

Le travail pour vous

source de plaisir, de souffrance ou d'épuisement ?

par Jacques Labrie et Louise Morneau

DE PLUS EN PLUS DE MÉDECINS AU QUÉBEC ressentent de l'insatisfaction et présentent des symptômes prémonitoires d'épuisement. Inutile d'attendre qu'on nous en fasse la preuve scientifique, il y a assez de cliniciens qui le disent !

Si, dans le monde médical, tous et toutes commencent leur pratique dans l'enthousiasme, cet élan, pour certains, ne dure que quelque temps. Lentement le plaisir du début fait place à la désillusion. Malaise et insatisfaction s'installent jusqu'à ce qu'une certaine souffrance arrive à son tour. À cette étape, le plaisir est en perte de vitesse pour éventuellement disparaître.

Chez plusieurs travailleurs de la santé, cette situation survient particulièrement à cause des pièges suivants :

- **Manque de réalisme** par rapport à un système qui se transforme ;
- **Résistance aux changements** dans le système, laquelle affecte le travail de chacun.

Plaisir, malaise et souffrance

De plus, il semble qu'en matière de soins de santé, **plaisir** et performance ne vont pas de pair ; la notion de dur labeur est privilégiée : il faut que cela fasse mal, il faut que ce soit ardu, il faut en faire toujours plus avec moins ! Il devient presque louche d'avoir encore du plaisir à travailler, de se donner des conditions et des horaires qui laissent de la place à autre chose que le travail dans la vie. L'hyperactivité est de mise.

Avec la pression qui augmente sans cesse, il faut du courage pour déceler autant les sources de plaisir que les sources de malaise afin de pouvoir multiplier les premières et neutraliser les secondes. Faute de vigilance, il y aura apparition graduelle de frustrations ou d'irritants propices à l'émergence de la **souffrance**, laquelle est définie en psy-

chodynamique du travail comme « un espace de lutte entre le bien-être et la maladie ». Elle est « le symptôme d'une situation problématique entre des stratégies d'adaptation individuelles et collectives inefficaces et une organisation du travail pathogène¹ ».

Dans le contexte actuel de multiples transformations du système de santé, il est facile d'appliquer cette définition aux exigences et aux contraintes de la profession médicale. Ignorer cet état de fait et ne pas être attentif à ses conséquences équivalent souvent à négliger la prévention d'un éventuel épuisement professionnel (**burnout**).

Le burnout

Pour Peter Brill, le *burnout* est « un état dysphorique et dysfonctionnel, lié aux conditions de travail ainsi qu'à des aspirations personnelles, chez un individu sans passé psychopathologique qui fonctionnait bien auparavant dans son travail, tant du point de vue affectif que du point de vue performance, lequel état ne reviendra pas au niveau de fonctionnement antérieur sans aide extérieure ou un réaménagement du milieu^{2,3} ». Pines, Aronson et Kafry ajoutent : « Fait tragique, l'épuisement frappe surtout les personnes les plus idéalistes et les plus dévouées⁴. » Enfin, selon North et Freudenberg, le *burnout* est « un affaiblissement et une usure de l'énergie vitale provoqués par des exigences excessives qu'on s'impose ou qui sont imposées de l'extérieur...⁵ »

Phases critiques et symptômes

L'épuisement professionnel est une maladie progressive qui se développe sur plusieurs années. On parle, dans certains cas, de sept et même huit ans avant que la personne frappe le « mur ». Fort heureusement, le processus est à tout moment réversible. Toutefois, plus on attend, plus ce sera long et difficile, et exigera des changements importants tant sur le plan des attitudes que de l'organisation de vie de la personne touchée.

Retenons ici les quatre phases définies par un bon nombre d'auteurs :

Le Dr Jacques Labrie, psychiatre, est assesseur à temps partiel à la Commission des lésions professionnelles. M^{me} Louise Morneau, M.Sc., psychopédagogue, est responsable du programme d'aide aux employés du Centre hospitalier Robert-Giffard, à Québec.

● L'idéalisation ou l'enthousiasme idéaliste :

La phase agréable... on se sent bien, le travail est à ce point satisfaisant qu'il est au premier rang des préoccupations, avec attentes élevées, voire irréalistes.

● La stagnation :

Les frustrations commencent, les malaises physiques apparaissent, le travail est moins excitant et il a ses limites !

● La désillusion :

S'ajoutent alors des problèmes de comportement et une baisse de rendement accompagnés de démotivation. La fatigue est à peu près continue, les absences de plus en plus fréquentes, pouvant aller jusqu'à un congé prolongé. C'est souvent à ce stade qu'une personne pense à réorienter ses activités.

● La démoralisation :

L'état dépressif est installé avec perte totale d'intérêt pour le travail, sentiment d'incompétence et d'incapacité, dévalorisation personnelle, attitude de retrait amplifiée, épuisement personnel et éventuellement idées suicidaires. C'est le « mur », le vrai *burnout*, avec ses symptômes, tant physiques que mentaux, émotionnels, comportementaux et organisationnels.

Les causes

Les facteurs individuels

À cette enseigne, c'est d'abord et avant tout la vulnérabi-

lité personnelle qui est à l'origine des symptômes, à savoir :

- Tendances à oublier ses limites ;
- Idéalisation ou attentes irréalistes par rapport au travail ;
- Présence de traits de personnalité de type obsessionnel avec une certaine rigidité et trop de contrôle des émotions ;
- Isolement affectif et réseau de soutien déficient ;
- Absence de gratification parce que la personne ne s'en accorde pas ;
- Déséquilibre travail-loisirs ;
- Valeur narcissique exagérée conférée au travail ;
- Le « travail-refuge » pour éviter des problèmes ailleurs.

L'addition de quelques-uns de ces facteurs peut mener après un certain temps à une situation de surmenage dangereuse et propice au *burnout*.

Les facteurs organisationnels

Certaines professions peuvent conduire au désillusionnement progressif, notamment l'enseignement, la relation d'aide, le travail dans les hôpitaux, la réadaptation des jeunes délinquants, etc. De plus, il est reconnu qu'il existe des milieux et des conditions de travail susceptibles en soi de favoriser des stress excessifs et le *burnout*⁶. Ainsi :

- Surcharge quantitative et (ou) qualitative ;
- Réorganisation constante ;
- Manque chronique de ressources ;
- Déséquilibre entre les tâches et les moyens ;

administrer en même temps **TEQUIN I.V.** et un autre médicament, en devrait les administrer séparément, selon la dose et la voie d'administration recommandées pour chacun d'eux. **Solution de **TEQUIN I.V. prêt à l'emploi en sacs sauplés** (contient de la dextrose anhydre) :** **TEQUIN I.V.** est également présent dans des sacs sauplés de 200 mL de solution prêts à l'emploi de 400 mg de gatifloxacine dilués dans du dextrose anhydre (5%). **IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE DILUER D'AVANTAGE CETTE PRÉPARATION.** Il faut inspecter à l'œil nu ce médicament pour usage intraveineux afin de détecter toute particule ou suspension avant l'administration. Les récipients contenant des particules visibles doivent être mis au rebut. Lorsque les sacs sauplés prêts à l'emploi sont destinés à un usage unique, toute portion inutilisée de la solution doit être mise au rebut. Étant donné qu'il existe peu de données sur la compatibilité de la solution de gatifloxacine pour injection intraveineuse avec d'autres substances administrées par voie intraveineuse, on ne devrait pas ajouter d'additifs ni d'autres médicaments dans les sacs sauplés de **TEQUIN I.V.** ni perfuser simultanément une autre substance dans la même tubulaire intraveineuse. Si l'on doit utiliser la même tubulaire intraveineuse pour la perfusion séquentielle de plusieurs médicaments, le tubulaire devrait être rincé avant et après la perfusion de **TEQUIN I.V.** avec une solution de perfusion compatible avec **TEQUIN I.V.** et avec tout autre médicament administré par cette même tubulaire. **Mode d'utilisation de la solution de **TEQUIN I.V. prêt à l'emploi en sacs sauplés** :** Pour ouvrir : 1. Déchirer l'enveloppe extérieure prêts à l'usage et sortir le sac de solution. 2. Comprimer fermement le sac interne pour vérifier s'il y a des fuites. En cas de fuites ou si le sceau n'est pas intact, jeter la solution, car la stérilité peut être compromise. 3. Utiliser le produit seulement si la solution est limpide et de couleur jaune pâle à jaune verdâtre. 4. Utiliser du matériel stérile. 5. **MISE EN GARDE: Ne pas utiliser les sacs sauplés dans des raccordements en acier.** Une telle utilisation pourrait entraîner une embolie gazeuse en raison de la présence d'un résidu provenant du sac principal avant la fin de l'administration du liquide du contenant secondaire. Préparation pour l'administration : 1. Fermer le régulateur de débit de l'appareil de perfusion. 2. Rincer le bouchon de l'orifice situé au bas du sac. Percer avec l'aiguille en faisant un mouvement de rotation dans le godet jusqu'à ce que l'aiguille soit bien en place. **REMARQUE: Pour le mode d'emploi complet, lire les directives sur la boîte de l'appareil de perfusion.** 4. Suspendre le sac sur la perfuse. 5. Comprimer et relâcher le charnière-contre-pression pour y établir un niveau de liquide approprié à la perfusion de **TEQUIN I.V. prêt à l'emploi en sacs sauplés**. 6. Ouvrir le régulateur de débit pour expulser l'air de l'appareil. Fermer. 7. Régler le volume d'administration à l'aide du régulateur de débit. **INDICHIÈREMENTS PHARMACÉUTIQUES INGREDIENT ACTIF Non peptidique :** hydroxypropyléthylcellulose, stéarate de magnésium, mélythionine, cellulose microcristalline, polyéthylène glycol, polysorbate 80, silicofonction, glycérol d'oléate stéarique, acide ascorbique et dioxyde de titane. **TEQUIN I.V.** est une solution de gatifloxacine stérile, sans ajout de conservateur, dont le pH varie de 3,5 à 5,5. **TEQUIN I.V.** contient les ingrédients actifs suivants : dextrose anhydre (5%), eau pour injection, hydroxyde de sodium étalon acide chlorhydrique (le cas échéant, pour régler le pH). **Préparation de la gatifloxacine pour administration par voie intraveineuse Solution intraveineuse compatible :** tous peuvent utiliser l'eau ou l'une des solutions intraveineuses suivantes pour préparer une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL : dextrose à 5% pour injection, USP ; chlorure de sodium à 0,9% pour injection, USP ; acétate de sodium à 0,9% pour injection, USP ; lactate de Ringer et dextrose à 5% pour injection, USP ; bicarbonate

de sodium à 5% pour injection, USP ; Plasma-Lyte 99 dextrose à 5% pour injection, USP ; lactate de sodium MIV pour injection, USP. **Préparation de la solution :** Pour préparer la solution de **TEQUIN I.V.** pour administration par voie intraveineuse, il faut ajouter 20 mL du produit à 10 mg/mL à 80 mL de diluant pour obtenir 100 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 200 mg de gatifloxacine, ou 40 mL du produit à 10 mg/mL à 160 mL de diluant pour obtenir 200 mL d'une solution de gatifloxacine à 2 mg/mL, soit 400 mg de gatifloxacine. Dans la mesure du possible, il faut inspecter à l'œil nu, comme dans le cas de tous les produits parentéraux, la solution intraveineuse pour vérifier sa limpidité, la présence de particules ou d'un précipité, un changement de couleur ou la présence de filtres avant de l'administrer. Il ne faut pas utiliser une solution trouble, qui contient des particules en suspension ou un précipité, qui a changé de couleur ou dont le contenant fuit. Il faut jeter toute portion inutilisée. **Recommandations – stabilité et entreposage Comprimés **TEQUIN** :** Conserver à une température variant entre 15 et 30 °C (de 59 à 86 °F) dans des contenants scellés (USP). **TEQUIN I.V. (10 mg/mL) :** Conserver à une température variant entre 15 et 30 °C (de 59 à 86 °F). **TEQUIN I.V. (2 mg/mL) :** Conserver à une température variant entre 15 et 30 °C (de 59 à 86 °F). Ne pas congeler. Lorsque **TEQUIN I.V.** est dilué dans un liquide intraveineux compatible à une concentration de 2 mg/mL, il est stable pendant 24 heures, lorsqu'il est conservé à une température variant entre 15 à 30 °C, ou 72 heures, lorsqu'il est conservé au réfrigérateur à une température variant entre 2 et 8 °C. **PRÉSENTATION Comprimés **TEQUIN** (gatifloxacine) sont conditionnés dans des récipients comme suit :** Contient 400 mg ; bloc, boîtier, portant l'inscription gravée « **MMS** » sur un côté et « **TEQUIN** » et « **400** » sur l'autre. Récipients de 50 comprimés. **Solution intraveineuse **TEQUIN I.V.** pour administration par voie intraveineuse est offert dans les conditionnements suivants :** fiole stérile contenant une solution claire, de jaune pâle à jaune verdâtre, dont la concentration en gatifloxacine est de 10 mg/mL. Fiole à 40 mL, 10 mg/mL (400 mg). **TEQUIN I.V.** est également présent dans des sacs sauplés prêts à l'emploi contenant une solution de 400 mg de gatifloxacine diluée dans de dextrose anhydre (5%). Sac sauplé de 200 mL, 2 mg/mL (400 mg).

La monographie de produit est disponible sur demande.

1. Mandel, L.A. *Clin Infect Dis*, 29(9):31-38-421. 2. BIS Santé, États-Unis. Étude nationale sur les administrations mensuelles, de décembre 1999 à septembre 2001. Compendex, Canada – étude nationale sur les ordonnances, de mars 2001 à septembre 2001. 3. Ramirez, J.S. et coll. *J Res Dis*, 1999;20(11-suppl):S29-S46. 4. Sullivan, J.E. et coll. *J Res Dis*, 1999;20(11-suppl):S49-S58. 5. Fogarty, C. et coll. *J Res Dis*, 1999;20(11-suppl):S69-S80. 6. Pines, P.H. et coll. protocole AA28-004, données en dossier. Bristol-Myers Squibb, 1998. 7. Stoniga, J.A.L. et coll. *J Res Dis*, 1999;20(11-suppl):S11-S16. 8. Bondeau, J.H. et coll. *Int J Antimicrob Agents*, 2000;14:89-90. 9. Stone, G.E. *J Infect Med*, 2000;17:584-578. 10. Fish, E.N. *Pharmacotherapy*, 2001;21(7):95-98. 11. *Monographie de produit*. Bristol-Myers Squibb Canada Inc. 12. Bevan, J. et coll. *J Res Dis*, 1999;20(11-suppl):S76-S78. 13. Monographie de chlorhydrate de moxifloxacine.

Usager autorisé de la MD, Bristol-Myers Squibb Canada Inc.   
Bristol-Myers Squibb Canada Inc.
2385, chemin de la Côte-de-Lessex
Montréal, Québec H4N 2M7

- Encadrement déficient ;
- Absence d'ordre de priorités ;
- Mauvaise circulation de l'information ;
- Imprécision des objectifs ;
- Ambiguïté des mandats et des rôles ;
- Absence de soutien et de reconnaissance ;
- Conditions dangereuses.

Les solutions

Les solutions varieront **selon la dominance des facteurs en cause**. Néanmoins, il est clair que la personne touchée devra faire des changements personnels, ne serait-ce qu'à titre préventif.

- La première étape, essentielle, est la prise de conscience avec remise en question des valeurs personnelles.
- La deuxième étape sera la mise en place de solutions et de stratégies individuelles, telles que :
 - refaire ses forces physiques ;
 - réorganiser son temps ;
 - mieux équilibrer sa vie ;
 - apprendre à établir un ordre de priorités ;
 - se créer des intérêts en dehors du travail ;
 - apprendre à déléguer et à demander de l'aide ;
 - diminuer le besoin de perfectionnisme ;
 - ne pas trop se prendre au sérieux ;
 - éviter l'obsession de la performance ;
 - être ouvert à un nouveau mode de vie.
- Ne pas hésiter à aller chercher une aide professionnelle avant qu'il soit trop tard.

P LAISIR, ÉNERGIE, SATISFACTION ET RECONNAISSANCE au travail doivent aller de pair avec une vie personnelle et familiale solide et équilibrée, ainsi qu'avec une appréciation réaliste des transformations du système de santé actuel.

Un tel énoncé est incompatible avec des horaires de 60 heures et plus par semaine et l'ambition d'en faire encore plus malgré l'ampleur des problèmes liés à un tel rythme.

Il faut toujours avoir à l'esprit que le *burnout* est une maladie insidieuse qui, au début, évolue à bas bruit⁷. Reconnue rapidement, elle est assez facilement traitable ; cependant, si on n'y porte pas attention, les conséquences

peuvent être graves et dramatiques, autant pour la personne atteinte que pour son entourage.

Pourquoi pas un petit test en terminant ?

Mes différents rôles et intérêts, par exemple	Priorités souhaitées	Dans les faits, répartition réelle de mes rôles et intérêts
Famille, couple		
Profession, travail		
Amitiés, loisirs		
Santé, activités physiques		
Bénévolat, etc.		

Y aurait-il par hasard disparité entre les priorités que vous souhaitez et la répartition réelle de vos rôles et intérêts? ☹

Bibliographie

1. Maranda MF. La recherche-intervention vue par la psychodynamique du travail. *Intervention sociale en entreprise* avril 1999 : 127.
2. Brill PL. The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health* 1984 ; 4 (12).
3. Larouche LM. Le diagnostic différentiel de l'épuisement professionnel. *Le Clinicien* août/septembre 1987.
4. Pines AM, Aronson E, Kafry D. « Burnout » : se vider dans la vie et au travail. Montréal : Éditions Le jour, 1982 : 304 pages.
5. Freudenberger HJ, North G. *Le burnout chez la femme*. Les éditions Transmonde, 1985 : 362 pages.
6. VonOnciu J. Stress at work. *BMJ* septembre 1996 (313) : 745-8.
7. Wentser Leporé É. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins : sujet tabou mais réalité. *L'Actualité médicale* 13 mars 1991 : 42-4.
8. Association canadienne pour la santé mentale, Division du Québec. *Le burnout : cul-de-sac ou tremplin ?* ACSM, 1991.
9. Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc. *Le stress, on s'y intéresse... Trousse de prévention du burnout*. A.I.T.Q., 1994.
10. Covey SR. *Priorité aux Priorités*. Éditions générales First, 1995 : 388 pages.
11. Freudenberger HJ. *Burnout*. Bantam Books, 1981 : 212 pages.

Vous avez des questions ? Veuillez nous les faire parvenir par télécopieur au secrétariat de l'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec : (418) 666-0684.