

# SONDAGE NATIONAL DE L'AMC SUR LA SANTÉ DES MÉDECINS

## Un instantané national

Octobre 2018

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION





---

*« Cet instantané national présente la prévalence et les ventilations démographiques des variables psychologiques. »*

---

# SOMMAIRE

L'Association médicale canadienne (AMC) considère la santé et le bien-être des médecins comme une priorité de premier plan. Cet enjeu important soulève d'ailleurs des préoccupations grandissantes au sein de la profession médicale. Même si les données internationales abondent, les données nationales récentes sur les indicateurs de la santé des médecins au Canada sont limitées – ce qui représente une lacune critique des connaissances. Il importe de reconnaître et d'évaluer des problèmes précis et d'améliorer, de choisir et d'évaluer comme il se doit des initiatives futures. Dans la Politique sur la santé des médecins qu'elle a dévoilée récemment, l'AMC recommande en fait d'évaluer périodiquement des données nationales sur les principaux indicateurs de la santé et du bien-être afin d'établir et de comparer des normes et de mieux cibler et évaluer des initiatives.

Dans le sillage de cette recommandation, nous avons lancé le Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins (SNSM) afin de comprendre plus à fond comment les médecins sont touchés par une multitude de facteurs qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être. Nous voulions créer un ensemble de données de référence à jour et pertinent que pourraient utiliser d'autres organisations, des chercheurs, des éducateurs et des parties prenantes, et l'utiliser pour éclairer et faire avancer les initiatives de promotion de la santé des médecins.

Afin de s'assurer que le sondage reflétait les enjeux les plus pertinents associés aujourd'hui à la santé des médecins, l'AMC a mis sur pied un Groupe de travail d'experts chargé d'orienter le processus et l'élaboration du contenu. Le sondage a été approuvé sur le plan de l'éthique et presque 3000 membres de l'AMC (médecins résidents et médecins en exercice) l'ont rempli en ligne en 2017. Les questions démographiques portant sur l'état de la pratique, le genre, la principale province ou le principal territoire d'exercice ou de résidence, le nombre d'années d'ancienneté en exercice ou en résidence, le domaine de pratique ou de résidence, la population desservie et le principal milieu de travail ou de résidence nous ont permis de produire des statistiques descriptives éclairées.



## Résultats généraux

On a exploré tout un éventail de variables psychologiques. Presque 60 % des répondants ont déclaré que leur état général de santé mentale était florissant. Quatre-vingt-sept pour cent ont affirmé que leur bien-être émotionnel était élevé, 81 %, que leur bien-être psychologique l'était aussi et 65 %, que leur bien-être social l'était également. De plus, 82 % des médecins résidents et des médecins en exercice participants ont déclaré que leur résilience était élevée. Le sondage a aussi révélé des sources de préoccupations, comme l'épuisement professionnel, la dépression et les pensées suicidaires, dont les taux sont plus élevés chez les médecins résidents et chez les femmes que chez les médecins en exercice et chez les hommes.

*« Quatre-vingt-sept pour cent ont affirmé que leur bien-être émotionnel était élevé, 81 %, que leur bien-être psychologique l'était aussi et 65 %, que leur bien-être social l'était également. »*

D'autres résultats ont révélé que les médecins qui ont cinq ans ou moins d'ancienneté étaient plus susceptibles que tous les autres médecins d'être victimes d'épuisement professionnel et d'être peu résilients. Les médecins œuvrant principalement en milieu hospitalier risquaient plus que ceux qui œuvrent ailleurs que leur bien-être émotionnel, social et psychologique soit moins solide.

Plus de 80 % des répondants ont déclaré connaître des programmes de promotion de la santé des médecins mis à leur disposition, mais 15 % ont signalé avoir eu recours à un de ces programmes. Les médecins n'ont pas recours aux programmes de promotion de leur santé principalement parce qu'ils ne croient pas que la situation est assez sérieuse, qu'ils ont honte de demander de l'aide et qu'ils ne connaissent pas les services disponibles.

Pour ce qui est de l'avenir, l'AMC dévoilera des données sur les paramètres du comportement et de l'activité, ainsi que des comparaisons avec d'autres ensembles de données sur la santé des médecins et avec des données sur la population générale.

On encourage les médecins et d'autres parties prenantes à réfléchir sur les résultats du SNSM et à consulter la nouvelle Politique de l'AMC sur la santé des médecins qui présente plusieurs recommandations portant sur des mesures individuelles et systémiques que les parties prenantes à tous les niveaux du système de santé devraient chercher à prendre pour promouvoir une profession en santé, dynamique et engagée. Nous croyons que le renforcement de la santé

et du bien-être des médecins constitue une responsabilité partagée. Chaque médecin doit prendre des mesures pour maintenir sa santé et son bien-être personnels tandis que des initiatives systémiques mettant à contribution nombre d'établissements, d'organisations

et de communautés s'imposent aussi.

Le mauvais état de santé des médecins touche les médecins eux-mêmes et a aussi un effet important sur la prestation de soins de grande qualité aux patients. La prévalence et l'effet du mauvais état de santé des médecins en font non seulement un problème individuel, mais aussi une préoccupation sur le plan de la santé publique. Bien que les résultats de notre sondage aient dégagé de nombreuses forces des médecins, les milieux des soins de santé doivent lancer des discussions et des solutions concertées pour améliorer la santé des médecins du Canada.

# LES QUESTIONS BRÛLANTES

La santé et le bien-être des médecins constituent un thème central pour les médecins en formation et en exercice au Canada et suscitent d'ailleurs des préoccupations grandissantes au sein de la profession médicale. À cause d'une multitude de facteurs personnels, professionnels et systémiques, les médecins sont toujours aux prises avec des résultats indésirables comme l'épuisement professionnel, signalent de plus en plus de détresse et réclament des ressources et du soutien. On reconnaît de plus en plus depuis quelques décennies l'effet de la santé des médecins sur les résultats tant individuels que systémiques, ainsi que sur la qualité des soins fournis aux patients (Association médicale canadienne 2010; de Oliveira et coll. 2013; Montgomery 2016; Shanafelt et coll. 2016; West et coll. 2016).

Selon la définition contenue dans la Politique de l'AMC sur la santé des médecins (Association médicale canadienne 2017), la santé des médecins englobe la prévention et le traitement des problèmes aigus et chroniques à l'échelle individuelle, ainsi que l'optimisation de facteurs physiques, mentaux et sociaux interreliés visant à appuyer la santé et le bien-être des médecins (Association médicale mondiale 2015), ainsi qu'un ensemble de pratiques de gestion des risques visant à transformer les perceptions de la santé pour qu'une question individuelle devienne davantage une ressource partagée (Albuquerque et Deshauer 2014).

Au Canada, la profession a en fait constaté que l'on a de plus en plus recours à des stratégies adaptées de la psychologie organisationnelle et de la médecine du travail afin de modifier le comportement des médecins, sans oublier la surveillance intensifiée exercée par les organismes professionnels et l'inclusion du maintien de la santé personnelle dans les compétences de base des médecins (Frank et coll. 2015).

En dépit des efforts concertés déployés pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être des médecins, l'état de santé du corps médical continue

de menacer sérieusement la viabilité du système de santé canadien (Association médicale canadienne 2010). En outre, la détresse des médecins est en train de devenir un important indicateur de la qualité dans l'exercice de la profession (Albuquerque et Deshauer 2014; Wallace et coll. 2009) et des facteurs tant individuels que systémiques bien établis contribuent à compromettre la santé des médecins (Montgomery 2016; Shanafelt et Noseworthy 2017).

Des décennies de recherches menées à l'étranger ont démontré qu'il y a un lien entre les résultats indésirables sur la santé des médecins et tout un éventail de facteurs qui y contribuent, notamment des facteurs intrinsèques (p. ex., caractéristiques personnelles) et extrinsèques (p. ex., lourdes charges de travail, heures de garde, manque d'autonomie, comportement perturbateur, mauvaise intégration travail-vie, exigences de plus en plus lourdes face à des ressources qui diminuent, difficultés financières et milieu de travail et de formation) (Lemaire et coll. 2017; Montgomery 2016; Roman et Prévost 2015).





Une trop grande dépendance aux données internationales a toutefois entraîné une pénurie de renseignements récents et pertinents sur l'état de santé des médecins au Canada à l'échelle nationale, ce qui a créé une lacune importante au niveau des connaissances. Les données nationales les plus récentes ont été diffusées par l'AMC en 2008. Face à cette lacune, une recommandation clé de la Politique de l'AMC sur la santé des médecins (AMC 2017) consiste à évaluer périodiquement les données nationales et régionales sur les principaux indicateurs de la santé et du bien-être afin d'établir et de comparer des normes et d'élaborer, d'évaluer et d'améliorer des initiatives.

Comme priorité de premier plan et dans le sillage des récentes recommandations stratégiques, l'AMC a créé et réalisé un nouveau Sondage national sur la santé des médecins (SNSM) qui vise principalement à produire un ensemble de données de référence à jour portant sur tout un éventail d'indicateurs intrinsèques et extrinsèques pertinents de la santé et du bien-être que des organisations (y compris l'AMC), des chercheurs, des éducateurs et d'autres parties prenantes pourront consulter – afin d'aider à éclairer, cibler et améliorer des initiatives.



*« En dépit des efforts concertés déployés pour promouvoir et protéger la santé et le bien-être des médecins, l'état de santé du corps médical continue de menacer sérieusement la viabilité du système de santé canadien. »*

# MÉTHODES

## Conception du sondage

Dans la réalisation du SNSM, une priorité cruciale pour l'AMC consistait à créer un sondage évaluant un équilibre entre les facteurs les plus pertinents, à jour et applicables pour la profession. À cette fin, l'AMC a mis sur pied un Groupe de travail d'experts chargé d'orienter la détermination des questions du sondage et de leur attribuer une priorité. Le groupe était constitué notamment de membres possédant du savoir-faire en santé des médecins représentant

le Forum canadien des programmes de promotion de la santé des médecins, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada, Médecins résidents du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada. Le groupe était dirigé par des experts internes de l'AMC (contenu, conception de sondages et statistiques) et a bénéficié de son appui.

### L'ÉLABORATION DU SONDAGE A SUIVI LE PROCESSUS CI-DESSOUS :

1. On a dressé une liste détaillée des facteurs démographiques individuels, comportementaux, professionnels et systémiques pertinents et émergents qu'il serait possible d'évaluer (notamment ceux qu'avait déjà mesurés le Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins réalisé en 2007-2008).
2. La pertinence et l'effet relatif des facteurs proposés ont été évalués indépendamment et ensuite collectivement.
3. On a dressé une liste des facteurs privilégiés.
4. Les façons possibles de mesurer chaque facteur ont été déterminées (le cas échéant).
5. Les paramètres prospectifs ont été cotés indépendamment et ensuite collectivement en fonction de plusieurs critères, notamment de la pertinence et de l'utilisation antérieure auprès de groupes de médecins (p. ex., « norme de référence »), des possibilités de comparaison, de la longueur (p. ex., nombre de questions), de la validité et de la fiabilité.
6. On a créé un projet de sondage établissant un équilibre entre les critères ci-dessus et les facteurs logistiques (p. ex., longueur).
7. On a terminé le sondage en raffinant le contenu et en le séquençant.

## Participants et déroulement

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa a approuvé les aspects éthiques du sondage. Les participants admissibles incluaient les médecins résidents et les médecins en exercice qui sont membres de l'AMC. Les étudiants en médecine et les médecins à la retraite n'y étaient pas admissibles. On a communiqué par courriel avec un échantillon aléatoire de membres de l'AMC de l'ensemble des provinces et des territoires pour les inviter à répondre à un sondage en ligne ( $N = 34\,517$ ). L'échantillon était peut-être représentatif de l'effectif de l'AMC, mais à cause du faible taux d'adhésion au Québec, les médecins en exercice et les médecins résidents du Québec étaient sous-représentés par rapport à l'effectif médical du Canada. Ouvert pendant quatre semaines et ayant fait l'objet de deux rappels, le sondage a été soumis par l'AMC sur la plateforme

en ligne sécurisée SurveyGizmo. Au total, 2947 membres ont répondu au sondage (400 médecins résidents et 2547 médecins en exercice), ce qui donne un taux de réponse de 8,5 %. Il s'agit d'un taux de réponse type pour les sondages en ligne, notamment ceux qui sont soumis à des professionnels de la médecine (p. ex., Hughes et coll. 2017) et il correspond aux résultats de sondages d'envergure et d'ampleur semblables déjà menés par l'AMC. L'échantillon de répondants était en général représentatif des membres de l'AMC, mais certains groupes démographiques étaient sous-représentés par rapport à la population des médecins du Canada (p. ex., hommes, médecins en exercice et médecins résidents du Québec). L'échantillon était suffisant pour être efficace sur le plan statistique.





# INDICATEURS

L'Annexe A contient une version complète du SNSM et l'Annexe B, des descriptions détaillées des échelles utilisées pour évaluer les variables psychologiques présentées dans le rapport.

## Caractéristiques démographiques



On a posé aux participants des questions d'ordre démographique portant sur l'état de leur pratique, leur genre, leur principale province ou principal territoire d'exercice ou de résidence, le nombre d'années d'ancienneté en

exercice ou en résidence, leur domaine de pratique ou de résidence, la population desservie et leur principal milieu de travail ou de résidence.

## Variables psychologiques



On a utilisé des échelles valides et fiables pour évaluer tout un éventail de variables psychologiques, notamment la santé mentale (bien-être social, psychologique et émotionnel), la

résilience, l'épuisement professionnel, la dépression et les pensées suicidaires (durant toute la vie et au cours des 12 derniers mois). Ces échelles sont souvent utilisées dans les sondages d'envergure soumis à des professionnels de la médecine.

## Demande d'aide



On a posé aux participants des questions sur leurs connaissances des services disponibles de promotion de la santé des médecins, l'utilisation de ces services et les obstacles qui les empêchent d'y accéder.

## Analyses



On a produit des statistiques descriptives divisées en fonction des caractéristiques démographiques (p. ex., état de la pratique, genre, spécialité). Les différences importantes entre groupes ont été

évaluées au moyen de tests chi-carré d'indépendance. Lorsqu'on a constaté des différences importantes dans plus de deux groupes, on a appliqué des tests post-hoc utilisant la correction de Bonferroni pour préciser encore davantage l'origine de ces différences et produit des rapports de cotes pour indiquer le risque accru associé aux résultats.

# RÉSULTATS

## Prévalence des variables psychologiques

### SANTÉ MENTALE GLOBALE (n = 2693)

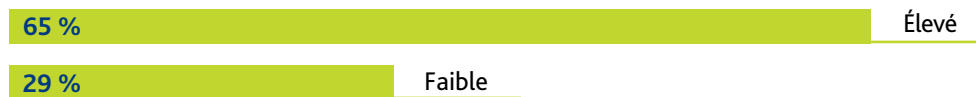


### BIEN-ÊTRE (n = 2693)

#### Émotionnel



#### Social



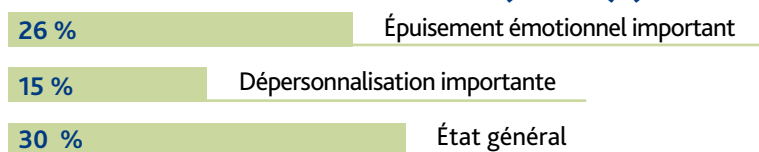
#### Psychologique



### RÉSILIENCE (n = 2693)



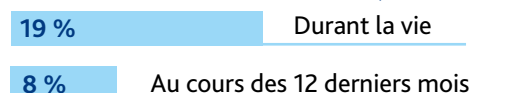
### ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL (ÉLEVÉ) (n = 2744)



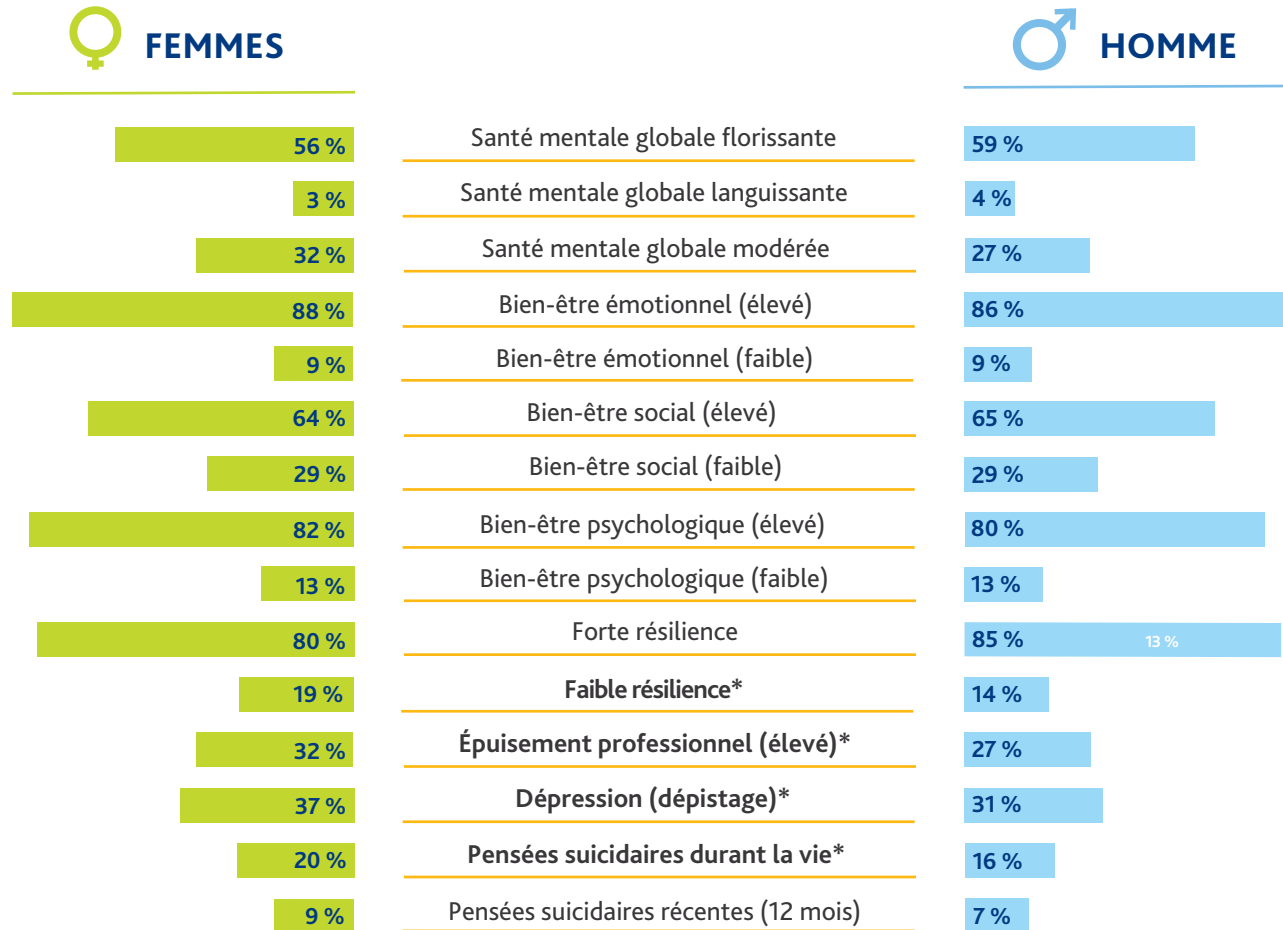
### DÉPRESSION (DÉPISTAGE) (n = 2740)



### PENSÉES SUICIDAIRES (n = 2735)



# Ventilations des variables psychologiques selon le genre et l'état de la pratique



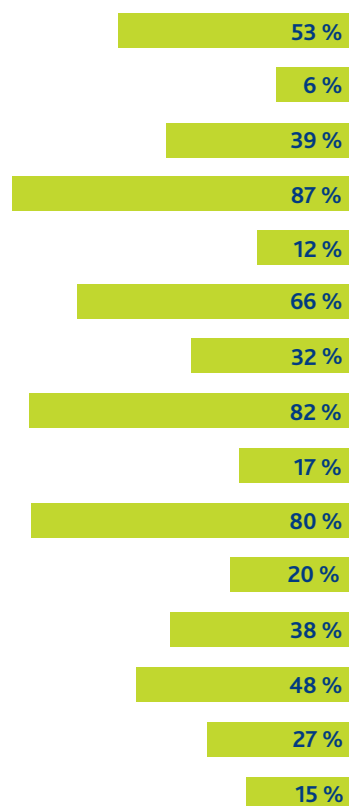
Les femmes étaient 1,43 fois (ou 43 %) plus susceptibles que les hommes d'avoir une faible résilience.

Beaucoup plus de femmes que d'hommes ont signalé un épuisement professionnel, une dépression, et déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie.

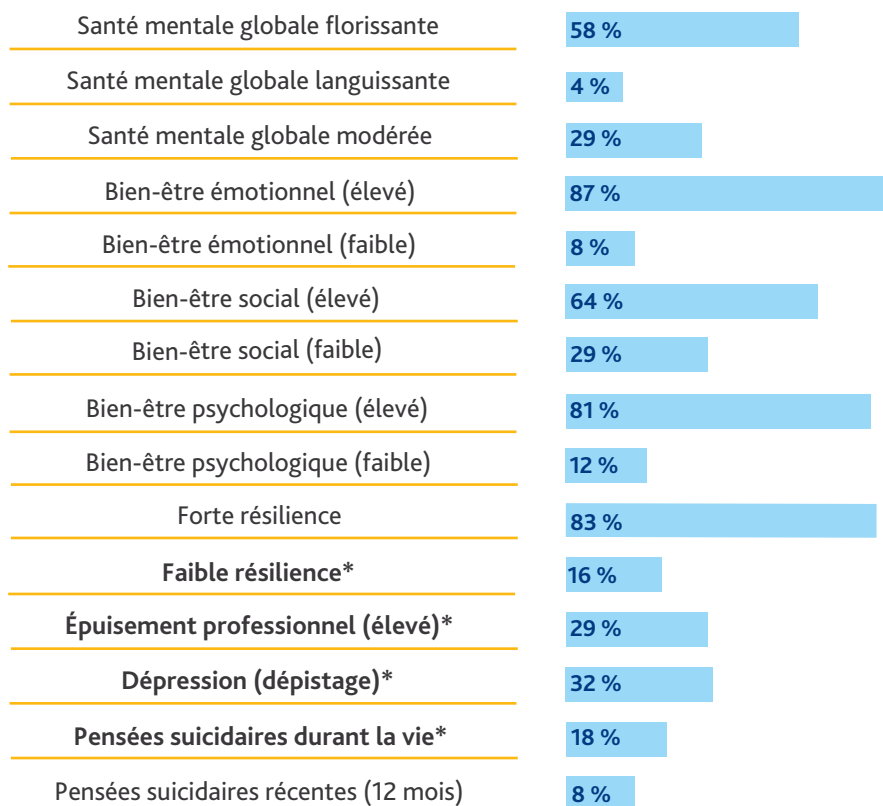
Les femmes étaient aussi 1,23 fois (ou 23 %) plus susceptibles de connaître l'épuisement professionnel, 1,32 fois (ou 32 %) plus susceptibles d'être aux prises avec une dépression et 1,31 fois (ou 31 %) plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires un jour ou l'autre au cours de leur vie.

« *Beaucoup plus de femmes que d'hommes ont signalé avoir une faible résilience.* »

## MÉDECIN RÉSIDENT



## MÉDECIN EN EXERCICE



« Beaucoup plus de médecins résidents que de médecins en exercice ont signalé un épuisement professionnel, une dépression et des pensées suicidaires durant leur vie. »

Beaucoup plus de médecins résidents que de médecins en exercice ont signalé un épuisement professionnel, une dépression et des pensées suicidaires durant leur vie. Les médecins résidents étaient 1,48 fois (ou 48 %) plus susceptibles de connaître l'épuisement professionnel, 1,95 fois (ou 95 %) plus susceptibles d'être aux prises avec une dépression et 1,72 fois (ou 72 %) plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires un jour ou l'autre au cours de leur vie.

**Remarque :** Ceux qui n'ont pas répondu aux questions démographiques ont été exclus de l'échantillon servant aux tests chi-carré.

**Remarque :** \*Différence significative à  $\alpha = 0,05$ .

**Remarque :** Résultats des tests d'indépendance chi-carré. État de la pratique et épuisement professionnel :  $\chi^2(1) = 10,13, p < 0,01$ . État de la pratique et dépression :  $\chi^2(1) = 32,43, p < 0,001$ . État de la pratique et pensées suicidaires durant la vie :  $\chi^2(1) = 16,42, p < 0,001$ . Genre et épuisement professionnel :  $\chi^2(1) = 6,13, p < 0,05$ . Genre et dépression :  $\chi^2(1) = 11,32, p < 0,01$ . Genre et pensées suicidaires durant la vie :  $\chi^2(1) = 7,14, p < 0,01$ . Genre et résilience :  $\chi^2(1) = 11,41, p < 0,01$ .

## Ventilation des variables psychologiques selon les années d'ancienneté

VARIABLES PSYCHOLOGIQUES	≤5	6 à 10	11 à 20	21 à 30	≥ 30
<b>Santé mentale</b>					
Florissante	56	57	57	58	62
Languissante	4	4	5	4	3
Modérée	35	36	31	28	20
<b>Bien-être émotionnel</b>					
Élevé	89	92	87	84	<b>88*</b>
Faible	9	6	9	11	5
<b>Bien-être social</b>					
Élevé	64	65	64	61	<b>68*</b>
Faible	32	32	31	30	22
<b>Bien-être psychologique</b>					
Élevé	82	83	79	82	<b>81*</b>
Faible	15	14	16	11	8
<b>Résilience</b>					
Élevé	77	83	82	85	86
Faible	<b>22*</b>	17	17	14	<b>12*</b>
<b>Épuisement professionnel</b>					
Épuisement émotionnel important	29	27	30	26	16
Dépersonnalisation importante	20	18	16	12	5
État général	<b>35*</b>	32	32	30	<b>18*</b>
<b>Dépression</b>					
Dépistage positif	35	33	36	31	28
<b>Pensées suicidaires</b>					
Durant la vie	21	16	16	18	16
Récentes (12 derniers mois)	12	6	8	8	<b>4*</b>

**Remarque :** \*Différence significative à  $\alpha = 0,005$ .

**Remarque :** Résultats du test d'indépendance chi-carré :  $\chi^2(4) = 23,37, p < 0,001$ . Les tests post-hoc ont indiqué que les médecins qui ont cinq ans d'ancienneté ou moins avaient beaucoup moins de résilience que ceux qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté.

**Remarque :** Résultats du test d'indépendance chi-carré. Années d'ancienneté et bien-être émotionnel :  $\chi^2(4) = 15,09, p < 0,01$ , les tests post-hoc ont indiqué une différence significative chez les médecins en exercice qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté. Années d'ancienneté et bien-être social :  $\chi^2(4) = 12,71, p < 0,05$ , les tests post-hoc ont indiqué une différence significative chez les médecins en exercice qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté. Années d'ancienneté et bien-être psychologique :  $\chi^2(4) = 15,65, p < 0,01$ , les tests post-hoc ont indiqué une différence significative chez les médecins qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté. Années d'ancienneté et bien-être émotionnel :  $\chi^2(4) = 15,09, p < 0,01$ , les tests post-hoc ont indiqué une différence significative chez les médecins en exercice qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté.



Le bien-être émotionnel, social et psychologique était beaucoup plus élevé chez les médecins en exercice qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté. Ils étaient 1,85 fois (ou 85 %) plus susceptibles que tous les autres médecins d'avoir un bien-être émotionnel élevé, 1,51 fois (ou 51 %) plus susceptibles d'avoir un bien-être social élevé et 1,73 fois (ou 73 %) plus susceptibles d'avoir un bien-être psychologique élevé.

Il y avait d'importantes différences au niveau de la résilience selon les années d'ancienneté, les médecins qui en étaient à leurs cinq premières années de carrière signalant une résilience moins élevée que ceux qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté.

Par ailleurs, les médecins en exercice qui avaient 31 ans ou plus d'expérience étaient 1,62 fois (ou 62 %) plus susceptibles que tous les autres médecins d'avoir une grande résilience. Il n'y avait toutefois pas de différences importantes au niveau de la résilience entre les médecins qui avaient cinq ans ou moins d'ancienneté et les autres groupes. La résilience était généralement stable entre  $\leq 5$  et 30 ans d'ancienneté.

Il y avait des différences importantes au niveau de l'épuisement professionnel selon l'ancienneté, les

médecins qui avaient cinq ans et moins d'ancienneté signalant un épuisement professionnel plus important que ceux qui avaient 31 ans ou plus d'ancienneté.

Les médecins comptant 31 ans d'ancienneté ou plus étaient 2,20 fois (120 %) plus susceptibles que tous les autres médecins de ne pas ressentir d'épuisement professionnel.

Il y avait d'importantes différences au niveau des pensées suicidaires (au cours des 12 derniers mois) selon le nombre d'années d'ancienneté, les médecins travaillant depuis 31 ans ou plus ayant moins de pensées suicidaires que tous les autres médecins. Les médecins qui en étaient à leurs cinq premières années d'exercice étaient 1,74 fois (ou 74 %) plus susceptibles que tous les autres médecins d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédents. Par ailleurs, les médecins qui comptaient 31 ans d'ancienneté ou plus étaient 2,36 fois (soit 136 %) plus susceptibles que tous les autres médecins de ne pas avoir eu de pensées suicidaires au cours de la même période. Les pensées suicidaires récentes (au cours des 12 derniers mois) sont généralement stables de la cinquième à la 30<sup>e</sup> année d'ancienneté.

- **Il n'y avait pas de différence significative entre les variables psychologiques selon les années d'ancienneté en résidence.**
- **Les médecins en exercice qui avaient cinq ans ou moins d'ancienneté étaient 1,68 fois (ou 68 %) plus susceptibles que tous les autres médecins d'avoir une faible résilience.**
- **Les médecins comptant cinq ans d'ancienneté ou moins étaient 1,45 fois (45 %) plus susceptibles que tous les autres médecins d'être aux prises avec l'épuisement professionnel.**
- **Il n'y avait toutefois pas de différences importantes au niveau de l'épuisement professionnel entre les médecins comptant cinq ans et moins d'ancienneté et les autres groupes. Les taux d'épuisement étaient semblables de la première à la trentième année d'ancienneté.**

## Ventilation de variables psychologiques selon le domaine d'exercice ou de résidence

SELON LE DOMAINE D'EXERCICE	Médecine familiale, médecine générale	Médecine interne	Spécialité médicale	Spécialité chirurgicale	Spécialité de laboratoire	Poste admin.
<b>Santé mentale générale</b>						
Florissante	58	60	57	56	47	74
Languissante	4	3	4	5	9	2
Modérée	30	29	31	32	38	12
<b>Bien-être émotionnel</b>						
Élevé	88	90	87	82	84	95
Faible	8	6	9	13*	16	3
<b>Bien-être social</b>						
Élevé	66	67	64	60	54	76
Faible	28	27	30	34	41	17
<b>Bien-être psychologique</b>						
Élevé	83	83	81	79	71	86
Faible	12	11	13	17	27*	5
<b>Résilience</b>						
Élevé	82	82	83	84	77	93
Faible	17	17	16	15	22	5
<b>Épuisement professionnel</b>						
Épuisement émotionnel élevé	28	27	25	24	25	19
Dépersonnalisation importante	15	17	12	18	19	10
Général	32	31	29	29	28	19
<b>Dépression</b>						
Dépistage positif	35	33	32	39	40	19
<b>Pensées suicidaires</b>						
Durant la vie	20	15	18	16	22	19
Récentes (12 derniers mois)	9	7	8	7	10	3

*« Il n'y avait pas de différence importante au niveau de l'état de santé mentale générale, de la résilience, de l'épuisement professionnel, de la dépression et des pensées suicidaires selon le domaine d'exercice ou de résidence. »*

Les résultats ont révélé que les chirurgiens spécialistes étaient 1,74 fois (ou 74 %) plus susceptibles que ceux de tous les autres domaines d'exercice ou de résidence d'avoir un bien-être émotionnel faible et que les spécialistes de la médecine de laboratoire étaient 2,44 fois (ou 144 %) plus susceptibles que les répondants de tous les autres domaines d'exercice ou de résidence d'avoir un bien-être psychologique faible.

**Remarque :** Ceux qui n'ont pas répondu aux questions démographiques ont été exclus de l'échantillon servant aux tests chi-carré.

**Remarque :** \*Différence significative à  $\alpha = 0,004$ , rajustée pour de multiples comparaisons.

## Ventilation de variables psychologiques selon le milieu de travail ou de résidence

SELON LE MILIEU DE TRAVAIL (%)	Hôpital	Cabinet/ clinique privés	Universitaire	Bureau administratif/ organisationnel
<b>Santé mentale globale</b>				
Florissante	57	60	55	75
Languissante	4	4	4	2
Modérée	33	29	34	14
<b>Bien-être émotionnel</b>				
Élevé	86	89	89	91
Faible	11*	8	8	4
<b>Bien-être social</b>				
Élevé	62	66	69	74
Faible	33*	28	28	21
<b>Bien-être psychologique</b>				
Élevé	81	84	81	90
Faible	16*	11	14	4
<b>Résilience</b>				
Élevé	82	81	84	91
Faible	17	18	14	9
<b>Épuisement professionnel</b>				
Épuisement émotionnel élevé	25	28	23	25
Dépersonnalisation importante	16	15	14	11
Général	29	31	28	25
<b>Dépression</b>				
Dépistage positif	36	34	31	33
<b>Pensées suicidaires</b>				
Durant la vie	18	19	20	18
Récemment (12 derniers mois)	8	8	9	2

Les médecins œuvrant principalement en milieu hospitalier étaient 1,48 fois (ou 48 %) plus susceptibles que ceux qui œuvraient dans tous les autres milieux de travail d'avoir un bien-être émotionnel faible, 1,30 fois (ou 30 %) plus susceptibles d'avoir un bien-être social faible et 1,39 fois (ou 39 %) plus susceptibles d'avoir un bien-être psychologique faible. Il n'y avait

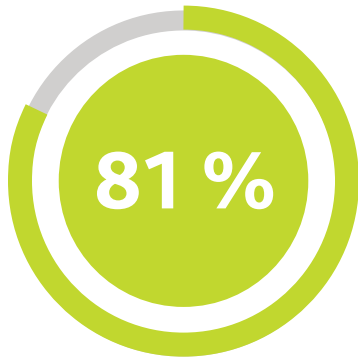
toutefois pas de différences importantes au niveau de la santé mentale générale, de la résilience, de l'épuisement professionnel, de la dépression et des pensées suicidaires selon le milieu de travail ou de résidence. De plus, il n'y avait pas de différence importante entre les variables psychologiques selon la population desservie (c. à d. milieu urbain/ suburbain et rural/isolé).

**Remarque :** Ceux qui n'ont pas répondu aux questions démographiques ont été exclus de l'échantillon servant aux tests chi-carré.

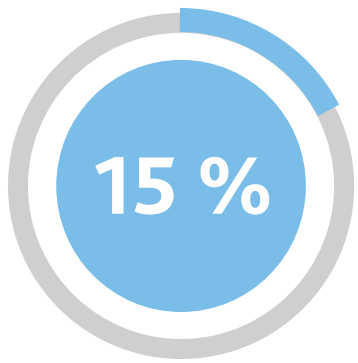
**Remarque :** \*Différence significative à  $\alpha = 0,006$ , rajustée pour de multiples comparaisons.

**Remarque :** Résultats des tests d'indépendance chi-carré. Domaine de pratique et bien-être émotionnel :  $\chi^2(3) = 8,76, p < 0,05$ , les tests post-hoc ont indiqué des différences importantes chez les médecins œuvrant principalement en milieu hospitalier. Domaine de pratique et bien-être social :  $\chi^2(3) = 9,71, p < 0,05$ , les tests post-hoc ont indiqué des différences importantes chez les médecins œuvrant principalement en milieu hospitalier. Domaine de pratique et bien-être psychologique :  $\chi^2(3) = 11,74, p < 0,01$ , les tests post-hoc ont indiqué les différences importantes chez les médecins œuvrant principalement en milieu hospitalier.

## Demande d'aide



Ont déclaré connaître ou connaître un peu les services des programmes de promotion de la santé des médecins mis à leur disposition.



Ont déclaré avoir eu accès aux services d'un programme de promotion de la santé des médecins au cours des cinq dernières années.

### PRINCIPALES RAISONS DÉCLARÉES POUR AVOIR DEMANDÉ DE L'AIDE

- ① Santé mentale et troubles associés (p. ex. dépression, épuisement professionnel)
- ② Facteurs de stress personnels (p. ex. relations interpersonnelles et soutien familial)
- ③ Dépendances et autres troubles semblables

### PRINCIPAUX OBSTACLES DÉCLARÉS QUI EMPÊCHENT DE DEMANDER DE L'AIDE

- ① Ils croient que leur situation n'est pas assez grave
- ② Ils n'osent pas demander de l'aide
- ③ Ils ne connaissent pas les services offerts

# LIMITES DU SONDAGE

Comme dans le cas de toute recherche, il y avait quelques limites dont il faut tenir compte. Tout d'abord, bien que les échelles utilisées pour évaluer les variables psychologiques aient été choisies avec soin en fonction de tout un éventail de critères (p. ex., validité, fiabilité, utilisation avec des groupes de médecins, comparatifs possibles, etc.), ces échelles n'étaient pas sans avoir leurs limites. Ensuite, même si l'échantillon de répondants était en général représentatif des membres de l'AMC, certaines

caractéristiques démographiques étaient sous-représentées par rapport à la population médicale du Canada (p. ex., hommes, médecins en exercice et médecins résidents du Québec). De plus, il n'y avait pas, chez les répondants, de médecins résidents qui ont répondu de l'Île-du-Prince-Édouard, des Territoires du Nord-Ouest ou du Yukon ou du Nunavut et les médecins en exercice répondants de ces régions étaient relativement peu nombreux, ce qui peut limiter la possibilité de généraliser les résultats.

# CONCLUSIONS ET INCIDENCES

Même si la santé et le bien-être des médecins ont pris de l'importance au sein de la profession médicale, il n'y a pas de données nationales récentes au Canada qui permettraient de circonscrire des aspects préoccupants précis. Il importe de reconnaître et d'évaluer des problèmes précis pour élaborer et évaluer des initiatives. Dans le SNSM, l'AMC a cherché à produire un tel ensemble de données de référence à jour et pertinent. Cet instantané national constitue le premier résultat d'une série de communications et présente des données sur la prévalence et des ventilations démographiques sur les paramètres psychologiques, ainsi que des données sur les programmes de promotion de la santé des médecins.

On a signalé des préoccupations semblables au sujet de la prévalence de ces problèmes de santé mentale chez les apprenants (p. ex., Maser et Houlton 2017; Mata et coll. 2015; Rotenstein et coll. 2016) et dans d'autres ensembles de données sur les médecins à l'étranger (p. ex., Dyrbye et coll. 2014; Peckham 2018; Shanafelt et coll. 2012). Par exemple, en utilisant les mêmes échelles que le SNSM, Shanafelt et coll. (2012) ont sondé 7288 médecins des États-Unis et constaté que 35,2 % souffraient d'épuisement

*« Les résultats du sondage ont mis en évidence l'épuisement professionnel, les résultats positifs du dépistage de la dépression et des pensées suicidaires comme enjeux qui soulèvent des préoccupations importantes chez les médecins résidents et les médecins en exercice, notamment, les taux en étant relativement plus élevés chez les médecins résidents que chez les médecins en exercice et chez les médecins qui comptent moins de cinq ans d'ancienneté que chez tous les autres médecins. »*



professionnel, 37,8 % avaient obtenu un résultat positif au dépistage de la dépression et 6,4 % avaient songé à s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois. À première vue, ces statistiques indiquent que la prévalence des problèmes de santé mentale est comparable chez les médecins du Canada et des États-Unis, même si des comparaisons statistiques plus approfondies s'imposent pour analyser la question plus à fond.

Parallèlement aussi à ces constatations, une étude récente qui a porté sur plus de 15 000 médecins de diverses spécialités aux États-Unis a révélé des taux plus élevés d'épuisement professionnel chez les femmes (48 %) que chez les hommes (38 %) (Peckham 2018). En fait, des recherches antérieures ont montré que les femmes risquent davantage l'épuisement professionnel (Dyrbye et coll. 2011) et la dépression (Kumar 2016). Outre le fait d'être femme, l'âge moins élevé constitue aussi un facteur de risque d'épuisement professionnel (Amofo et coll. 2014; Shanafelt et coll. 2009; Soler et coll. 2008). Bien que ce rapport révèle que les médecins résidents, les femmes et les médecins en exercice qui comptent moins de cinq ans d'ancienneté risquent davantage d'être en mauvaise santé, nous n'en connaissons pas la cause précise. D'autres analyses dégageront les prédicteurs individuels et systémiques de ces résultats négatifs, notamment ceux qui sont propres aux médecins résidents, aux femmes et aux médecins en exercice qui comptent moins de cinq ans d'ancienneté, ce qui dégagera des facteurs qu'il sera possible de cibler et de chercher à améliorer.

Sauf dans le cas de l'état de la pratique, du genre et des années d'ancienneté, il y avait relativement peu de différences entre les autres caractéristiques démographiques. En fait, il n'y avait pas de différences importantes au niveau de la prévalence de l'épuisement professionnel, de la dépression et des pensées suicidaires selon le domaine d'exercice ou de résidence, le milieu d'exercice ou de résidence, la population desservie. Cette absence de différences indique que des problèmes de santé et de bien-être surgissent chez tous les groupes de la profession médicale.

*« S'appuyant sur l'assise jetée par cet instantané national, les futures analyses se concentreront sur les prédicteurs comportementaux et professionnels des mesures psychologiques présentées dans ce rapport, ainsi que sur des analyses plus approfondies des relations entre ces facteurs. »*

Les résultats ont révélé que les répondants connaissaient en général les services offerts par les programmes de promotion de la santé des médecins (p. ex., programmes des provinces). Toutefois, bien qu'il soit démontré que les programmes de promotion de la santé des médecins produisent des résultats positifs (Brewster et coll. 2008; Dupont et Skipper 2012), beaucoup de médecins hésitent toujours à se prévaloir de leurs services. Parmi les raisons les plus importantes mentionnées dans l'ensemble des données du SNSM, le fait de « croire que la situation n'est pas assez grave » et de « ne pas connaître les services disponibles » indique qu'il se peut que les médecins ne connaissent pas l'éventail des services offerts par les programmes de promotion de la santé des médecins. Enfin, l'expression « j'hésite à demander de l'aide » indique que la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale demeure un enjeu pertinent dans la profession. En fait, la stigmatisation est considérée constamment comme un obstacle qui empêche de demander de l'aide (Association médicale canadienne 2010; Kay et coll. 2008; Knaak et coll. 2017). Le document contextuel de la Politique de l'AMC sur la santé des médecins contient un chapitre décrivant le paysage des services de santé aux médecins au Canada, la politique présente plusieurs recommandations connexes qui portent sur la prestation des services

de santé aux médecins, l'amélioration de l'accès et le soutien des programmes.

Les analyses futures compareront les données actuelles aux ensembles de données existants sur les médecins, ainsi qu'aux données sur la population en général. Il sera tenu compte des données des trois volets dans une discussion portant sur les interprétations globales, les répercussions et les orientations futures. Conformément aux recommandations présentées dans la Politique de l'AMC sur la santé

des médecins, l'AMC encourage la collaboration entre les parties prenantes pertinentes pour cerner les priorités et coordonner les efforts de promotion de la santé des médecins. À l'avenir, il faudrait évaluer périodiquement les principaux indicateurs (personnels, comportementaux et professionnels) de la santé et du bien-être des médecins afin de circonscrire les changements pertinents, de mieux comprendre la question et d'aider à éclairer et préciser des mesures visant à promouvoir une profession en santé, dynamique et engagée.

# RÉFÉRENCES

- Albuquerque J, Deshauer D. Physician health: beyond work-life balance. *JAMC*. 2014; vol. 186 : p. E502–503.
- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med*. 2014; vol. 65, n° 2 : p. 117-121.
- Association médicale canadienne. Politique de l'AMC sur la santé des médecins. *Ottawa : L'Association; 2017*.
- Association médicale canadienne. La santé des médecins, ça compte : Une Stratégie sur la santé mentale pour les médecins au Canada. *Ottawa : L'Association; 2010*.
- Association médicale mondiale. Prise de position de l'AMM sur le bien-être des médecins. France. *L'Association; oct. 2015*.
- Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: prospective descriptive study. *BMJ*. 2008; vol. 337 : p. 2098.
- de Oliveira GS, Chang R, Fitzgerald PC, Almeida MD, Castro-Alves LS, Ahmad S, et coll. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013; vol. 117 : p. 182–193.
- DuPont RL, Skipper GE. Six lessons from state physician health programs to promote long-term recovery. *J Psychoactive Drugs*. 2012; vol. 44, n° 1: p. 72-78.
- Dyrbye LN, Shanafelt TD, Balch CM, Satele D, Sloan J, Freischlag J. Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: a comparison by sex. *Arch Surg*. 2011; vol. 146, n° 2: p. 211-217.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et coll. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*. 2014; vol. 89, n° 3 : p. 443–451.
- Frank JR, Snell L, Sherbino J. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins. *Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2015*.
- Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008; vol. 58, n° 552 : p. 501-508.
- Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*. 2002; vol. 43, n° 2 : p. 207–222.
- Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum*. 2017; vol. 30, n° 2 : p. 111–116.
- Kumar S. Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention. *Base de données Healthcare*. 2016; vol.4, n° 3 : p. 37. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. 2016; vol. 3, n° 4 : p. 89-100.
- Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. 2016; vol. 3, n° 4 : p. 89–100.
- Lemaire JB, Wallace JE, Sargious PM, Bacchus M, Zarnke K, Ward DR, et coll. How attending physician preceptors negotiate their complex work environment: A collective ethnography. *Acad Med*. 2017; vol. 92, n° 12 : p. 1765-1773.
- Maser B, Houlton R. Sondage national de santé et de bien-être de la FEMC-FMEQ : Prises de position – Étudiants en vedette. *Conférence canadienne sur la santé des médecins; 2017; Ottawa : CCSM; 2017. Ottawa : FEMC; 2017*.

Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et coll. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; vol. 314, n° 22 : p. 2373–2383.

Matthew Hughes JD, Azzi E, Rose GW, Ramnanan CJ, Khamisa K. A survey of senior medical students' attitudes and awareness toward teaching and participation in a formal clinical teaching elective: a Canadian perspective. *Med Educ Online*. 2017; vol. 22, n° 1 : p. 1270022.

Montgomery AJ. The relationship between leadership and physician well-being; a scoping review. *J Healthc Leadersh*. 2016; vol. 55 : p. 71-80.

Peckham C. Medscape national physician burnout & depression report. 2018. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.medscape.com/slide-show/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235?faf=1#5>.

Roman S, Prévost C. La santé des médecins – État des connaissances et approches préventives. Montréal : Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ); 2015.

Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et coll. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016; vol. 316, n° 21 : p. 2214–2236.

Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et coll. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009; vol. 250, n° 3 : p. 463-471.

Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et coll. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012; vol. 172, n° 18 : p. 1377–1385.

Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et coll. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort. *Mayo Clin Proc*. 2016; vol. 91 : p. 422–431.

Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc*. 2017; vol. 92. p. 129-136.

Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katić M, et coll. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; vol. 25, n° 4 : p. 245–265.

Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel RW, Smith MK. Primary care evaluation of mental disorders (PRIME-MD) screening for minor depressive disorder in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; vol. 11, n° 6 : p. 339–343.

Vaishnavi S, Connor K, Davidson JR. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Res*. 2007; vol. 152, n° 2 : p. 293–297.

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009; vol. 374 : p. 1714–1721.

West CP, Dyrbye LN, Sloan JA, Shanafelt TD. Single item measures of emotional exhaustion and depersonalization are useful for assessing burnout in medical professionals. *J Gen Intern Med*. 2009; vol. 24, n° 12 : p. 1318–1321.

West CP, Dyrbye LN, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Concurrent validity of single-item measures of emotional exhaustion and depersonalization in burnout assessment. *J Gen Intern Med*. 2012; vol. 27, n° 11 : p. 1445–1452.

West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016; vol. 388 : p. 2272–2281.

Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997; vol. 12 : p. 439–445.

# ANNEXES

## Annexe A : Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins

### Caractéristiques démographiques

**1) Quel est votre statut?**

- Étudiant (non admissible)
- Médecin résident
- Médecin en exercice (cocher ici si vous occupez un poste administratif)
- Médecin retraité

**2) Êtes-vous :**

- Homme
- Femme

De quel sexe êtes-vous? Je m'identifie en tant que (précisez, si vous le désirez) :

**3) Travaillez-vous actuellement à temps plein ou à temps partiel?**

- Temps plein
- Temps partiel

**4) Veuillez indiquer votre principal lieu (province ou territoire) d'exercice, de travail ou de résidence en médecine :**

- Colombie-Britannique
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Québec
- Nouveau-Brunswick
- Nouvelle-Écosse
- Île-du-Prince-Édouard
- Terre-Neuve-et-Labrador
- Territoires du Nord-Ouest
- Yukon
- Nunavut

**5) Lequel des choix suivants décrit le mieux le principal domaine dans lequel vous exercez, travaillez ou faites votre résidence en médecine, à l'heure actuelle?**

- Médecine familiale ou générale
- Spécialité de la médecine interne
- Spécialité médicale
- Spécialité chirurgicale
- Spécialité de laboratoire
- Poste administratif

**6) Prodiguez-vous des soins cliniques aux patients (directement ou indirectement)?**

- Oui
- Non

**7) Depuis combien de temps travaillez-vous en médecine ou dans un domaine administratif lié à la médecine?**

- 5 ans ou moins
- 6 à 10 ans
- 11 à 15 ans
- 16 à 20 ans
- 21 à 25 ans
- 26 à 30 ans
- 31 ans ou plus

**8) Où en êtes-vous dans votre programme d'études?**

- Je suis en première année de résidence en médecine
- Je suis en deuxième année de résidence en médecine
- Je suis en troisième année de résidence en médecine
- Je suis en quatrième année de résidence en médecine
- Je suis en cinquième année de résidence en médecine
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_



9) Est-ce votre dernière année de résidence en médecine?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas / Je n'ai pas décidé

10) Dans votre principal milieu d'exercice/de soin des patients, décrivez la population que vous servez LE PLUS SOUVENT.

- Ville/banlieue  
 Petite ville  
 Population rurale  
 Population géographiquement isolée ou éloignée  
 Je ne peux désigner une population principale

11) Lequel des choix suivants décrit le mieux votre principal milieu de travail/de résidence?

- Hôpital  
 Cabinet privé/clinique  
 Milieu universitaire (p. ex., université, unité de recherche)  
 Bureau administratif/organisationnel  
 Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### Heures de travail

12) À l'exception des activités de garde, combien d'heures travaillez-vous au cours d'une semaine moyenne? (Comprend le temps passé à donner des soins directs et indirects aux patients, à enseigner, à donner des formations, à siéger à un comité, à faire des tâches administratives, à faire de la recherche, à gérer votre pratique, à faire de la formation continue ou du développement professionnel.) : \_\_\_\_\_ heures/semaine

13) Offrez-vous le service de garde?

- Oui  
 Non

14) Estimez le nombre d'heures de garde que vous faites en moyenne par mois : \_\_\_\_\_ heures/mois

15) Estimez le nombre de vos heures de garde mensuelles qui sont effectivement consacrées au soin direct des patients (p. ex. par téléphone, par courriel, en personne) : \_\_\_\_\_ heures/mois

### Satisfaction professionnelle et collégialité du milieu de travail

16) Veuillez indiquer votre degré de satisfaction quant aux aspects suivants de votre milieu d'exercice :

	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Neutre	Satisfaisant	Très satisfaisant
Charge de travail et exigences					
Contrôle et flexibilité					
Conciliation travail-vie personnelle (faire face aux obligations personnelles et professionnelles)					
Efficacité et ressources					

## 17) Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?

	Totalement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Fortement d'accord
Dans l'ensemble, je suis satisfait de ma carrière en médecine.					
Je trouve qu'en général, mes collègues m'apportent leur soutien.					
Les membres de mon groupe de travail font preuve de respect les uns envers les autres.					
La coopération et le travail d'équipe sont présents au sein de mon groupe de travail.					
Les différends ou les conflits qui surviennent dans mon groupe de travail sont résolus de façon équitable.					

**Santé personnelle**

## 18) Selon vous, est-il important pour un médecin d'avoir son propre médecin de première ligne?

- Oui  
 Non

## 19) Avez-vous un médecin de première ligne?

- Oui  
 Non

## 20) Pour quelles raisons n'avez-vous pas de médecin de première ligne? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Je crains que ma maladie soit banale  
 J'ai peur de m'imposer à un autre collègue occupé  
 Préoccupation liée à la confidentialité  
 Je ne peux trouver de médecin neutre  
 Je n'ai pas le temps de consulter un médecin  
 Je n'ai pas besoin de médecin, je peux surveiller et diagnostiquer mon propre problème  
 Autre (veuillez préciser) :

## 21) Qui est ce médecin? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Collègue proche  
 Ami  
 Membre de la famille  
 Médecin indépendant (p. ex., pas ami ni collègue proche)  
 Vous-même

## 22) À quand remonte votre dernière visite?

- 1 an ou moins  
 Plus d'un an, mais moins de trois ans  
 Plus de trois ans, mais moins de cinq ans  
 Il y a plus de cinq ans

**Activité physique**

## 23) Au cours d'une semaine normale (sept jours), combien de fois, en moyenne, faites-vous les types d'activité physique suivants pendant plus de 15 minutes?

- (Inscrivez le nombre de fois sur chaque ligne.)  
a. ACTIVITÉ PHYSIQUE DE FORTE INTENSITÉ (cœur bat rapidement) (p. ex., course, hockey, football, soccer) : \_\_\_\_\_

- b. ACTIVITÉ PHYSIQUE D'INTENSITÉ MODÉRÉE (pas épuisante) (p. ex., marche rapide, baseball, tennis, ballon volant) : \_\_\_\_\_
- c. ACTIVITÉ PHYSIQUE D'INTENSITÉ FAIBLE (effort minimal)(p. ex. marche lente, yoga, quilles, golf) : \_\_\_\_\_

**24) Quels facteurs vous empêchent de faire plus d'activité physique? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)**

- Aucun, je fais suffisamment d'activité physique
- Manque d'accès à des installations
- Manque de temps
- Manque d'énergie
- Peur des blessures
- Condition physique, blessure ou incapacité
- L'activité n'est pas importante pour moi
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**Alimentation**

**25) À quelle fréquence mangez-vous sainement selon vous?**

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Toujours

**26) Qu'est-ce qui vous empêche de manger sainement plus souvent?**

- (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)
- Manque d'accès à une variété d'aliments santé
- Les aliments prêts à manger sont plus commodes
- Manque de temps pour faire l'épicerie, cuisiner, préparer des repas, etc.
- J'ai d'autres priorités (p. ex. sommeil, jeunes enfants)
- Je ne sais pas cuisiner
- Environnement de travail stressant
- J'ai des contraintes alimentaires qui limitent mes choix
- Manger santé, ce n'est pas une priorité pour moi
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

**Fatigue**

**27) Combien d'heures dormez-vous habituellement par nuit? Échelle : 0 – 11+**

**28) Quels facteurs contribuent à votre manque de sommeil?**

- Aucun. Je dors généralement assez longtemps.
- Travail par quarts (p. ex., périodes de récupération insuffisantes entre les quarts, interruptions fréquentes du sommeil)
- Horaire de travail (p. ex., longues heures de travail)
- Lourde charge de travail (p. ex., soin de patients et tâches administratives)
- Pas de journée après les périodes de garde
- Détresse psychologique
- Engagements personnels (p. ex., enfants)
- Autre (veuillez préciser) :

**29) À quelle fréquence sentez-vous que votre degré de fatigue (physique, mentale, etc.) a une incidence négative sur votre capacité à fonctionner au niveau souhaité, en raison d'une récupération incomplète attribuable à des obligations de travail ou à d'autres activités?**

- Jamais
- Rarement
- Neutre
- Parfois
- Toujours

**Présentéisme**

**30) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence vous êtes-vous présenté au travail alors que vous étiez malade ou en détresse à un tel point que vous auriez recommandé à un patient ou à un collègue de rester à la maison dans un tel état?**

- Jamais
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- Cinq fois ou plus

### Épuisement professionnel

31) Veuillez indiquer à quelle fréquence vous éprouvez les sentiments suivants à l'égard de votre travail :

	Tous les jours	Quelques fois par semaine	Une fois par semaine	Quelques fois par mois	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par année ou moins	Jamais
« Je me sens épuisé(e) par mon travail »							
« Je suis devenu(e) plus insensible envers les autres depuis que j'occupe cet emploi »							

### Dépression (Dépistage)

32) Au cours des 12 derniers mois :

Avez-vous perdu, pendant au moins deux semaines, votre intérêt envers la plupart des activités liées au travail ou des passe-temps vous procurant généralement du plaisir?

- Oui  
 Non

Vous êtes-vous senti découragé, déprimé ou désespéré pendant au moins deux semaines de suite?

- Oui  
 Non

### Pensées suicidaires

33) Avez-vous déjà envisagé de vous enlever la vie?

- Oui  
 Non

38) À quelle fréquence avez-vous utilisé les substances suivantes pour faire face à vos obligations quotidiennes?

	Jamais utilisé	Utilisé il y a plus de 12 mois	Utilisé il y a plus de 30 jours	Utilisé au cours des 30 derniers jours
Stimulants (p. ex. Ritalin, Dexedrine, Adderall, Vyvanse)				
Tabac				
Marijuana (récréative)				

34) Cela est-il survenu au cours des 12 derniers mois?

- Oui  
 Non

### Usage de substances

35) Durant le dernier mois, combien de jours, en moyenne, avez-vous consommé des boissons alcoolisées? Échelle : 0 – 31

36) En moyenne, combien de boissons alcoolisées avez-vous consommées les jours où vous buviez? (Une boisson équivaut à une canette ou une bouteille de bière ou de vin-soda, un verre de vin, un cocktail ou un petit verre de spiritueux.) Échelle : 0 – 9+

37) Durant le dernier mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins cinq boissons au cours d'un seul événement? Échelle : 0 – 9+

### Soins aux patients

39) Dans quelle mesure avez-vous l'impression que votre santé et votre bien-être (physique, psychologique) influencent la qualité des soins prodigués à vos patients?

- Pas du tout  
 Très peu  
 Un peu  
 Assez  
 Beaucoup

### Services de santé aux médecins

40) Connaissez les services qui vous sont offerts dans le cadre des programmes de santé des médecins?

- Oui  
 Un peu  
 Non

41) Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait appel à un programme de santé des médecins?

- Oui  
 Non

42) Selon vous, pour quelles raisons les médecins devraient-ils avoir recours aux services d'un programme de santé des médecins?

- (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)  
 Santé mentale et troubles associés (p. ex. dépression, épuisement professionnel)  
 Maladie physique  
 Problèmes en milieu de travail non liés à l'exercice (p. ex., collègues perturbateurs, tension en milieu de travail)

- Problèmes liés à l'exercice (p. ex., cas médicaux difficiles, relation avec le système de santé)  
 Facteurs de stress personnels (p. ex., relations et soutien familial)  
 Difficultés financières  
 Dépendances et autres troubles semblables  
 Promotion de la santé et prévention primaire  
 Crise dans mon milieu de travail (p. ex., suicide d'un collègue)  
 Autre (veuillez préciser) :

43) Selon vous, quelles sont les principales raisons pour lesquelles les médecins n'ont PAS recours aux services d'un programme de santé des médecins?

- Ne connaissent pas les services offerts  
 Bénéficient déjà d'un soutien professionnel  
 Confidentialité  
 Manque de temps  
 N'osent pas demander de l'aide  
 Préoccupation au sujet de la qualité des soins  
 Service non requis  
 Croit que la situation n'est pas assez grave pour justifier une consultation  
 Autre (veuillez préciser) :

44) Que feriez-vous si vous sentiez qu'un collègue est en détresse? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Lui proposer d'avoir recours aux services d'un programme de santé des médecins  
 Lui proposer de consulter un spécialiste pouvant l'aider (p. ex. conseiller, conseiller financier)  
 Rien, mes collègues peuvent prendre eux-mêmes les décisions appropriées  
 Autre (veuillez préciser) :

### Résilience

45) Indiquez dans quelle mesure chaque énoncé s'est appliqué à vous au cours du dernier mois. Si l'une des situations décrites ne s'est pas présentée, indiquez la réponse qui, selon vous, aurait été la plus juste.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je suis capable de m'adapter aux changements.					
J'ai tendance à retomber sur mes pieds après une maladie, une blessure ou toute autre épreuve.					

## Santé mentale

46) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants?

	Tous les jours	Presque tous les jours	Environ deux ou trois fois par semaine	Environ une fois par semaine	Une ou deux fois	Jamais
Être heureux.						
Être intéressé par la vie.						
Être satisfait de votre vie.						
Sentir que vous avez quelque chose d'important à contribuer à la société.						
Avoir un sentiment d'appartenance à une communauté (groupe social, quartier, ville, école).						
Avoir l'impression que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous.						
Penser que les gens sont fondamentalement bons.						
Trouver que le fonctionnement de notre société a du sens.						
Aimer la plupart des aspects de votre personnalité.						
Sentir que vous êtes capable de bien gérer vos responsabilités quotidiennes.						
Avoir l'impression d'entretenir des relations chaleureuses et basées sur la confiance avec les autres.						
Penser que vos expériences de vie vous aident à vous améliorer et à devenir une meilleure personne.						
Avoir assez confiance en vous pour vous faire vos propres idées et opinions ou pour exprimer celles-ci.						
Avoir le sentiment que votre vie progresse et a un sens.						

# Annexe B : Descriptions des paramètres psychologiques

## Santé mentale

On a utilisé le formulaire abrégé du continuum de la santé mentale (MHC-SF; Keyes 2002) pour mesurer la santé mentale. Le formulaire constitue une échelle valide et fiable constituée de 14 questions qui correspondent à trois facettes du bien-être : bien-être émotionnel (trois questions hédoniques), bien-être social (cinq questions eudémoniques) et bien-être psychologique (six questions eudémoniques). Les réponses sont mesurées en fonction d'une échelle variant de 0 (« jamais ») à 5 (« tous les jours »). On a utilisé une notation continue pour chaque facette du bien-être, pour produire un score maximum de 15 dans le cas du bien-être émotionnel, de 25 dans celui du bien-être social et de 30 dans celui du bien-être psychologique. On a aussi calculé les résultats globaux pour la santé mentale et noté ceux-ci en fonction de trois catégories : florissante, languissante et modérée. Le bien-être d'une personne est florissant si elle a répondu « tous les jours » ou « presque tous les jours » à une des trois questions hédoniques et « tous les jours » ou « presque tous les jours » à six des 11 questions eudémoniques au cours du mois précédent. Le bien-être d'une personne est languissant si elle répond « jamais » ou « une fois ou deux » à une des trois questions hédoniques et « jamais » ou « une fois ou deux » à six des 11 questions eudémoniques au cours du dernier mois. On dit que la santé mentale d'une personne qui n'est pas reconnue comme florissante ni languissante est modérée.

## Résilience

Pour mesurer la résilience, on a utilisé l'échelle de résilience Connor-Davidson à deux questions (CD-RISC 2; Vaishnavi et coll. 2007). L'échelle CD-RISC 2 comporte deux questions portant sur l'adaptabilité et la capacité de se surmonter des difficultés. Les réponses sont mesurées sur une échelle variant de 0 (« pas vrai du tout ») à 4 (« vrai presque tout le temps »), ce qui donne un score maximum de 8.

La résilience moyenne de la population générale s'établit à 6,91 (Vaishnavi et coll. 2007). Étant donné ce biais positif, les résultats ont été codés en deux catégories : résilience faible (score de 0 à 5) et résilience élevée (score de 6 à 8).

## Épuisement professionnel

Pour mesurer l'épuisement professionnel, on a utilisé le questionnaire sur l'épuisement professionnel de Maslach à deux questions (MBI 2; Dyrbye et coll. 2014; West et coll. 2009).

Cette échelle est jugée fiable et valide dans les populations de médecins (West et coll. 2012). L'échelle MBI 2 est recommandée comme solution de rechange appropriée au questionnaire complet MBI-22 pour les sondages nationaux d'envergure et à facettes multiples où l'espace est important (West et coll. 2012). Les deux questions évaluent l'épuisement émotionnel (« Je me sens épuisé par mon travail ») et la dépersonnalisation (« Je suis devenu plus insensible envers les gens depuis que j'occupe ce poste »), qui sont des indicateurs d'épuisement professionnel. Les réponses sont mesurées sur une échelle variant de 0 (« jamais ») à 6 (« tous les jours »). Pour être reconnue comme victime d'épuisement professionnel, une personne doit ressentir beaucoup d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation. Les niveaux élevés sur ces sous-échelles s'entendent comme des événements au moins hebdomadaires.

## Dépression

On a utilisé l'évaluation en soins primaires des troubles mentaux à deux questions (PRIME-MD 2; Whooley et coll. 1997) pour dépister la dépression. Cette échelle permet de rechercher un trouble dépressif mineur en utilisant les critères DSM-IV-TR (Tamburrino et coll. 2009). On a demandé aux participants : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une période d'au moins deux semaines pendant laquelle vous avez perdu tout intérêt ou plaisir dans la plupart des choses comme les passe-temps ou



les activités professionnelles qui vous plaisent habituellement? » et « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez ressenti de la fatigue, une dépression ou du désespoir pendant deux semaines consécutives ou plus? » Pour obtenir un résultat positif pour la dépression, une personne doit répondre « oui » à au moins l'une de ces questions.

### **Pensées suicidaires**

On a demandé aux participants : « Avez-vous déjà songé à vous enlever la vie? » S'ils ont répondu « oui », on a posé une question de suivi : « Avez-vous eu ces pensées au cours des 12 derniers mois? » Ces deux questions ont servi à évaluer les pensées suicidaires dans le contexte de plusieurs sondages nationaux (p. ex., Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011; Sondage national FEMC-FMEQ sur la santé et le bien-être des étudiants en médecine 2016).

ASSOCIATION  
MÉDICALE  
CANADIENNE



CANADIAN  
MEDICAL  
ASSOCIATION

[amc.ca](http://amc.ca)

