

Burnout should not be a silent epidemic

The views expressed in this editorial are those of the author and do not necessarily reflect the position of the Canadian Medical Association or its subsidiaries.

Physician burnout is the new catch phrase. Recognized as a problem for years, burnout has now become more relevant. It is the sheer volume of cases that has become a threat to the medical profession. Annually, about 400 physicians take their own lives in the United States. We do not have hard numbers for Canada.

The Mayo Clinic published its survey-based work on burnout in 2016.¹ It reported that physicians with at least 1 symptom of burnout had increased to 54% from 46% the previous year. The Canadian Medical Association released data in the last year on the Canadian experience.² One in 3 physicians reported signs of depression. Residents seemed more at risk (95%) of depression, but were also more likely to report it. In Quebec, the PAMQ (Quebec physician assistance program) has existed since 1990. New cases are threatening to overwhelm the program. Last year there was a 20% increase in new cases among specialists and 12% among family physicians.³

The complaints to the PAMQ are varied, but seem to be related to a number of environmental factors. Doctors feel they are confined, with no viable exits, leading to early retirement or shutdown of their practices for an indefinite period. They also claim that changes in the system have left them overloaded in a dysfunctional workplace and without control. The most affected are younger than the average physician (43 v. 52 yr).^{2,3}

We have seen active demeaning of physicians in the media by government spokespeople as well as increasing rationing of care by ministries of health and hospital administrators. The rationing has government origins, but the physicians are perceived as the culprits. There are complaints of time pressure, declining pay and umpteen unproductive paperwork tasks required by administration that either don't improve or actually inhibit patient care. Physician-oriented investigations by peer regulatory bodies and lawsuits are also a huge stress factor. And electronic health record migration has not facilitated patient care.

Certainly, medical graduates are under more pressure than ever to adapt to a new work environment, and debt load and job uncertainty from lack of resources are enough to cause concern. But what has made this generation of physicians more prone to burnout? It may be just a heightened sensitivity to hardship combined with a decreased stigma for speaking out. But that would mean the environment is about the same, with a more sensitive measuring stick.

Work conditions have improved. Residents no longer exit a 5-year program of 1 in 2 in-house call. New staff have support programs and generally are not working more hours than their predecessors. However, patient care has become more complex, with more tests required and attendant comorbidities. But limited employment opportunities and residency spots in specialties combined with a need for a different work-life balance has made working more pressure filled. Unfortunately, burnout requests seem to have funny parameters in some cases. I have seen staff claim they are too tired to do call but have no problem increasing their elective lists. Ideally, like with other disabilities, we need more objective qualifications for diagnosis and treatment of burnout. Burnout is a real problem that needs better definition.

Currently, the plan for therapy varies greatly among cases, with no agreed-upon recovery program. Treatment protocols are not unified and definitely need to be. Like all other epidemics, we need to recognize the importance of physician burnout and meet the problem head-on. However, all these issues combined seem to indicate that in the future, we are going to have to train more physicians to meet our needs.

Edward J. Harvey, MD

Coeditor, *Canadian Journal of Surgery*

Competing interests: E.J. Harvey is the chief medical officer of Greybox Solutions, the co-founder and head of medical innovation of NXTSens Inc., the co-founder and chief medical officer of MY01 Inc., and the co-founder and director of Strathera Inc. He receives institutional support from J & J DePuy Synthes, Stryker and Zimmer, and he is a board member of the Orthopedic Trauma Association and the Canadian Orthopaedic Association.

DOI: 10.1503/cjs.000819

References

1. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015; 90:1600-13.
2. Canadian Medical Association. CMA National Physician Health Survey; October 2018. Available: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/News/nph-survey-e.pdf> (accessed 2019 Jan. 14).
3. Touzin C. Médecins en détresse. *La Presse*. 2018 Dec. 11. Available: www.lapresse.ca/actualites/sante/201812/10/01-5207563-medecins-en-detresse.php (accessed 2019 Jan. 14).

Ne pas passer sous silence l'épidémie de burn-out

Les opinions exprimées dans cet éditorial sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne ou ses filiales.

Depuis peu, l'épuisement professionnel des médecins est sur toutes les lèvres. Problème connu depuis des années, le burn-out sort maintenant de l'ombre. Et en soi, le nombre de cas pose une menace pour la profession médicale. Aux États-Unis, on déplore environ 400 suicides de médecins chaque année. On ignore quel en est le nombre au Canada.

La Clinique Mayo a publié les résultats de son enquête sur l'épuisement professionnel en 2016¹. Ce rapport révèle que la proportion de médecins présentant au moins 1 symptôme de burn-out était passée de 46 % à 54 % par rapport à l'année précédente. L'Association médicale canadienne a pour sa part diffusé des données sur l'expérience canadienne au cours de la dernière année². Un médecin sur 3 faisait état de signes de dépression. Les résidents semblaient plus à risque (95 %) à l'égard de la dépression, mais était également plus susceptibles d'en parler. Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) existe depuis 1990. Les nouveaux cas sont sur le point de créer une congestion au sein du programme. L'an dernier leur nombre a augmenté de 20 % chez les spécialistes et de 12 % chez les médecins de famille³.

Les motifs de consultation au PAMQ varient, mais semblent liés à plusieurs facteurs environnementaux. Les médecins se sentent coincés dans une situation sans issue qui les pousse vers la retraite ou la fermeture de leurs cabinets pour des périodes indéterminées. Ils affirment aussi que les changements apportés au système ont alourdi leur tâche et rendu leurs milieux de travail dysfonctionnels; ils n'ont de contrôle sur rien. Les plus affectés sont moins âgés que la moyenne des médecins (43 ans c. 52)^{2,3}.

On a assisté au dénigrement des médecins par des porte-paroles gouvernementaux dans les médias, ainsi

qu'à une rationalisation des soins par les ministères de la Santé et les administrations hospitalières. La rationalisation émane du gouvernement, mais ce sont les médecins qui en portent l'odieux. Leurs plaintes concernent les contraintes de temps, le déclin des salaires et la multiplication des tracasseries bureaucratiques imposés par l'administration, qui ne font rien pour améliorer les soins. Les enquêtes menées par les ordres professionnels sur leurs membres et les poursuites constituent d'autres importants facteurs de stress. La mise en place des dossiers médicaux électroniques n'a pas non plus facilité la prestation des soins.

Les diplômés en médecine subissent sans contredit une pression inégalée pour s'adapter à un nouveau milieu de travail, sans compter l'endettement et l'incertitude professionnelle inhérente aux restrictions budgétaires. Mais qu'est-ce qui rend cette génération de médecins plus sujette à l'épuisement professionnel? Ce pourrait être simplement une sensibilité exacerbée aux difficultés de la vie, combinée à une moindre stigmatisation de ceux qui les dénoncent. Cela pourrait signifier que l'environnement est relativement le même, mais qu'on l'évalue avec des instruments plus précis.

Les conditions de travail se sont améliorées. Les résidents ne sortent plus d'un programme de 5 ans où ils ont fait 1 garde sur 2. Les nouveaux médecins disposent de programmes de soutien et ne travaillent pas plus d'heures que leurs prédécesseurs. Par contre, les soins aux patients se sont complexifiés, les tests se sont multipliés, tout comme les comorbidités. Mais la diminution des possibilités d'emploi et des postes de résidents en spécialité alliée à la recherche d'une meilleure conciliation travail-vie personnelle ajoute un élément de stress. Malheureusement, les réclamations pour burn-out semblent avoir parfois d'étranges paramètres.