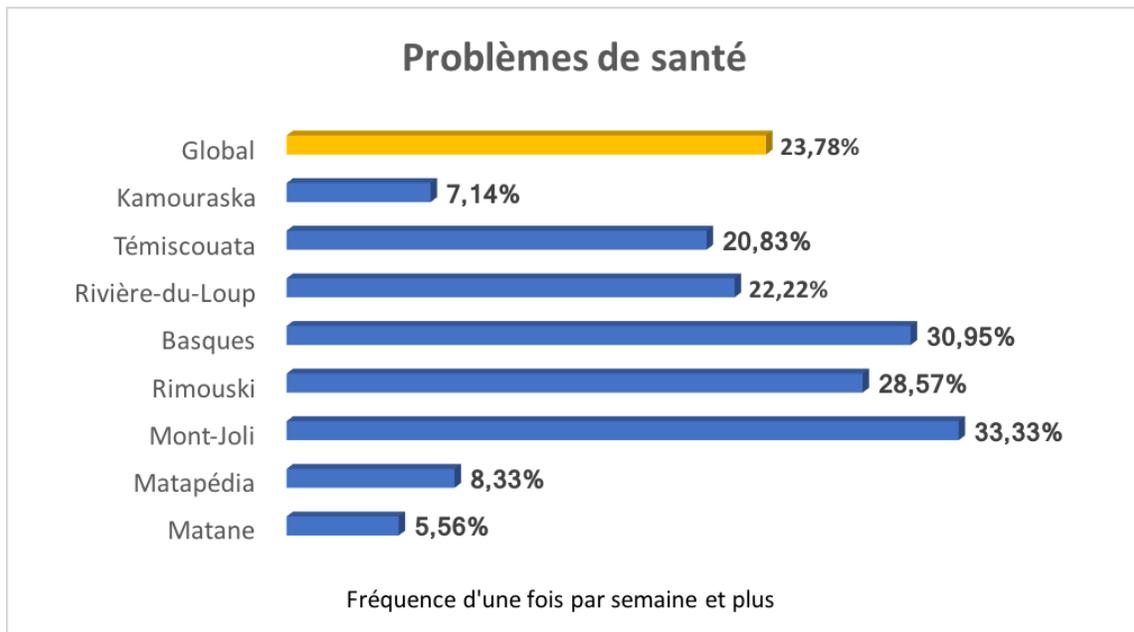


FIGURE 61: PROPORTION DE MÉDECINS RENCONTRANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ SELON L'INSTALLATION



Des signes somatiques résultant de l'épuisement professionnel pourraient s'apparenter à des troubles de sommeil, des maux de dos, des troubles gastro-intestinaux, des tensions, de la perte d'appétit, etc. Pour ce qui est des signes psychologiques, on parlerait davantage de troubles de mémoire ou de concentration, de difficulté de planification et d'organisation des activités, d'ambivalence et d'indécision, d'isolement, d'irritabilité et d'agitation (Amirkhan et al., 2017). Les résultats obtenus démontrent que près d'un médecin sur cinq déclare avoir des problèmes de santé.

### 3.21 Qualité des soins offerts

Le concept de la qualité des soins offerts se réfère à la pratique quotidienne des soins médicaux. Les médecins ont donc été appelés à répondre eux-mêmes à dix-huit questions portant sur leur perception de la qualité de leur travail. Les questions portaient en général sur le fait de prendre le temps de recueillir les données nécessaires concernant le patient, consacrer du temps à établir une relation personnelle avec le patient, adapter sa pratique en fonction des nouvelles connaissances, etc. Les échelles de réponse étaient composées de 5 niveaux, allant de « jamais » (1) à « toujours » (5) et chaque répondant devait indiquer la fréquence à laquelle il a été en mesure de réaliser les tâches mentionnées durant une journée de travail; « lorsque je regarde mon travail réalisé au cours d'une journée, en général, je peux... ». La perception de la qualité des soins offerts par les médecins répondants est présentée selon la spécialité (figure 62) et selon l'installation (figure 63)

FIGURE 62: PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS SELON LA SPÉCIALITÉ

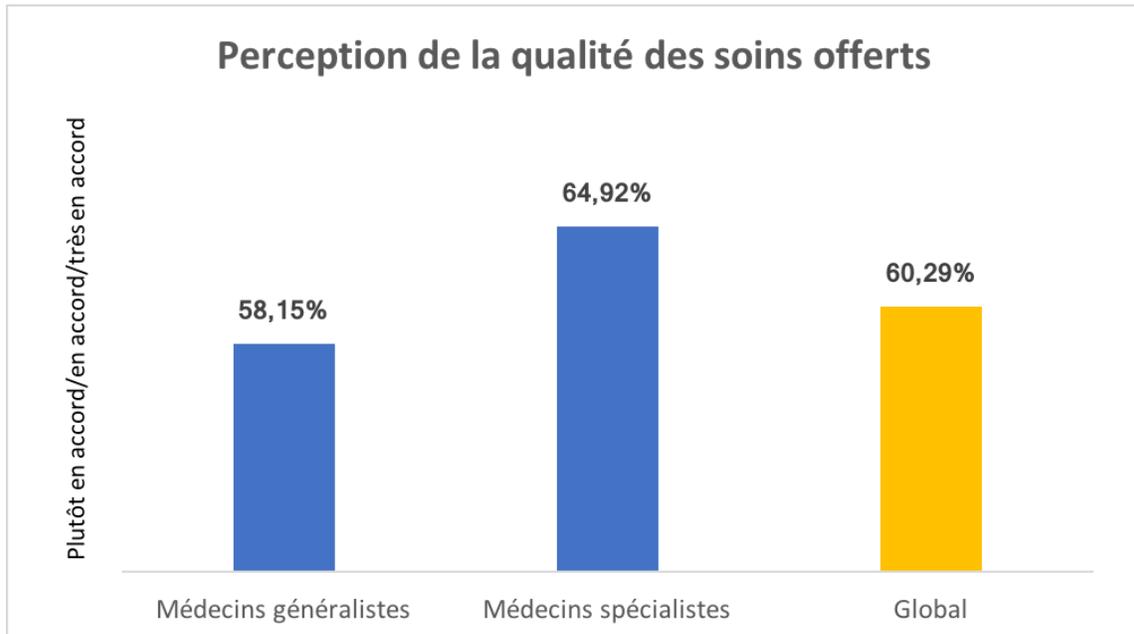
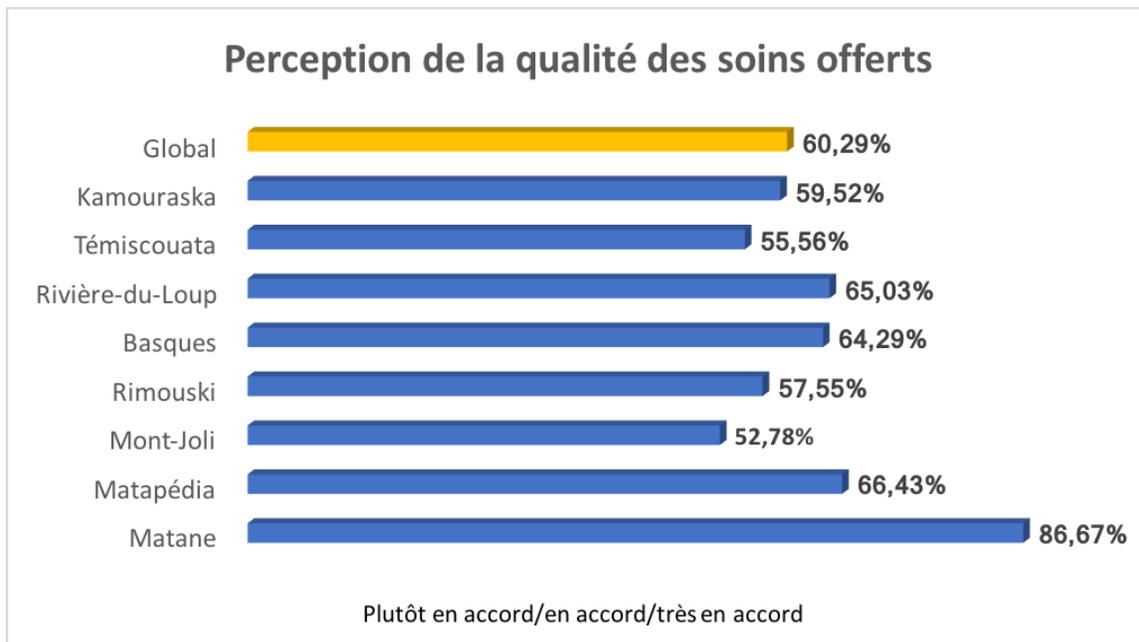


FIGURE 63: PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS OFFERTS SELON L'INSTALLATION



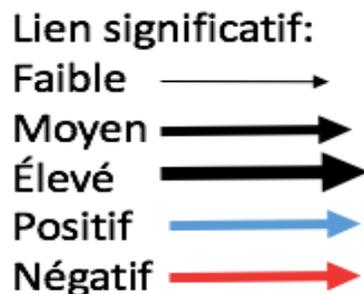
Certains médecins se sont prononcés sur leur perception de la qualité des soins apportés aux patients. Voici un commentaire à ce sujet :

*« J'ai le sentiment que l'ensemble du réseau (professionnels, autres membres soignants et patients) est perdant dans la qualité des soins prodigués auprès des patients. Nous assistons impuissant à une désorganisation de nos soins au quotidien. Le système souffre du gigantisme organisationnel et des décisions du ministre de la santé. »*

#### 4. MODÉLISATION DES DONNÉES

Cette section permet de déterminer de quelle manière les différentes dimensions du modèle utilisé s'influencent mutuellement. L'objectif de cette analyse consiste donc à identifier les dimensions qui influencent particulièrement l'épuisement professionnel chez les médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Cette analyse permettra ainsi de comprendre plus en profondeur les déterminants et les conséquences de l'épuisement professionnel au sein du CISSS BSL. En ciblant les bons leviers propres à chaque concept, il devient ainsi plus facile de cibler les meilleures pistes d'intervention possible pour améliorer et prévenir l'épuisement professionnel chez les médecins.

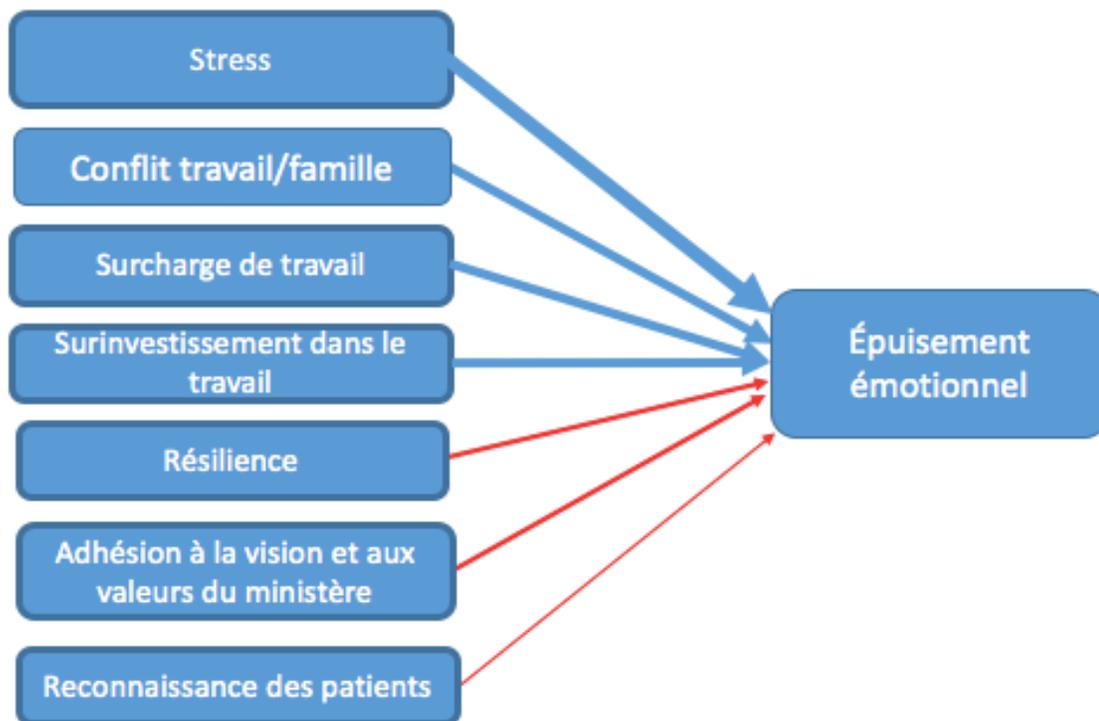
Pour ce faire, vous trouverez ici-bas plusieurs graphiques indiquant visuellement la force et la direction des liens entre les variables. Chaque flèche utilisée démontre le type de lien entre les différentes variables. Ainsi, la légende suivante vous aidera à mieux comprendre les liens entre celles-ci :



Plus la flèche est grosse, plus le lien est fort. Une flèche de couleur bleue indique que le lien est positif. Autrement dit, plus la valeur de la variable X augmente et plus la valeur de la variable Y augmente également. Pour sa part, une flèche de couleur rouge indique un lien négatif. En d'autres termes, plus la valeur de la variable X augmente et plus la valeur de la variable Y diminue.

La figure 64 présente les déterminants de l'épuisement émotionnel.

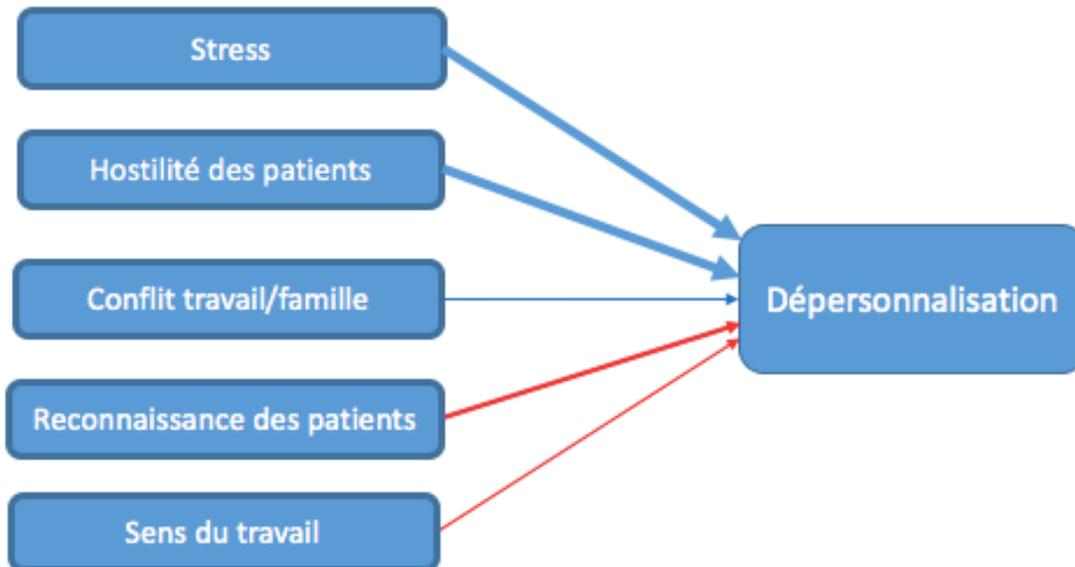
FIGURE 64: LES DÉTERMINANTS DE L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL



L'épuisement émotionnel est avant tout influencé par le stress. Toutefois, il ne faut pas négliger le rôle de la surcharge de travail, du surinvestissement dans le travail et des difficultés de conciliation travail-famille comme déterminants importants à l'épuisement émotionnel. Il est à noter également que plus le médecin est résilient, plus il adhère à la vision et aux valeurs du ministère et plus il reçoit de la reconnaissance de ses patients, moins il risque de se sentir épuisé.

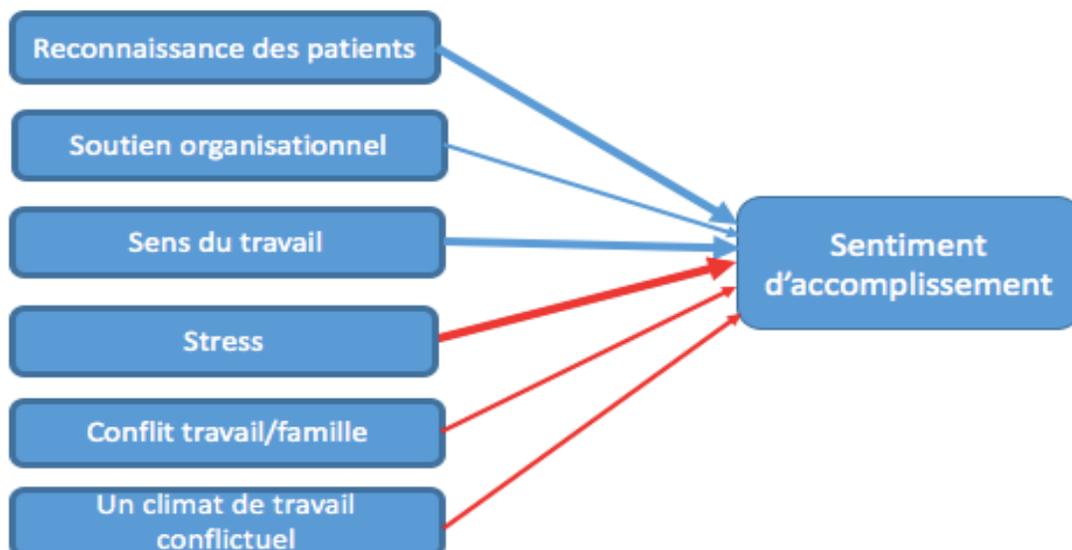
La figure 65 présente les déterminants de la dépersonnalisation. La dépersonnalisation, comme l'épuisement émotionnel, est grandement influencée par le stress. S'ajoute à cela l'hostilité des patients qui constitue une variable ayant beaucoup d'impact sur la tendance des médecins à dépersonnaliser leur relation avec ceux-ci. Les difficultés de conciliation travail-famille peuvent également emmener le médecin à se détacher progressivement des autres et de son travail. Toutefois, si les patients démontrent de la reconnaissance envers le médecin et si le médecin accorde beaucoup de sens à son travail, il sera moins porté à avoir une attitude cynique et détachée dans son travail et dans ses relations interpersonnelles.

FIGURE 65: LES DÉTERMINANTS DE LA DÉPERSONNALISATION



Le sentiment d'accomplissement professionnel serait quant à lui tributaire principalement du sens que le médecin accorde à son travail et de la reconnaissance de ses patients à son égard (figure 66).

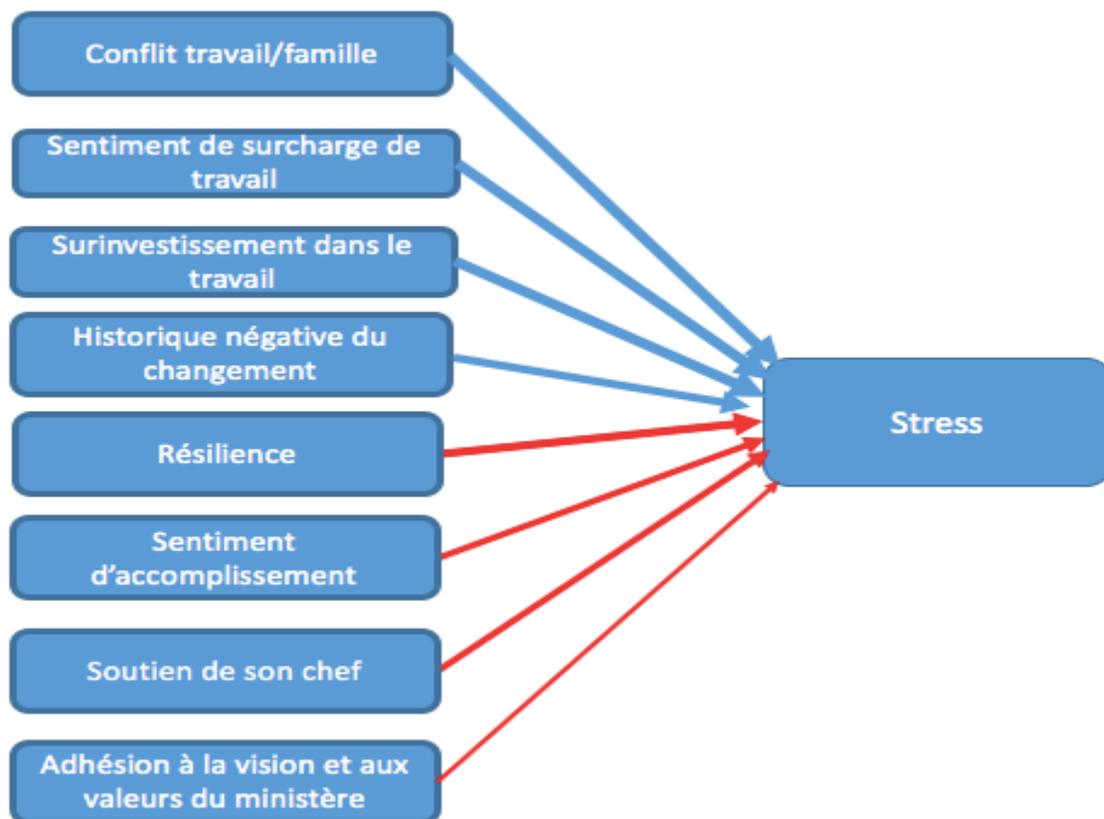
FIGURE 66: LES DÉTERMINANTS DU SENTIMENT D'ACCOMPLISSEMENT



Le soutien organisationnel est aussi une variable jouant un rôle sur le sentiment d'accomplissement. De plus, il est à noter que moins les médecins seraient confrontés à des difficultés de conciliation travail-famille, de stress et d'un climat de travail conflictuel, moins ils se dévaloriseraient et meilleure serait leur estime personnelle à l'égard de leurs réalisations professionnelles.

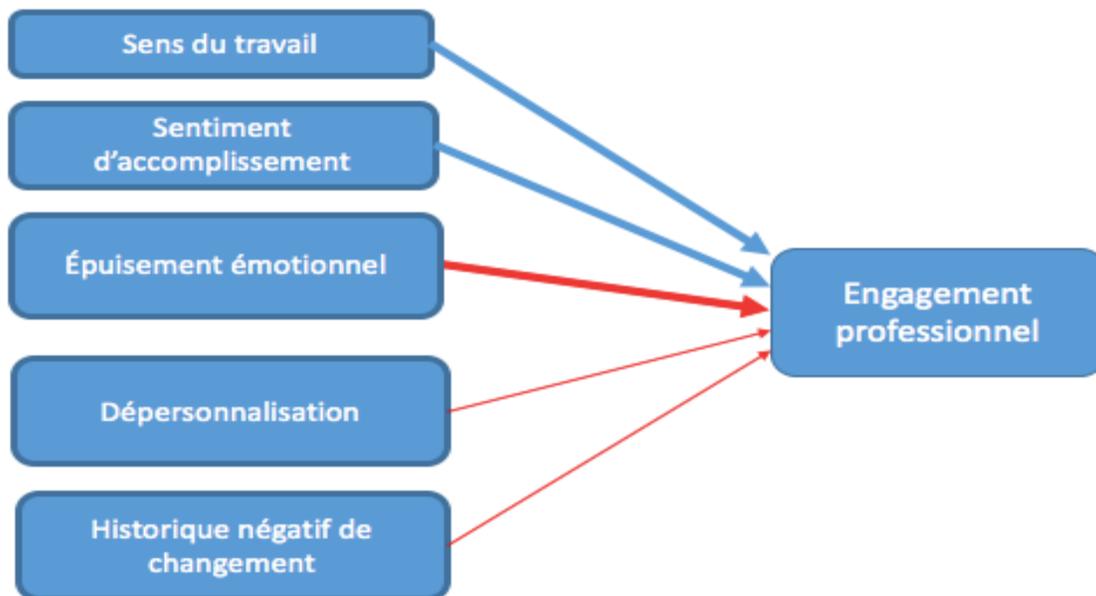
La figure 67 présente les déterminants du stress ressenti par les médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent. Le stress ressenti par les médecins est grandement influencé par les difficultés de conciliation travail-famille, par le sentiment de surcharge de travail, par le surinvestissement dans le travail et par l'historique négatif en matière de changement. Ainsi, plus ces facteurs sont prédominants, plus les médecins ressentent de stress. À l'inverse, plus le médecin est résilient, soutenu par son chef de service, en adéquation avec la vision et les valeurs du ministère et accompli professionnellement, moins il ressent de stress.

FIGURE 67: DÉTERMINANTS DU STRESS



L'engagement envers sa profession serait avant tout lié au niveau d'épuisement émotionnel, au sens du travail, ainsi qu'au sentiment d'accomplissement professionnel (figure 68). Autrement dit, les médecins épuisés (épuisement émotionnel et dépersonnalisation) sont moins engagés dans leur profession, alors que ceux qui trouvent un plus grand sens dans le travail qu'ils réalisent et qui se sentent accomplis professionnellement sont plus engagés que les autres. Les difficultés historiques en matière de changement organisationnel s'avèrent aussi significatifs sur le niveau d'engagement. Effectivement, plus l'historique en matière de changement est négatif (difficile), moins le médecin serait engagé dans sa profession.

FIGURE 68: LES DÉTERMINANTS DE L'ENGAGEMENT PROFESSIONNEL



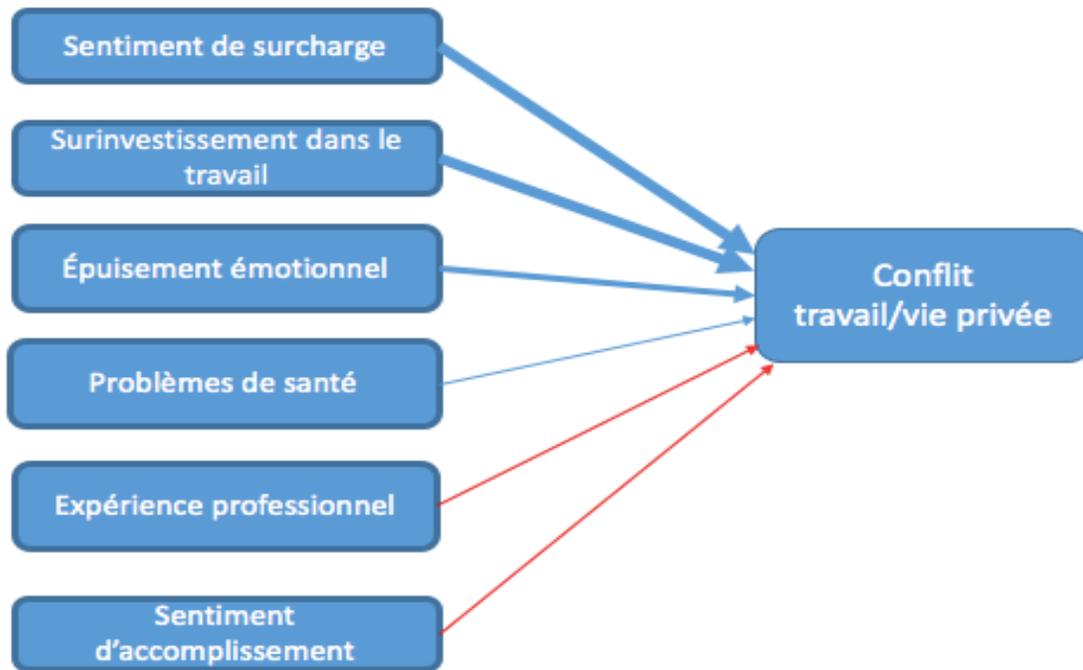
L'intention de quitter la profession médicale répond à une dynamique semblable à celle de l'engagement professionnel, mais dans le sens inverse (figure 69). Effectivement, plus le médecin se sent épuisé, plus il est enclin à quitter sa profession médicale. De plus, l'engagement professionnel permettrait de réduire significativement l'intention de quitter sa profession. Outre l'engagement professionnel, le soutien, la reconnaissance, la justice des procédures, le sens du travail, le sentiment d'accomplissement et le partage de la vision et des valeurs du ministère permettent aussi de réduire significativement l'intention de quitter sa profession médicale.

FIGURE 69: LES DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DE QUITTER LA PROFESSION MÉDICALE



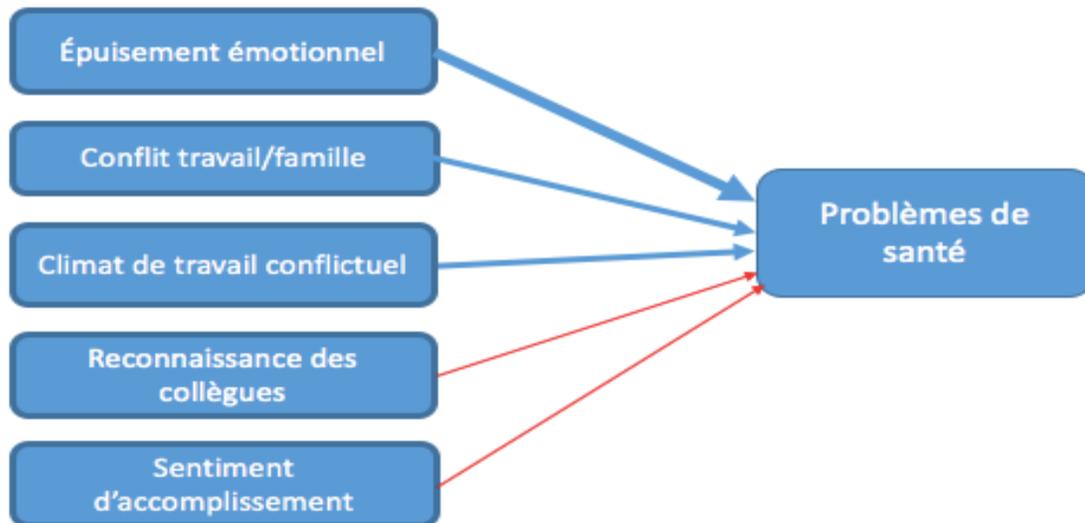
La figure suivante (figure 70) présente les déterminants du conflit travail/vie privée. En ce qui concerne les difficultés de conciliation travail-famille, les résultats démontrent que la surcharge de travail et le surinvestissement dans le travail se situent au premier plan des irritants. Par la suite, l'épuisement émotionnel et les problèmes de santé semblent également avoir un lien significatif avec ces difficultés de conciliation. De plus, les résultats démontrent que plus le médecin se sent accompli professionnellement et a d'ancienneté dans sa profession, moins il serait enclin à vivre des difficultés de conciliation. Il est à noter que plus de la moitié des médecins ayant répondu au sondage vivent des problèmes de conciliation. Il serait donc important de s'intéresser aux causes reliées à cet enjeu au sein du réseau. Le taux particulièrement élevé de femmes ayant répondu au sondage, ainsi que la moyenne d'âge, peuvent constituer des pistes d'explication de ce résultat.

FIGURE 70: LES DÉTERMINANTS DU CONFLIT TRAVAIL/VIE PRIVÉE



Les déterminants des problèmes de santé sont présentés à la figure suivante (figure 71).

FIGURE 71: DÉTERMINANTS DES PROBLÈMES DE SANTÉ



Les problèmes de santé ressentis par les médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent sont l'une des conséquences de l'épuisement émotionnel. Le conflit travail/famille ainsi que le climat de travail conflictuel sont d'autant plus importants à considérer dans l'explication

des problèmes de santé. Également, les médecins qui reçoivent de la reconnaissance de leurs collègues et qui ont un sentiment d'accomplissement élevé seraient moins susceptibles d'avoir des problèmes de sommeil, d'appétit et autres (par exemple : des problèmes respiratoires, cardiovasculaires, gastro-intestinaux, des maux de tête, etc. ).

Les résultats obtenus de l'auto-évaluation des médecins à l'égard des soins prodigués témoignent d'un lien significatif et fort entre la qualité des soins et le sentiment d'accomplissement, le sens du travail et la résilience, tel que présenté à la figure 72.

FIGURE 72: LES DÉTERMINANTS DE LA QUALITÉ DES SOINS



Autrement dit, le sentiment d'accomplissement professionnel, le sens accordé à son travail et le fait d'être quelqu'un de résilient sont tous des éléments qui sont liés à la qualité des soins apportés aux patients. Pour leur part, les variables d'épuisement, de surcharge, de stress et d'hostilité des patients sont liées négativement à la qualité des soins. En d'autres termes, plus ces variables sont présentes, moins bonne sera la qualité des soins

donnés. D'autres facteurs ont également un impact positif sur la qualité des soins, comme la reconnaissance des patients, la justice procédurale, le fait d'avoir un horaire de jour et certains traits de personnalité comme l'ouverture, l'enthousiasme et la créativité.

## 5. PRINCIPALES OBSERVATIONS

La littérature sur l'épuisement professionnel fait état d'une réalité particulièrement inquiétante en ce qui a trait aux médecins dans le monde. Plus précisément, aux États-Unis, il a été constaté que le taux d'épuisement professionnel a augmenté d'approximativement 10% en l'espace de 3 ans. Effectivement, en 2011, le taux d'épuisement professionnel chez les médecins américains se chiffrait à 37,5% et a augmenté à 48,8% en 2014 (Shanafelt, 2015). De plus, lorsqu'on compare la prévalence de ce syndrome chez les médecins et chez une population de travailleur, le taux d'épuisement professionnel est grandement supérieur chez les médecins se situant à 37,5% comparativement à 27,6% pour les travailleurs (Shanafelt, 2012). Au Canada, grâce au plus récent sondage réalisé par l'Association médicale canadienne, nous pouvons constater que l'épuisement professionnel au sein des médecins se situe à 30%. Plus précisément, on parle d'une prévalence de 32% chez les femmes médecins et de 27% chez les hommes.

Rappelons-nous que l'épuisement professionnel est un syndrome résultant de l'expérience de stress chronique, d'ordre interpersonnel au travail (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Lorsqu'on regarde le type d'environnement dans lequel les médecins œuvrent, on en convient qu'ils ne sont pas à l'abri de l'épuisement. Effectivement, les médecins sont confrontés à plusieurs formes de pressions et de stress au quotidien, dans leur environnement professionnel. Nous entendons par pressions et stress, par exemple, l'incongruence entre les valeurs du médecin et celles défendues par le ministère, les attentes élevées de la population à leur égard, la charge de travail élevée qui n'est pas nécessairement proportionnelle aux ressources à leur disposition, les changements technologiques, les couvertures médiatiques négatives au sujet des médecins et la cadence de travail de plus en plus rapide tout en maintenant les coûts les plus bas possible.

Mais qu'est-ce qui est à l'origine de cet épuisement de plus en plus prédominant dans la profession? Dans leur étude, Maslach et Leiter ont pu identifier 6 concepts associés significativement à l'épuisement. Ces 6 concepts seraient donc des déterminants importants de l'épuisement professionnel. On parle ainsi de la surcharge de travail, de la perception de manque de contrôle, du manque de reconnaissance, de l'effritement du sens de la communauté, du sentiment d'injustice et de l'incongruence des valeurs (Maslach et Leiter, 2008). Les résultats obtenus dans le sondage auprès des médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent vont dans le même sens. Effectivement, il a été constaté que les médecins du CISSS du Bas-Saint-Laurent s'entendent sur le fait qu'ils ont une surcharge de travail importante, qu'ils manquent de reconnaissance de la part de leur chef de service médical et de leurs collègues, qu'il y a très peu de justice au niveau des procédures, que l'adhésion à la vision et aux valeurs du ministère est très faible et qu'ils ressentent peu de soutien de leur organisation et de leur chef. Outre ces constatations similaires aux études antérieures, d'autres éléments nous permettent d'expliquer davantage ce qui est à l'origine de l'épuisement au sein du réseau. Les difficultés de conciliation travail-famille, le climat de travail conflictuel, le surinvestissement dans le travail et la difficulté à faire preuve de résilience ont également été relevés comme étant prédominants. Nos recommandations se sont donc basées sur ces déterminants afin de mieux cibler les futures interventions possibles.

L'opinion et les idées des médecins qui travaillent sur le terrain doivent être prises en compte. Pour obtenir des résultats optimaux pour les patients, la participation du médecin dans la réflexion sur l'amélioration des soins de santé est nécessaire (Berwick et Nolan, 1998). Pour ce faire, il s'avère pertinent d'accroître le caractère participatif des modes de gestion. Si on souhaite que les médecins s'approprient un quelconque changement, ils doivent être partie prenante de l'élaboration des nouvelles façons de faire. Cela nous porte donc à mettre l'accent sur l'inclusion des médecins dans l'élaboration et l'émergence de solutions concernant les problématiques soulevées dans ce rapport. Les inclure dans un processus visant à favoriser leur bien-être ne peut être que bénéfique à l'émergence de pistes de solutions pertinentes et propres à leur réalité.

Lorsqu'on regarde les résultats du sondage, on remarque que les médecins sont très impliqués et engagés dans leur travail. Par contre, ils sont plus faiblement en accord avec

la vision et les valeurs promues par le ministère de la Santé. Afin de traiter cet écart, il s'avère encore plus pertinent d'améliorer les partenariats entre les médecins et leur organisation. Cette participation engendrerait un plus grand volontarisme, un plus grand travail d'équipe et une participation plus accrue à l'amélioration des processus, ce qui aura sans aucun doute de grands impacts sur la diminution du taux d'épuisement (Swensen, Kabcenell, Shanafelt et al., 2016). Le fait de construire une saine relation entre l'organisation et les médecins est indispensable pour atteindre une efficacité organisationnelle optimale et pour favoriser un environnement de travail propice à la collégialité, à l'excellence et au sentiment de contrôle sur sa pratique. Les éléments énumérés ont fait leurs preuves dans la littérature comme étant d'excellents moyens pour réduire l'épuisement professionnel au sein du corps médical (Swensen, Kabcenell, Shanafelt et al., 2016).

En ce qui a trait à l'ensemble des résultats du présent sondage, il est possible de conclure que certaines personnes et certaines installations sont à prioriser. Effectivement, les omnipraticiens démontrent un niveau d'épuisement professionnel nettement supérieur à celui des médecins spécialistes. De plus, les régions de Mont-Joli, les Basques et Rivière-du-Loup ont été ciblées comme étant davantage problématiques.

Plusieurs stratégies organisationnelles et individuelles peuvent être adoptées afin de faire face à l'épuisement professionnel. Comme nous venons de le mentionner, accroître le caractère participatif des modes de gestion est un exemple de stratégie organisationnelle. Le stress et la surcharge de travail, par exemple, sont aussi des éléments non négligeables à prendre en compte pour favoriser un environnement de travail plus sain. Toutefois, si on souhaite rester réaliste, l'environnement professionnel des médecins va toujours comporter du stress et une charge de travail relativement importante. Cela fait partie de la composition de leur travail. Pour arriver à réduire le stress et la surcharge de travail, il s'avère donc pertinent de mettre l'accent davantage sur des ressources bien précises qui auront indirectement des impacts sur ces facteurs. Par exemple, pour diminuer le sentiment de surcharge de travail, le fait d'augmenter le soutien entre les professionnels de la santé ou entre le médecin et son organisation constitue un moyen pour atténuer cette exigence qui est grandement liée à l'épuisement. Il est important de ne pas négliger l'impact de l'esprit de collégialité et du soutien entre collègues. Le besoin

de collégialité est défini par le besoin de reconnaissance et de connectivité avec ses collègues. Le fait de sortir de l'isolement et passer du temps avec ses collègues aurait des effets atténuants sur l'épuisement professionnel, d'où l'importance pour l'organisation de créer une culture de respect et de collégialité. Favoriser la reconnaissance, l'équité, la transparence, la collaboration et l'autonomie soutiendrait l'idée d'un climat de travail où les collègues se soutiennent collectivement et, par conséquent, un environnement de travail favorisant le bien-être psychologique de chacun (Swensen, Kabacene, Shanafelt et al., 2016). De plus, le fait de mettre en place des moyens pour faciliter la conciliation travail/famille est un autre exemple pour atténuer les impacts de certaines demandes. Comme il a été constaté dans le présent sondage, les médecins, majoritairement les omnipraticiens, affirment que la charge administrative est tellement élevée qu'ils doivent poursuivre leur travail à la maison. En plus de la surcharge de travail, cela apporte aussi des problèmes de conciliation travail/famille et de stress supplémentaire.

Les résultats ont démontré également un niveau de reconnaissance relativement bas dans le réseau, et ce, plus particulièrement de la part des collègues et du chef de service. Offrir une forme de reconnaissance soutenue en améliorant d'abord la culture de reconnaissance et de soutien aura sans aucun doute des retombées positives et peu coûteuses. Les médecins ont besoin de sentir qu'on reconnaît la valeur de ce qu'ils font. Bien sélectionner et former les chefs de service en ce qui a trait à leur capacité relationnelle est une façon pour développer une culture de reconnaissance et de soutien. Ces leaders seront en mesure de favoriser l'engagement professionnel des médecins en les aidant à optimiser la conciliation de leur travail et de leur vie personnelle et en créant un environnement de travail qui favorise l'esprit de communauté, la flexibilité et l'autonomie professionnelle (Shanafelt, Gorringer, Menaker et al., 2015.)

L'engagement professionnel a aussi énormément d'impact sur l'efficacité organisationnelle. C'est pourquoi un style de leadership actif et transformationnel au sein de l'organisation est crucial pour assurer cette forme d'engagement et de performance organisationnelle. Il a été démontré dans la littérature que les organisations qui investissent dans le développement du leadership connaîtront un rendement supérieur à celles qui ne le font pas. L'importance du style de leadership n'est pas à négliger. Le leadership du chef de service a non seulement des effets sur le bien-être des médecins,

mais aussi sur la satisfaction professionnelle de ceux-ci et sur la qualité des soins (Swensen, Kabcenell, Shanafelt et al., 2016).

Bien que plusieurs stratégies puissent être mises de l'avant par l'organisation pour contrer l'épuisement professionnel, d'autres stratégies axées sur l'individu sont également non négligeables. Avant tout chose, le médecin doit prendre soin de lui. Prendre soin de soi débute par l'activité physique, le repos, et/ou par un sommeil suffisant. De plus, l'individu ne doit pas omettre de nourrir suffisamment son réseau de soutien, à savoir ses relations interpersonnelles. Il doit également favoriser ses intérêts à l'extérieur du travail et prioriser sans aucun doute sa propre santé avant celle des autres. L'individu susceptible d'épuisement doit aussi avoir une bonne conscience de lui-même. Autrement dit, l'individu doit reconnaître sa propre vulnérabilité face au stress, il doit être à l'affût de ses signaux d'alarme et il doit établir de saines limites entre son travail et sa vie personnelle (Epstein, 2013; Shanafelt, 2012). Effectivement, la capacité de résilience s'avère une ressource pour l'individu très efficace contre les exigences au travail. Être en mesure de retrouver l'équilibre émotionnel après avoir vécu des situations difficiles ou des situations en dehors de son contrôle s'avère fortement nécessaire dans la profession médicale. Les médecins côtoient non seulement des personnes plongées dans des situations empreintes d'émotivité et de tensions, mais ils sont également vulnérables à des situations imprévisibles et en dehors de leur contrôle. Dans le sondage, il a été démontré que 40% des médecins ne sont pas résilients. Il est donc pertinent de développer progressivement la capacité de résilience pour l'ensemble des médecins du réseau. Il est à noter que la capacité de résilience peut être acquise au fil du temps, en ciblant et en travaillant sur le contrôle de ses émotions, de sa pratique médicale et de sa vie personnelle. Le rôle de l'organisation est donc de sensibiliser leurs médecins à l'importance de la résilience et apporter le soutien nécessaire pour ceux et celles souhaitant la développer davantage (Shanafelt, Hassan, Dyrbye et al., 2015). Également, l'organisation s'avère un acteur important pour la sensibilisation des médecins, principalement les nouveaux, au risque du surinvestissement dans le travail. Comme il a été constaté dans le sondage, près de 50% des médecins ont tendance à se surinvestir dans leur travail. Cela est grandement inquiétant considérant l'impact que le surinvestissement a dans l'épuisement professionnel. Ainsi, en sensibilisant les médecins au surinvestissement, ceux-ci auront

non seulement une meilleure connaissance des risques auxquels ils sont exposés, mais ils seront également mieux outillés afin de déceler et prévenir les signes avant-coureurs du surinvestissement auprès de leurs confrères et consœurs de travail. La bienveillance des uns par rapport aux autres est une valeur fondamentale dans un environnement clinique sain.

Comme l'épuisement professionnel est un syndrome qui s'exprime tout d'abord dans la sphère professionnelle, il est important de ne pas tout remettre entre les mains du médecin lorsqu'on souhaite trouver des solutions pour diminuer cette prévalence. Autrement dit, pour prévenir et guérir l'épuisement, la responsabilité doit être conjointe. L'organisation tout comme l'individu ont leur rôle à jouer. De plus, il a été démontré dans la littérature que les interventions organisationnelles ont plus d'impact sur la santé et le bien-être que les interventions individuelles : « *Organization-directed interventions were associated with higher treatment effects compared with physician-directed interventions* » (Panagioti et al., 2016). Les efforts de l'organisation ne sont donc pas à minimiser. Il s'avère également important d'intervenir le plus tôt possible et mettre en place de nouvelles stratégies pour prévenir l'épuisement, car les conséquences reliées au syndrome d'épuisement professionnel peuvent être très coûteuses tant sur le plan personnel, interpersonnel et professionnel. Pour l'organisation, cela peut avoir des impacts sur sa productivité globale, sur la hausse de l'absentéisme, sur le roulement du personnel, sur les retraites prématurées et sur la baisse des heures de travail. Dans ce cas-ci, les médecins qui ont répondu au sondage ont indiqué que malgré le fait qu'ils sentaient le besoin de diminuer leurs heures de travail, certains ne pouvaient pas le faire par peur de surcharger encore plus leurs collègues et également, parce qu'on ne leur permettait pas de faire du temps partiel. En ce qui a trait à la santé des individus victimes d'épuisement professionnel, ceux-ci peuvent développer des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'abus de substances et des idées suicidaires. Il y a également les conflits familiaux et les symptômes divers comme les troubles digestifs, les migraines, etc. qui sont des conséquences de l'épuisement (Maslach, 2008). De plus, il est important de ne pas négliger l'impact de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins. Effectivement, il est à noter que l'épuisement professionnel est associé à : une moins grande observance aux traitements, des problèmes de professionnalisme, de l'insatisfaction chez les patients

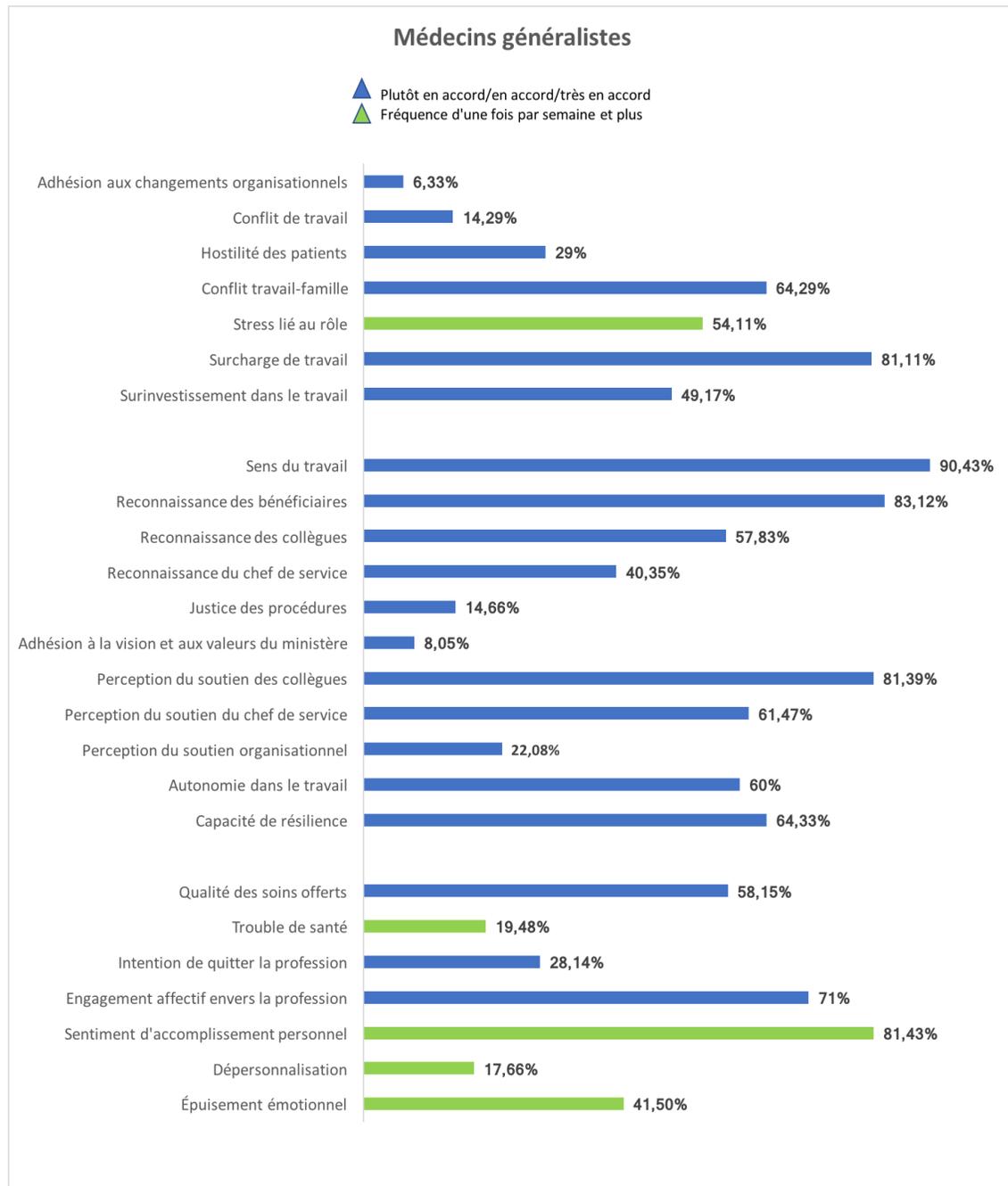
et un risque accru d'erreurs médicales (Dewa, 2014; Dyrbye, 2010; Shanafelt, 2016; West, 2006).

Les coûts reliés à l'épuisement professionnel sont énormes. Bien que les procédures opérationnelles soient au cœur des discussions gouvernementales et ministérielles, la santé mentale et l'opinion des gens qui réalisent ces procédures sont sans aucun doute aussi importantes à considérer. Pour mettre en place des procédures efficaces et performantes, il faut avant tout des individus en bonne santé qui vont être en mesure d'appliquer les changements de façon efficiente. Les efforts déployés pour prévenir et contrer l'épuisement professionnel sont guidés par le souci du bien-être des médecins, certes, mais aussi de celui de ceux qui reçoivent les soins. Réduire le niveau d'épuisement professionnel a pour conséquence d'augmenter la qualité, la sécurité, l'efficacité et la santé psychologique de tous (Swensen, Kabacoff, Shanafelt et al., 2016). Ainsi, nos analyses concluent que si on souhaite améliorer la santé des médecins au CISSS du Bas-Saint-Laurent, il faut d'abord prioriser les omnipraticiens et les régions de Mont-Joli, les Basques et Rivière-du-Loup. De plus, il s'avère nécessaire d'améliorer la culture de reconnaissance et de soutien au sein de ces établissements, d'accroître le caractère participatif des modes de gestion, de faciliter la conciliation travail-famille, de sensibiliser les médecins au risque du surinvestissement dans le travail, de développer leur capacité de résilience et de réduire le niveau de stress perçu, ainsi que le sentiment de surcharge.

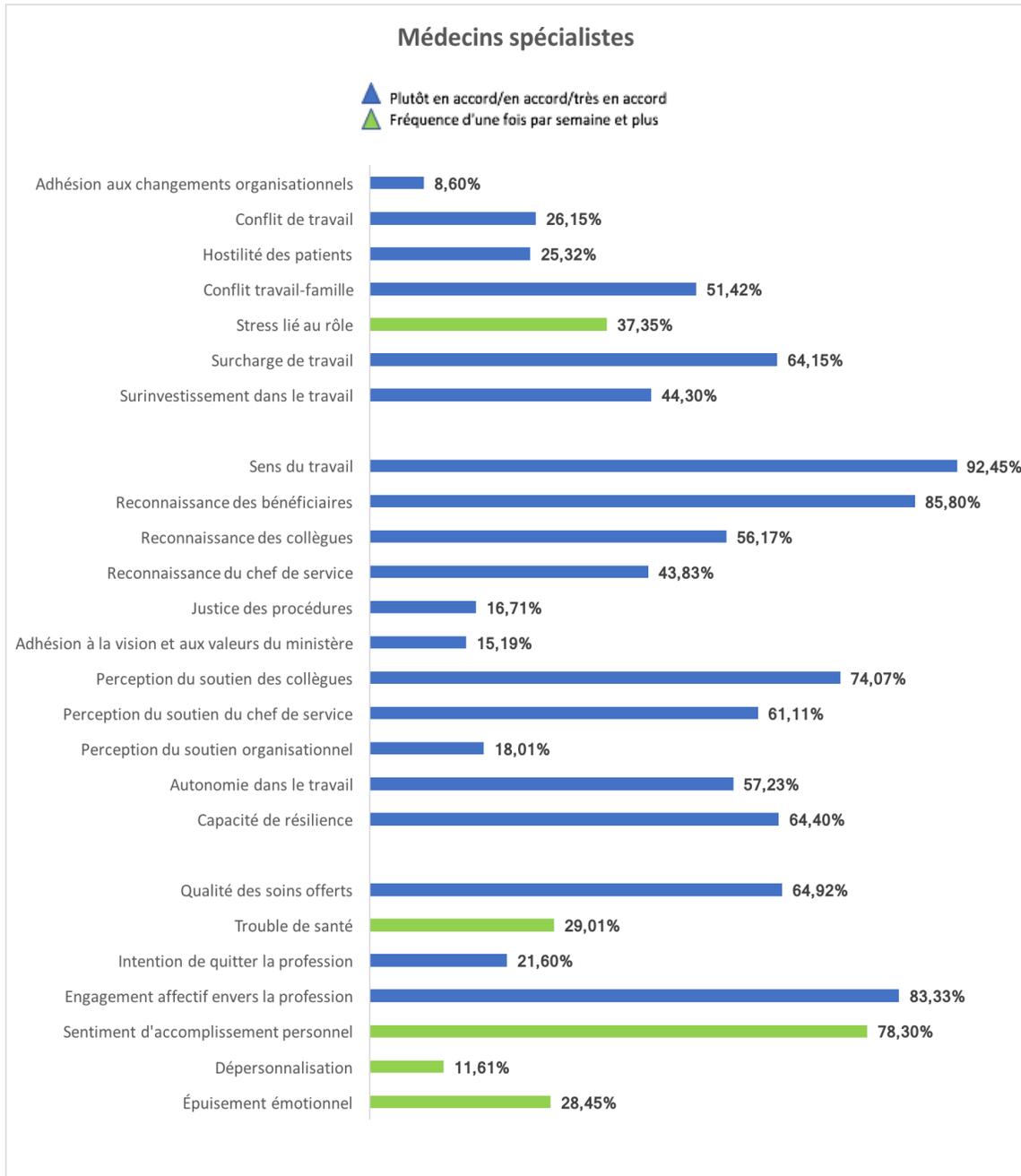
Finalement, il est important de comprendre qu'on ne peut pas proposer des solutions uniques et généralisées pour tous les environnements de travail lorsqu'on souhaite réduire l'épuisement professionnel. Chaque milieu de travail possède sa propre unicité. Par conséquent, il s'avérerait nécessaire, dans un deuxième temps, de mener des recherches-actions sur le terrain afin de proposer des solutions pertinentes et efficaces qui permettront de cibler les réalités propres à chaque milieu. Comme il a été mentionné un peu plus haut, qui de mieux placé que les médecins sur le terrain pour proposer des solutions cohérentes et adaptées à leur réalité ?

## ANNEXE 1 : RÉSULTATS PAR CATÉGORIE DE MÉDECINS ET PAR INSTALLATION

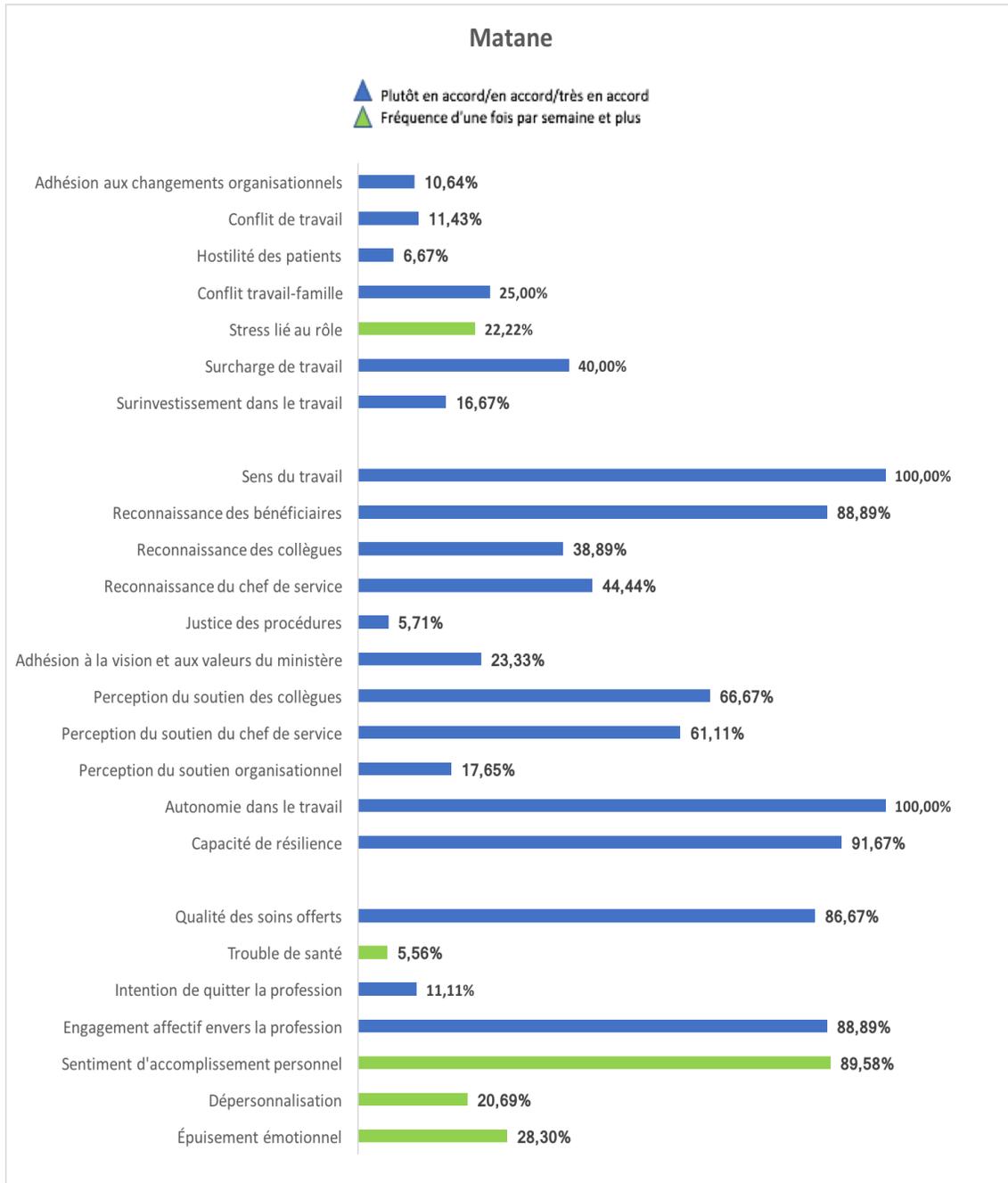
### 1. Médecins généralistes



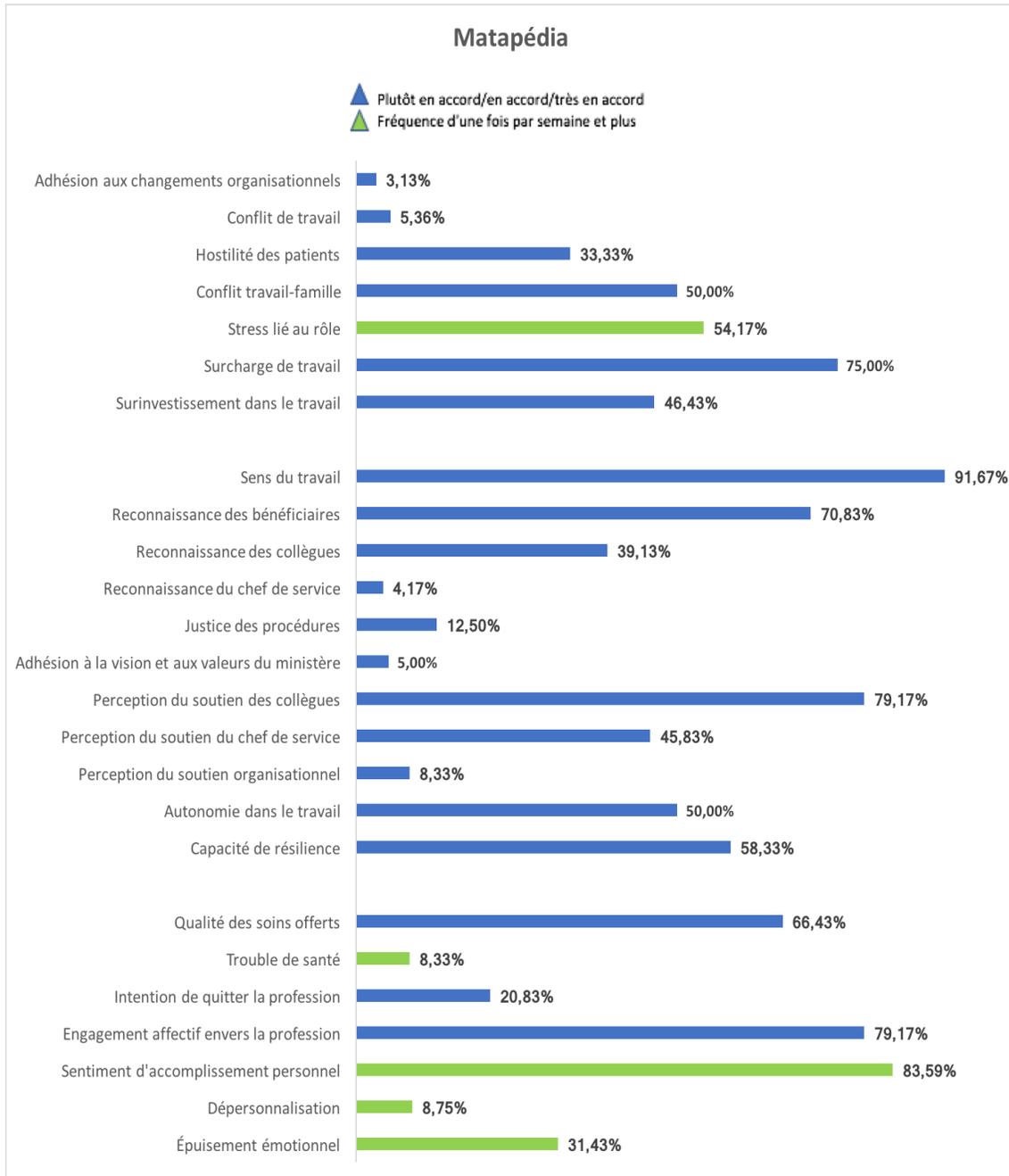
## 2. Médecins spécialistes



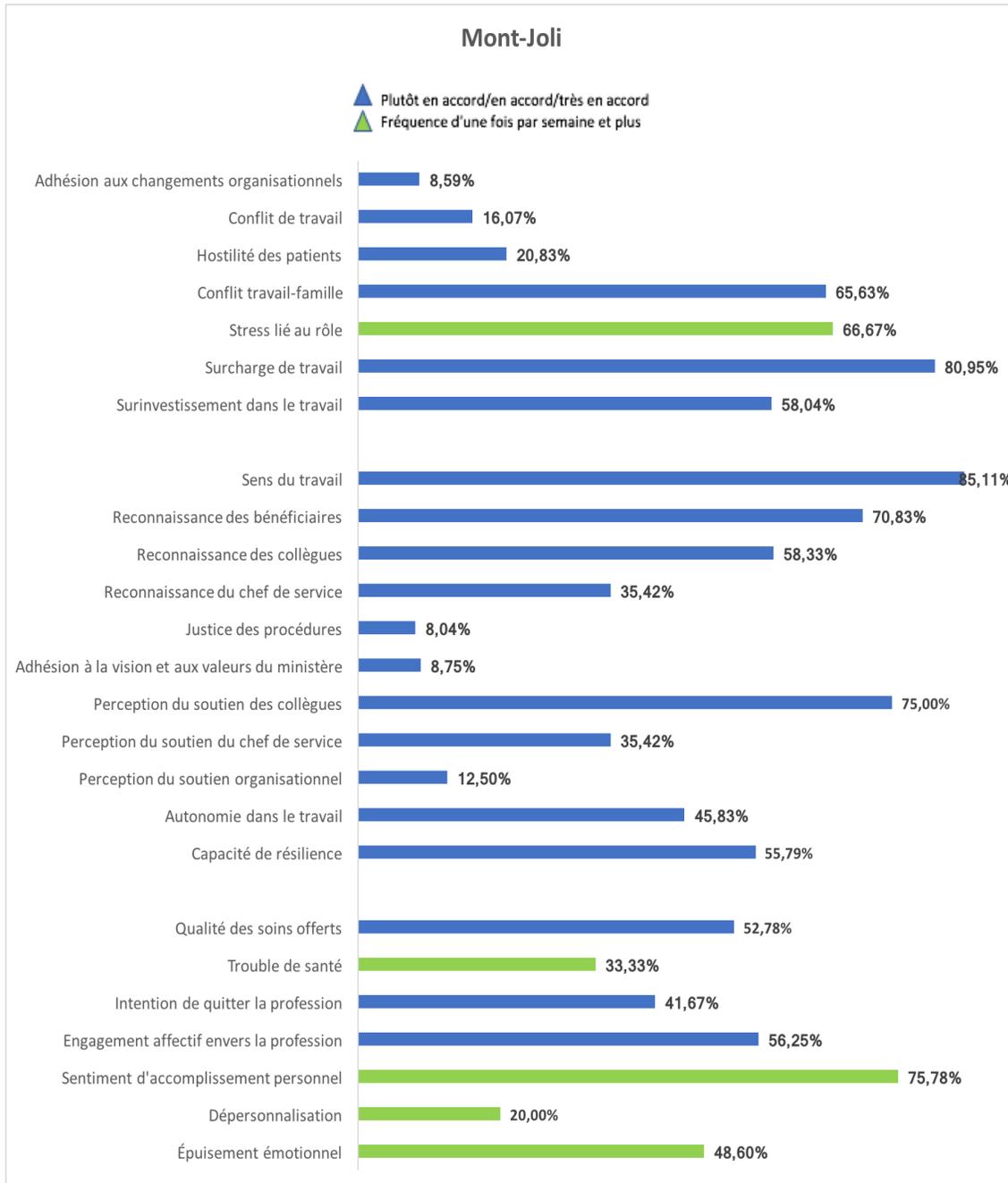
### 3. Matane



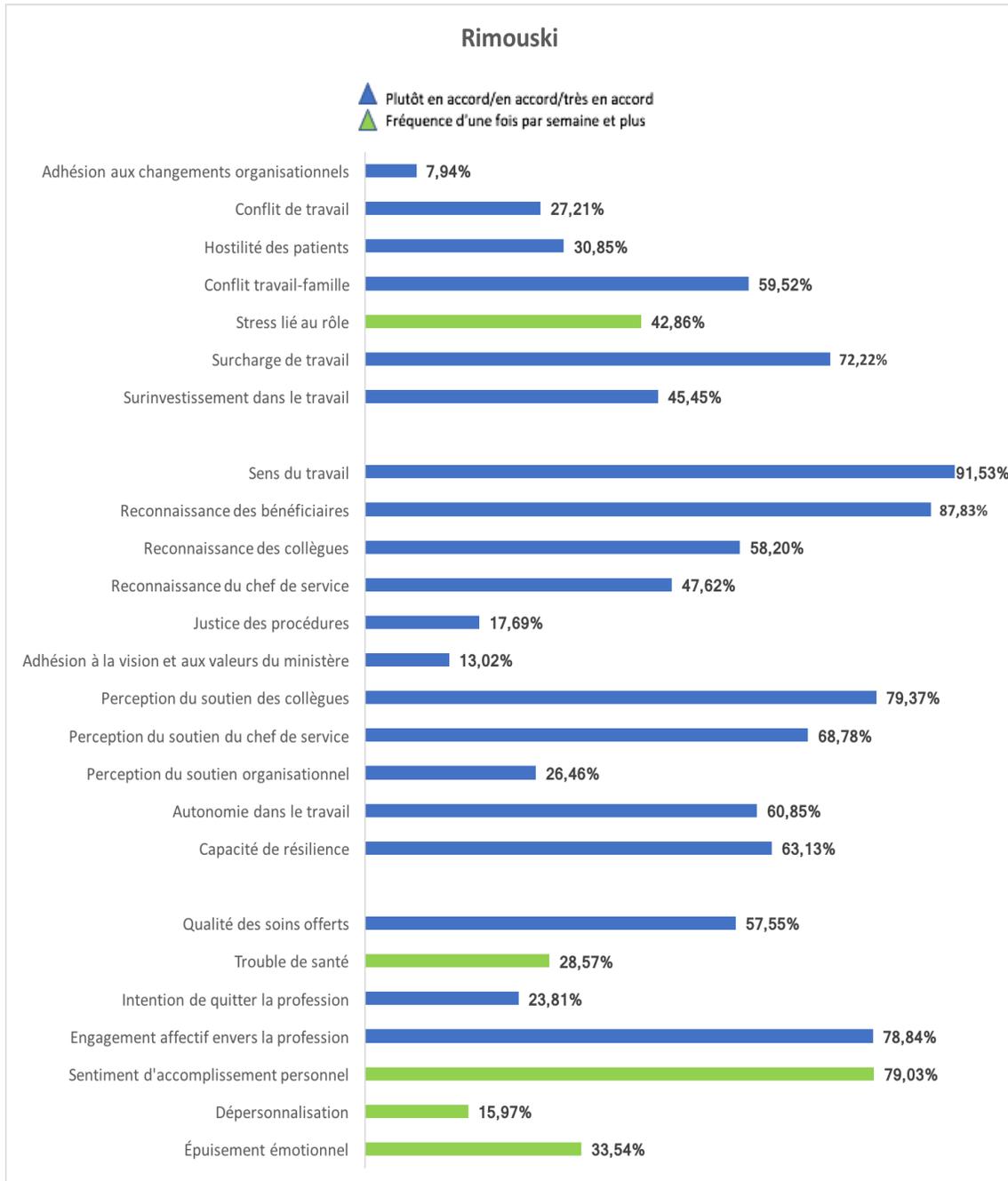
#### 4. Matapédia



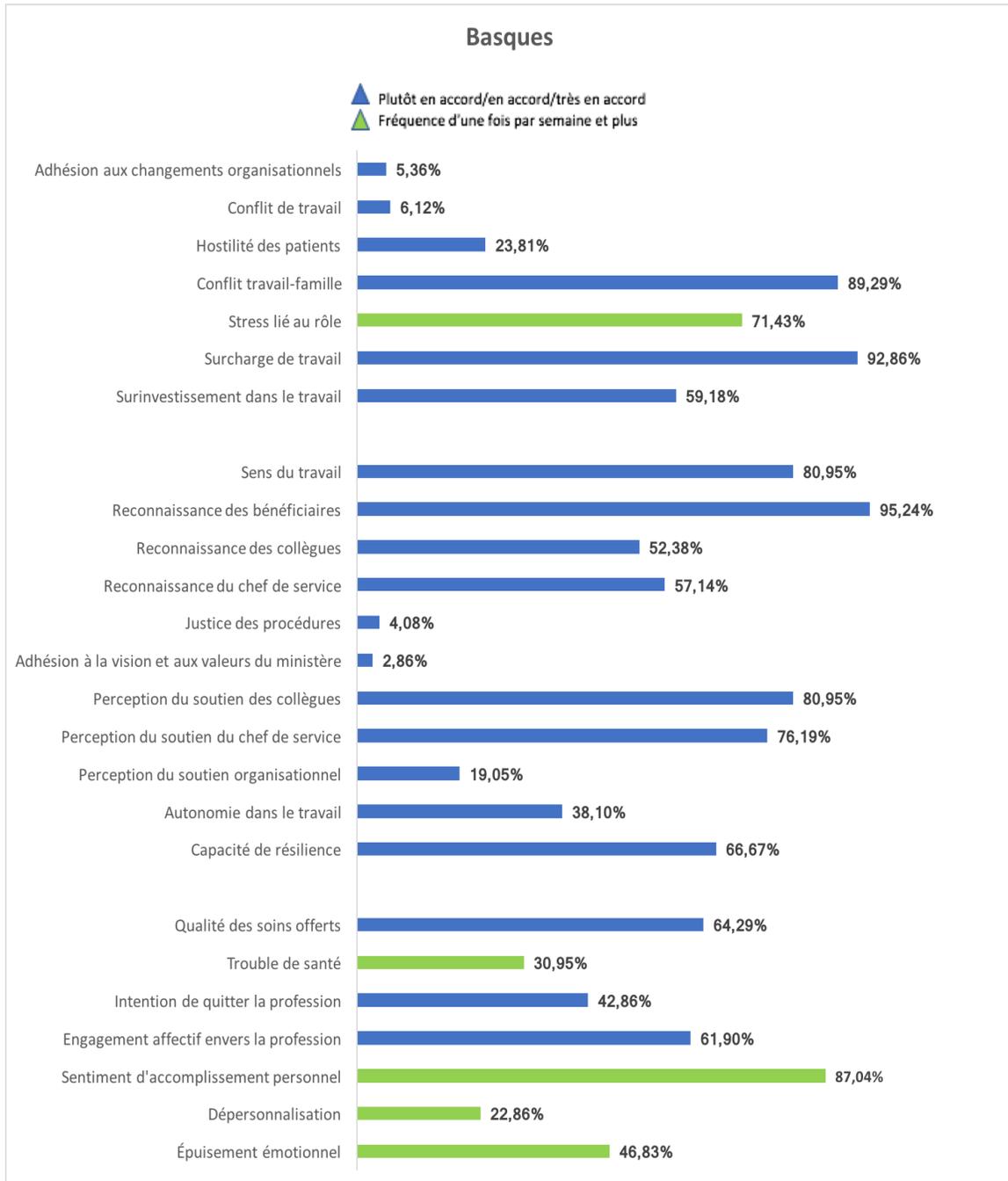
## 5. Mont-Joli



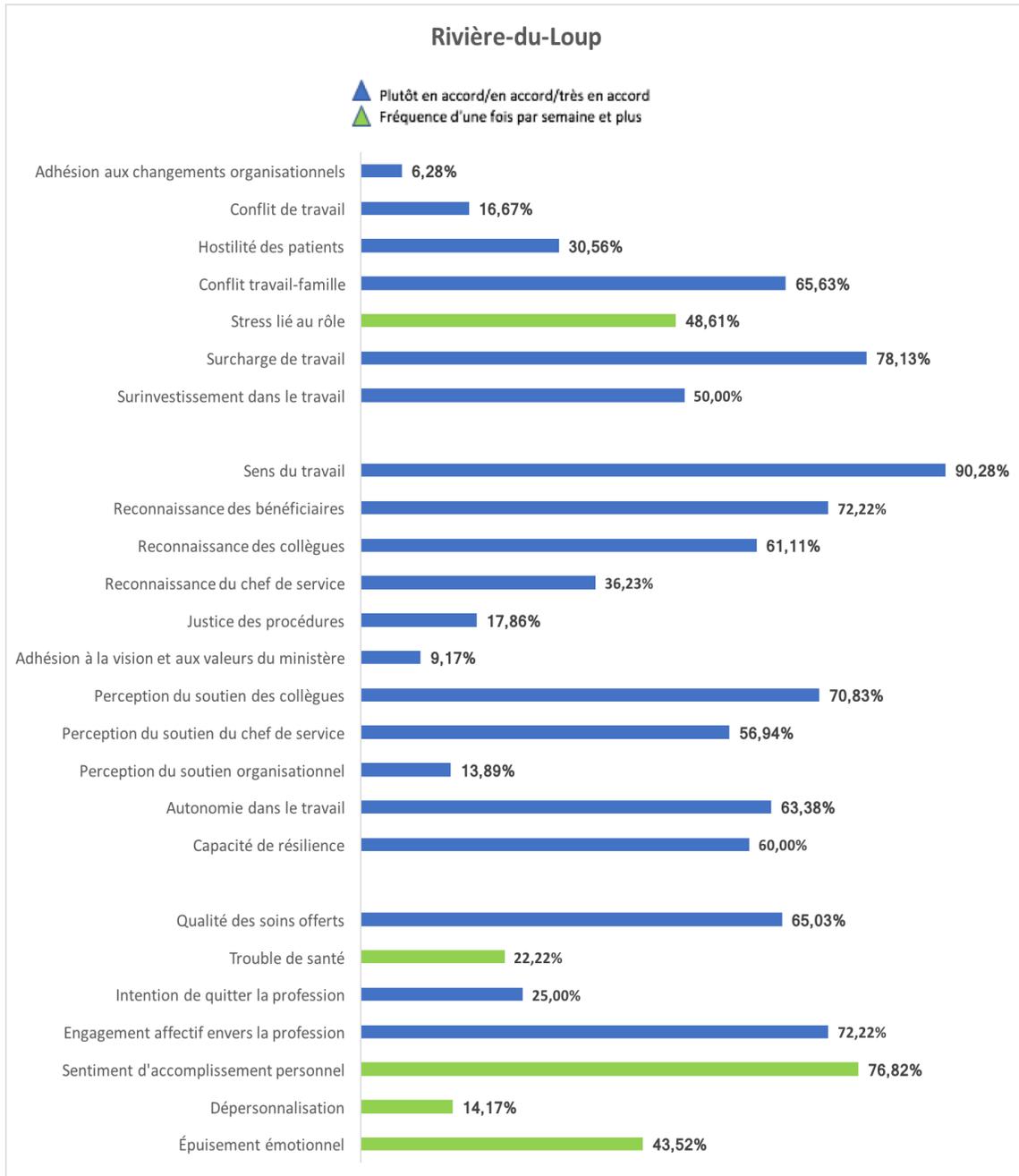
## 6. Rimouski



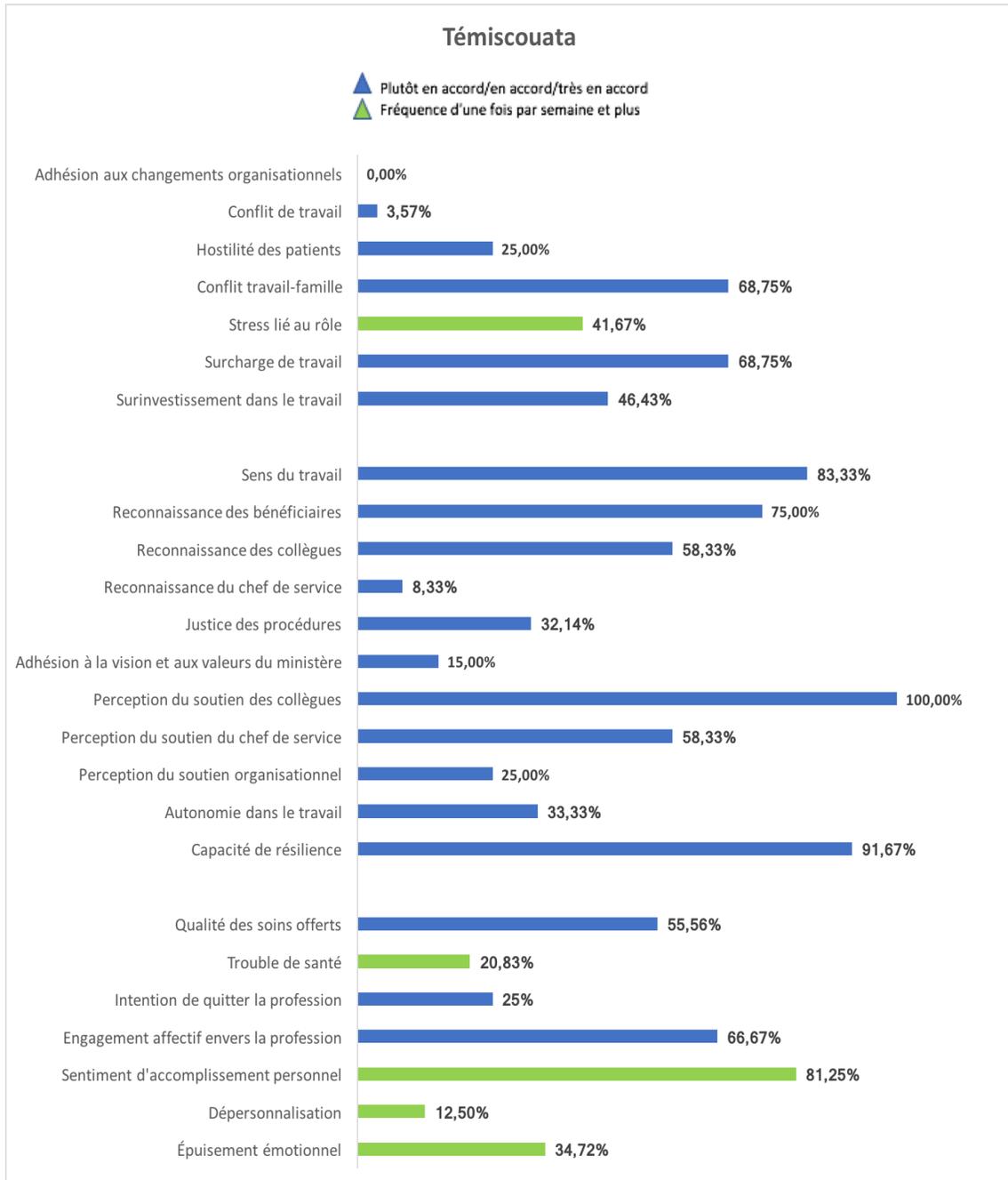
## 7. Basques



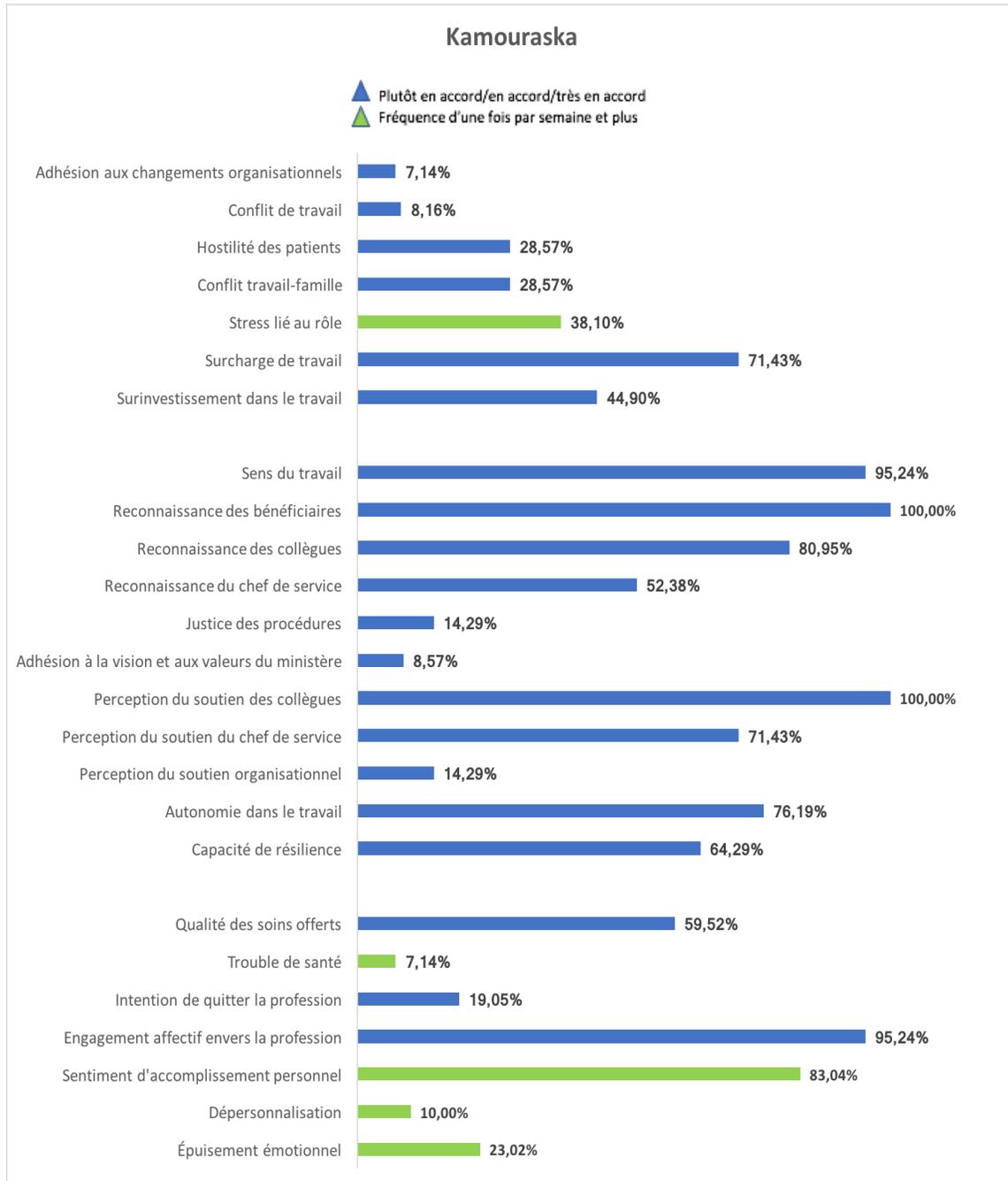
## 8. Rivière-du-Loup



## 9. Témiscouata



## 10. Kamouraska



## ANNEXE 2 : ENSEMBLE DES COMMENTAIRES

*« J'ai le sentiment que l'ensemble du réseau (professionnels, autres membres soignants et patients) est perdant dans la qualité des soins prodigués auprès des patients. Nous assistons impuissant à une désorganisation de nos soins au quotidien. Le système souffre du gigantisme organisationnel et des décisions du ministre de la santé. »*

*« Augmentation du stress, des frustrations et des conflits depuis projets de lois 10, 20 et 130. Les gestionnaires et les médecins font ce qu'ils peuvent, mais se buttent à des exigences ministérielles irréalistes. De plus le salissage médiatique de la profession médicale finit par miner le moral de professionnels dévoués et la passion s'amenuise... »*

*« Les réformes des dernières années ont beaucoup transformé les relations entre médecins et le partage du travail. La saine collaboration qui existait autrefois s'est transformée en tension subtile mais présente dans le but de se sauver la peau. Soumis à des pressions de toutes parts, tout le monde tente de protéger son jardin. Mais on est encore loin de l'hostilité et de l'agressivité. L'obligation de modifier des tâches cliniques nous force à abandonner des activités cliniques utiles, reconnues efficaces dans la littérature au profit d'activités cliniques priorisées par les gestionnaires pour l'atteinte des cibles ministérielles mais moins utiles globalement. Il en découle une perte du sentiment d'utilité et une perte de sens qui sont pour moi, les plus grandes difficultés. Travailler fort et longtemps pour soigner les patients est valorisant. Le faire pour atteindre une cible statistique arbitraire l'est beaucoup moins. Pour le support des chefs, les départements sont simplement trop gros et géographiquement étendus pour que la structure fonctionne. essayez une réunion en visio à 8 sites pour discuter d'enjeux importants... Les réunions en présence sont tout simplement impossibles en raison des obligations liées à la garde. Il en résulte que tout est décidé par un petit groupe d'individus puis les bons soldats sont informés et mis devant les faits accomplis. »*

*« Je sens présentement que tout le monde veut sauver sa peau. Moins d'empathie pour les collègues est globalement pour les patients. Tout le monde est surchargé une non reconnaissance du travail qui n'est pas facturé comme le volet administratif est suivi d'examen. Plusieurs d'entre nous veulent éviter les gardes qui sont plus lourde. On nous demande sans cesse d'augmenter les services à la population mais il y a toujours un certain nombre d'heures disponibles dans une journée! On demeure aussi des parents avec des enfants qui ont des rendez-vous médicaux parfois pour eux ou pour les nôtres... Nous sommes tous fatigués De la surcharge de travail qui ne 16 de augmenté et la non reconnaissance de celle-ci. Loin de nous l'idée de vouloir avoir un statut élitique. Seulement la décence de ne pas nous rabaisser continuellement. »*

« Je vois bien mes patients et je suis plus disponible pour eux avec les changements des dernières années qui ont finalement favorisé le bureau. Cependant, la pression est de plus en plus lourde pour voir les patients rapidement, les patients y sont gâtés et devenus plus exigeants pour être vu rapidement. La paperasse de bureau/administrative est de plus en plus lourde: beaucoup trop! Pour concilier travail/famille et voir les patients, la paperasse non urgente attend et s'accumule au lieu d'être faite au fur et à mesure comme avant et devient lourde à porter car non seulement je ne vois pas le bout mais elle s'accumule à tous les jours. J'aime mes patients mais la pratique est de plus en plus demandante et sous pression: on presse le citron mais le jus coule de moins en moins. »

« Une chance qu'on est fait solide! Le système est un broyeur... »

« La composante administrative de ma profession est celle qui me dérange le plus et m'enlève du temps clinique »

« Je n'ai jamais travaillé autant que maintenant. La possibilité d'une semi-retraite dans 6 ans s'annonce impossible. Je devrai faire des gardes ( nuits, jours fériés, fins de semaine) jusqu' à ma retraite »

« je prévois prendre ma retraite dans 1 1/2 an et en partie ,suite à surcharge de travail et impossibilité de diminuer les heures de travail sans surcharger nos confrères puisque même si je voulais travailler à demi-temps , je serai compter comme 1 équivalent temps plein »

« (...)Je trouve extrêmement difficile de ne pas être en mesure d'apporter ma contribution aux soins de santé à temps plein parce qu'il n'y a pas de place (ou très peu) au travail à temps partiel. J'ai l'impression d'être à contre-courant des directives ministérielles (prendre plus de patients, faire plus de bureau) et en conséquence, le message que je reçois est que ma pratique est ""déviante"". De plus, les notions d'efficacité, de responsabilité collective et d'optimisation de soins sont en conflit avec le type de pratique que je vise, soit d'être présente pour mes patients et de prendre le temps de bien les suivre (ce qui ne peut se faire avec des r-v de 10 minutes...). Heureusement, je peux retrouver un peu de reconnaissance avec le contact avec mes patients. »

« Ne pas oublier les périodes de garde ou on peut rester au chevet d'un enfant malade , souvent en réanimation, pendant de nombreuses heures d'affilée, parfois jusqu'à 30 heures »

« je sens que le climat de travail s'est grandement détérioré depuis les 12-18 derniers mois. »

« L'animosité est plus grande de la part des spécialistes envers les médecin de famille

*Entre les différentes installations qui ont toujours l'air de penser que ceux d'ailleurs ne font rien*

*Plusieurs personnes pensent à leur bien être personnel plutôt qu'à l'orchestration Globale des soins »*

*« Climat de travail malsain. Comportement intimidateur de certains gestionnaires*

*Culture de harcèlement*

*Aucun support de l'établissement en cas de problèmes*

*Absence complète de reconnaissance*

*Le tout c'est intensifié sérieusement depuis quelques années »*

*« Problématiques récurrentes de harcèlement et d'intimidation au CISSS, abus verbal, menaces, etc. L'intimidation et le harcèlement sont dans l'ADN de l'organisation... »*

*« Je travaille trop et mon organisation met trop de pression sur ses membres »*

*« les unités à atteindre vont nous crever, le calcul est irréaliste et injuste entre les différents champs de pratique. Je travaille tous les soirs dans mes dossiers et je n'atteins toujours pas la cible. Tous les MD (sauf les urgentistes et les MD temps plein) montrent des signes inquiétants d'épuisement. J'ai constamment peur qu'un de nous tombe et qu'on ait encore plus de travail. (...) Tout ce qui me tient à flot ce sont mes antidépresseurs que je prends encore et le soutien de mon conjoint que j'ai encore. Contrairement à beaucoup de médecins séparés pour qui leur profession a sûrement joué. Sinon l'angoisse m'envahirait. »*

*« La fusion des 8 établissements a été une décision catastrophique pour la région. Nos gestionnaires sont dépassés et non disponibles, les gens ne se connaissent plus entre eux, les gestionnaires prennent des décisions pour des milieux dont ils ne connaissent pas la réalité et les besoins, on coupe dans des projets qui ont fait leur preuve avant la fusion, et ça encourage les milieux à se battre entre eux pour des ressources financières ou humaines. Mon équipe n'a jamais été aussi épuisée et fragilisée. Trop de changements, de coupures, de critiques. On exige des médecins d'être plus disponibles et plus efficaces mais on peine à leur offrir du secrétariat suffisant et des infirmières disponibles tous les jours. Avec la grosseur de notre CISSS, prendre une banale décision prend des semaines, obtenir une autorisation des mois... »*

*« La situation s'est dégradée depuis la fusion en CISSS. Il y a eu perte de la proximité avec les directions et perte de support. Il y a un manque de compréhension des situations locales. Il y a une multiplication des réunions de département et comités du CMDP. Il y a plus d'activités obligatoires qui ne sont pas pertinentes pour la pratique médicale de tous ou qui ne font pas de sens. Il y a eu plusieurs changements informatiques, certains qui améliorent*

*les processus mais d'autres qui complexifient la situation. Il y a trop de temps passé et perdu dans l'administratif et moins auprès des patients. »*

*« Nette détérioration de toutes ces conditions depuis le CISSS »*

*« La dernière réforme a eu beaucoup d'effets négatifs sur ma pratique »*

*« Nous sommes bousculés par les changements qui on été faits sans obtenir l'opinion Des travailleur de la santé globalement. Et je trouve qu'ils ne respectent pas l'humain travailleur dans leur qualité de vie au travail et l'humain patient dans le type de soins reçus: l'obligations de fournir des quotas de prise en charge a pour effet de diminuer la qualité contact humain pour établir une relation professionnelle adéquate pour favoriser la compliance du patient aux recommandations. On est dans l'obligation d'aller plus vite pour satisfaire les exigeances de nombres, au détriment d'une prise en charge globale de qualité. Le sens d'une médecine « humaine » est entrain de se perdre au travers de cette lourde bureaucratie. »*

*« Malgré qu'on soit fatigué, brulé, les chefs en impose toujours plus. Quand je dis que je ne peux en prendre plus, elles n'écoutent pas et elle fait des allusions que je fais cela pour l'argent! Leurs réponses, c'est qu'on va le faire avec rigidité. Elles sont très critiques. (...)*

*Les objectifs personnels dans le travail ne sont pas encouragés. Les objectifs personnels sont imposés.*

*(...)C'est la prise en charge qui est le moins reconnu à sa valeur.*

*Les congés même si en quantité raisonnable ne sont pas accordés.*

*Il y a 2 poids, 2 mesures. Les médecins en CHSLD ont un nombre maximum d'heures à honoraires fixes. Elles respectent cela.*

*Paradoxalement, le nombre d'heures maximum payés ne l'est pas: au prix de coupures d'environ 30%. »*

*« la santé mentale des chef de service et de département est un sujet d'étude qui serait très intéressant car il y a un problème majeur au niveau du support au chef de service et département dans notre établissement.»*

*« Je prend ma retraite l'an prochain, J'aime encore beaucoup ma profession. Je serai très contente de quitter les normes ministérielles. »*

*« Être sans enfants, j'aurais quitté le Québec depuis qq années déjà*

*(...) Mes collègues et moi sommes fatigués et nous ne voyons que peu de lumière au bout du tunnel*

*Aucune reconnaissance du travail effectué. Aucun respect des médias , on remercie Dr barrette d'avoir initié le mouvement du Dr bashing...L'exode des md continue. Les jeunes boudent la médecine générale.*

*C'est pas rose, j'ai perdu la motivation de faire se travail depuis qq années, soit depuis fusion et changements du réseau. Le nouveau brunswick n'est pas si loin.....*

*Ma réflexion se poursuit mais ma patience arrive à bout.. je suis extrêmement patient jusqu'à ce que je considère que ça. J'ai déjà une collègue qui a cessé complètement le travail de médecin pour retourner maman à la maison et poursuivre d'autres projets. Une autre est retournée en ville car les conditions de pratique sont moins exigeantes 2 autres ont pris leur retraite plus jeune que prévu car exaspérés de toutes les demandes...  
Bonne idée de sondage dans le contexte actuel  
Bonne fin de journée »*

*« Depuis les CISSS notre pratique s'est dégradé , le soutien est de moins en moins présent. Les efforts déployés lors des ruptures de services dans les autres hôpitaux (télé-médecine avec Matane pour diminuer le déplacement des patients) sont critiqués au lieu d'être salués. J'ai l'impression qu'il n'y a plus de développement possible, que le budget est au centre de tout. Que l'interdisciplinarité se fait sans les médecins. Nous devons répondre sur le champs aux diverses demandes des infirmières pivots, secrétaires , MD de l'extérieur. J'ai l'impression que les autres professionnels de la santé ne comprennent pas le travail que nous accomplissons. Nous gérons les ratés du système comme la transcription qui prends jusqu'à 4 semaines, les nombreux applicatifs informatiques à ouvrir, les dossiers incomplets, les patients que l'on fait venir trop tôt, les remboursements inégaux des médicaments par la RAMQ. Une chance il y a les patients. »*

## BIBLIOGRAPHIE

Amirkhan, J., Landa, I., Huff, S. (2018), « Seeking signs of stress overload: Symptoms and behaviors. *International Journal of Stress Management* », Vol 25(3), Aug, 301-311

Arnetz, B. B. (2001). « Psychosocial challenges facing physicians of today ». *Social Science and Medicine*, 52, 203-213.

Berwick, D. M., & Nolan, T W (1998). « Physicians as leaders in improving health care: A new series in *Annals of Internal Medicine* ». *Annals of Internal Medicine*, 128(4), 289-292.

Bodenheimer T, Sinsky C. (2014), « From triple to quadruple aim: care of the patient required care of the provider ». *Ann Fam Med*. 12(6):573–576.

Carlson, D. S., & Perrewé, P. L. (1999). « The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict ». *Journal of Management*, 25(4), 513-540.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). « Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ». *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113

Dewa, C.S. (2014). « How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review ». *BMC Health Services Research*, Vol. 14, 325. DOI:10.1186/1472-6963-14-325

Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, et al. (2010), « Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among U.S. medical students ». *JAMA*.304:1173-1180.

Dyrbye, L.N., et al. (2011), « Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex ». *Arch Surg*, 146(2): p. 211-7.

Epstein, R.M. and M.S. Krasner. (2013), « Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it ». *Acad Med*, 88(3): p. 301-3.

Langballe, E., Innstrand ST, Aasland OG. (2010), « The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study ». *Stress and Health*, 27(1): p. 73-87.

Leiter, M. P. & Maslach, C. (2004), "Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout", in P. L. Perrewé & D. C. Ganster (eds.), *Research in occupational stress and well being*, vol. 3, pp. 91-134, Amsterdam: Elsevier.

Leiter MP, F.E., Matheson TJ. (2009), «Demands, values, and burnout ». *Can Fam Physician*, (55): p. 1224-5.e1-6.

Maslach, C, &Leiter, M. P. (2008). « Early predictors of job burnout and engagement ». *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1996). "Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI- HSS)", in C. Maslach, S. E. Jackson & M. P. Leiter (eds.), *MBI Manual*, 3rd ed., pp.3-17, Mountain View: CPP.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). "Job burnout", *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Nedrow, A., Steckler, N. A. & Hardman, J. (2013). « Physician Resilience and Burnout: Can You Make the Switch? », *Family Practice Management*, January/February, 25-30.

Perlman, B. & Hartman, E. A.(1982). "Burnout: Summary and future research", *Human Relations*, 35(4), 283-305.

Panagioti ,M. et al. (2016). « Controlled Interventions to reduce Burnout in Physicians: A systematic Review and Meta-analysis », *JAMA Intern. Med*, 177(2),195-205

Schaufeli, W. & Bakker, A. B. (2004). "Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study", *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.

Schrijver, I. (2016). «Pathology in the Medical Profession?: Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout. » *Arch Pathol Lab Med*, 140(9), 976-982. doi:10.5858/arpa.2015-0524-RA

Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. (2003). « The well-being of physicians. *Am J Med* ;114(6):513–519.

Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. (2015). «Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 ». *Mayo Clin Proc* ;90(12):1600–1613.

Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., Oreskovich, M. (2012). « Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population ». *Arch Intern Med*, Vol. 172(no.18), 1377-1385.

Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Buskirk, S., & Swensen, S. J. (2015). « The impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction ». *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.

Swensen, Stephen, MD; Kabacoff, Andrea, RN; Shanafelt, Tait, MD; Sinha, Sunil, MD. (2016). « Physician-Organisation Collaboration Reduces Physician Burnout and Promotes Engagement: The Mayo Clinic Experience ». *Journal of Healthcare Management* ; Chicago Vol. 61, N° 2, (Mar/Apr.): 105-128

Vallerand, R. J., Blanchard, C. M., Mageau, G. A., Koestner, R., Ratelle, C, Léonard, M., Marsolais, J. (2003). « Les passions de l'âme: On obsessive and harmonious passion ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 756-767

Vullee, P. J. V., Axelsson, R., & Arnetz, B. (2007). « The impact of organisational settings on physician wellbeing ». *Int J Health Care Qual Assur*, 20(6), 506-515. doi:10.1108/09526860710819440

West, C.P. et al. (2006). « Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study ». *JAMA*, 296(9), 1071-8

Williams ES, Skinner AC. (2003). « Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research ». *Health Care Manage Rev*; 28(2):119–139.

Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, et al. (2010). « Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health ». *Health Care Manage Rev*; 35(2):105–115.