



Énoncé de position

sur la santé
et le bien-être
des médecins
résidents

Avril 2013



Fédération des
médecins résidents
du Québec



Introduction

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) constate, depuis plusieurs années déjà, l'impact de la détresse psychologique et du harcèlement psychologique dans les milieux de formation. Les médecins résidents consultent par ailleurs de plus en plus les diverses ressources qui sont mises à leur disposition, notamment lorsqu'ils rencontrent des difficultés sur le plan académique, médical ou personnel. Au fil des ans, l'ampleur de cette détresse et des problèmes dont souffrent les médecins résidents semble avoir augmenté. Est-ce parce qu'il y a plus de médecins résidents en difficulté, parce qu'ils consultent plus facilement et plus rapidement? Difficile à dire, d'autant plus que chacun consulte l'organisme qui lui convient le mieux, selon sa situation.

Le harcèlement psychologique ou intimidation demeure malheureusement présent dans nos milieux de formation postdoctorale. Le harcèlement psychologique se définit d'une part par les actions de l'auteur (insultes, menaces, chantage, restrictions, stigmatisation, violence, etc.) et, d'autre part, par l'impact sur la victime (stress, isolement, détresse, etc.). Ces comportements peuvent atteindre la stabilité psychologique et la santé mentale du résident, influencer son choix de carrière et la poursuite de ses études, diminuer sa satisfaction au travail et, en bout de ligne, mettre en péril la qualité des soins prodigués au patient.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ont fait du harcèlement psychologique un critère d'agrément, c'est-à-dire que tout milieu de formation doit mettre en place des mesures pour intervenir rapidement et efficacement dans de telles situations. La FMRQ en a pour sa part fait une priorité. Pour les médecins résidents, le harcèlement psychologique, c'est tolérance zéro.

La FMRQ travaille déjà depuis plusieurs années à sensibiliser les milieux de formation et à identifier des solutions durables à ces problèmes. À cet égard, la Fédération mettait sur pied, en décembre 2001, le Comité du bien-être des résidents (CBER), afin de trouver des solutions pour assurer la santé et le bien-être de ses membres au sein de leurs milieux de formation. Les actions de la FMRQ se situent au niveau des médecins résidents eux-mêmes, mais également auprès des différents intervenants : bureaux d'aide, facultés, universités, fédérations et associations médicales, gouvernements, etc.

Notre objectif

**Sensibiliser et informer
les médecins résidents
et les médecins enseignants.**

La **Tournée des programmes de formation postdoctorale** débutée en 2003 nous permet d'établir un dialogue sur la question de la santé et du bien-être des médecins en formation. Divers autres outils ont été mis en place au fil des ans. Mais les difficultés subsistent.

L'**Énoncé de position sur la santé et le bien-être des médecins résidents de la FMRQ** qui suit vise à soulever des problématiques et à travailler avec tous les intervenants du réseau pour y apporter des solutions et ainsi améliorer les conditions de travail des médecins en formation.

Nous vous invitons à en prendre connaissance et à communiquer avec la FMRQ pour tout commentaire concernant cet énoncé de position.

Fédération des médecins résidents du Québec
630, rue Sherbrooke Ouest, Montréal (Québec) H3A 1E4

514 282-0256
1 800 465-0215

fmrq@fmrq.qc.ca
www.fmrq.qc.ca

L'**Énoncé de position sur la santé et le bien-être des médecins résidents de la FMRQ** a été réalisé grâce à la collaboration des membres du Comité du bien-être de la Fédération des médecins résidents du Québec. Nous tenons à remercier les auteurs de ces textes: D^r Étienne Désilets, président du comité à la FMRQ; D^{re} Cynthia Kadoch, vice-présidente au bien-être, Association des médecins résidents de Montréal; D^r Léon Tourian, vice-président au bien-être de l'Association des résidents de McGill; D^r Paul Trân, vice-président au bien-être de l'Association des médecins résidents de Sherbrooke; D^{re} Émilie Desrosiers, vice-présidente au bien-être de l'Association des médecins résidents de Québec; membres du CBER pour l'année 2011-2012; ainsi que M^{me} Johanne Carrier, conseillère, FMRQ.



La détresse psychologique, l'épuisement professionnel et la santé mentale

RECOMMANDATIONS

- # 1 Incorporer des activités de sensibilisation en matière de santé mentale, de suicide et d'épuisement professionnel au sein du curriculum des médecins résidents, en collaboration avec les facultés et les directions de programmes, en lien avec le rôle CanMEDS de promoteur de la santé.
- # 2 Faire un dépistage systématique de la détresse psychologique chez les médecins résidents lors de la rencontre annuelle ou biannuelle du directeur de programme.
- # 3 Permettre la mise en place d'accommodements pour faciliter l'intégration des médecins résidents atteints de troubles de santé physique ou mentale.
- # 4 Permettre une plus grande flexibilité lors de retours progressifs après un congé pour maladie.
- # 5 Informer les médecins résidents sur la marche à suivre en cas d'erreur médicale et les supporter à cet égard.

ÉTAT DE LA SITUATION

L'état psychique des médecins résidents a été évalué à plusieurs reprises dans la dernière décennie. Environ le tiers d'entre eux décrivent leur vie comme modérément ou très stressante¹ et ce, majoritairement à cause du manque de temps pour remplir leurs obligations². Un stress occupationnel prolongé peut mener à l'épuisement professionnel, qui est rapporté dans des proportions aussi élevées que 25 % à 75 %^{3,4}.

Le fardeau fiscal⁵ et certains traits de personnalité sont associés à un épuisement professionnel (*burnout*). De plus, il semble plus prévalent en début de formation⁶. Les erreurs médicales perçues sont⁷ aussi un facteur important impliqué dans l'instabilité psychologique des médecins résidents, avec un impact sur le stress occupationnel, la fatigue et l'empathie⁸. Jusqu'à 18 % de ces derniers décrivent leur santé mentale comme pauvre ou équivoque².

Leurs taux sectionnels de dépression sont plus élevés par rapport aux strates populationnelles du même âge et les risques relatifs de suicide sont plus élevés chez les médecins (1,1 à 3,4 pour un homme et 2,5 à 5,7 pour une femme)⁹. Il est aussi démontré que la détresse psychologique et les symptômes physiques associés ont un impact négatif sur la performance professionnelle et académique des médecins résidents et la sécurité des soins aux patients⁴. Enfin, un certain nombre de médecins résidents présentent des problèmes de santé physique ou mentale qui requièrent un congé prolongé. Dans de tels cas, il demeure encore très difficile de convaincre les autorités facultaires de permettre un retour progressif en résidence lorsque le médecin résident est remis de ses problèmes de santé.

ACTIONS RÉALISÉES

La FMRQ travaille depuis plusieurs années à tenter de cerner les problèmes et à identifier des solutions durables à la détresse psychologique, en collaboration avec les facultés de médecine et les professionnels de la santé. En décembre 2001, en raison du nombre croissant de demandes et pour assurer un climat d'apprentissage optimal pour les médecins résidents, la Fédération mettait sur pied, le Comité du bien-être des résidents (CBER). Celui-ci a pour mandat d'informer les médecins résidents et de sensibiliser les milieux de formation postdoctorale à la détresse psychologique que l'on retrouve dans les milieux de formation, de même que d'identifier des outils et mesures visant à améliorer leur santé et leur bien-être.

Parmi les actions réalisées par le CBER depuis sa création, on retient la Tournée des programmes de formation postdoctorale, une activité de sensibilisation s'adressant aux directeurs de programmes et aux médecins enseignants mais qui rejoint aussi les médecins résidents au sein de ces programmes, la Journée du médecin résident, des conférences sur le bien-être et la Trousse de survie du médecin résident qui leur est remise en début de formation. Le CBER tient aussi à jour un bottin des ressources disponibles en matière d'aide psychologique par le biais de chacun des services d'aide des facultés de médecine et chapeaute des projets de groupes d'entraide et de parrainage dans différents milieux. Enfin, la FMRQ sensibilise ses membres aux difficultés ainsi qu'aux ressources mises à leur disposition par le biais de son *Bulletin* (édition Hiver 2012), du *FMRQ Express* (capsule bien-être mensuelle), des éditoriaux et des articles dans des publications médicales.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) est aussi un acteur important au niveau de l'aide apportée aux médecins résidents en détresse et la Fédération fait partie des organismes fondateurs de l'organisme. De la même façon, chacune des facultés s'implique dans l'aide offerte aux résidents par l'entremise de bureaux d'aide ou de services à la vie étudiante.

BESOINS IDENTIFIÉS

Les activités de sensibilisation concernant la détresse psychologique auprès des résidents sont organisées sur la base volontaire des programmes et le plus souvent provenant d'initiatives extra-facultaires. Les programmes de formation problématiques ne sont que rarement touchés par ces activités. Les résidents devraient être rencontrés au minimum deux fois par année par leur directeur de programme pour faire le point et des questions concernant leur bien-être psychologique devraient leur être adressées.

Un support supplémentaire devrait être offert à ceux faisant face à une erreur médicale, notamment par le biais de conférences ou ateliers offerts, entre autres, par l'Association canadienne de protection médicale. La formation médicale est appelée à devenir plus flexible, surtout en ce qui a trait aux accommodements par rapport aux gardes chez les médecins résidents atteints de troubles de santé mentale et aux retours progressifs en cas de maladie. Finalement, la communauté médicale devrait faire preuve d'une plus grande ouverture et empathie envers tout collègue voyant sa santé psychique ébranlée, afin que cesse la stigmatisation et l'isolement, notamment en regard des maladies mentales.

CONCLUSION

La détresse psychologique est un problème prévalent affectant les médecins résidents et les mesures de prévention et de support en place se doivent d'être consolidées.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Jordan S Cohen et al. *Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta*. BMC Medical Education. 2005, 5:21
2. Jordan S. Cohen et al. *The Happy Docs' study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada*. BMC Research Notes. 2008. 1:105
3. Legassie et al. *Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency*. J Gen Intern Med. 2008. 23:1090-4
4. IsHak, Bernstein et al. *Burnout During Residency Training: A Literature Review*. J of Grad Med Educ. December 2009. 236-242
5. West, Kolars et al. *Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge Among Internal Medicine Residents*. JAMA. 2011. 306: 952-960
6. Ripp, Deborah et al. *Prevalence of Resident Burnout at the Start of Training*. Teaching and Learning in Medicine. 2010. 22: 172-175
7. West, Shanafelt et al. *Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study*. JAMA. 2006, 296, 1071-1078
8. West, Shanafelt et al. *Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors*. JAMA. 2009, 302, 1294-1300
9. Center, Silverman et al. *Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement*. JAMA. 2003, 289, 3161:3166



Le harcèlement psychologique

RECOMMANDATIONS

- # 1 Élaborer et mettre en place une politique ou un règlement en matière de harcèlement psychologique propre à chacune des facultés, incluant notamment le retrait du médecin résident du milieu ou de la supervision de la personne concernée.
- # 2 Établir un code de conduite signé par les médecins résidents et les médecins enseignants qui confirme que tous adhèrent au principe de la tolérance zéro en matière de harcèlement psychologique.
- # 3 Rendre disponibles des ressources diverses, gradées et indépendantes pour les victimes de harcèlement psychologique, notamment par le biais d'un centre ou bureau d'intervention spécialisé et indépendant.
- # 4 Implanter une formation obligatoire, notamment pour les médecins résidents et le corps professoral de tous les programmes de formation postdoctorale, en matière de harcèlement psychologique.
- # 5 Mettre des ressources d'aide à la disposition des personnes avec un comportement perturbateur.
- # 6 Poursuivre la sensibilisation des médecins enseignants et résidents afin de changer la culture médicale à l'égard de l'intimidation.

ÉTAT DE LA SITUATION

L'intimidation et le harcèlement surviennent dans tous les organismes, quoique la proportion semble être plus élevée dans les établissements de santé. Ces comportements peuvent être d'ailleurs plus communs dans les facultés de médecine que dans d'autres secteurs de l'enseignement supérieur.¹ On rapporte que lors de leurs années à la faculté de médecine, 42 % des étudiants se disent victimes de harcèlement et 84 % d'intimidation². Des études hétérogènes rapportent une tendance similaire chez les médecins résidents: de 45 % à 50 % des médecins résidents canadiens se sont dits victimes de harcèlement, d'intimidation ou de mauvais traitement sous plusieurs formes au cours de leur résidence, comparativement à 18 % des médecins résidents britanniques et 91 % des médecins résidents japonais.

Les sources de ces abus sont multiples: médecins superviseurs, moniteurs cliniques, infirmiers, résidents et patients sont les plus souvent cités. Certains stages comme la chirurgie générale (28 %), la médecine interne (21 %), la médecine d'urgence (12 %) et l'anesthésiologie (11 %) seraient des milieux plus propices⁶.

Seulement 12⁷ à 33 %³ des victimes dénoncent ces actions et certains voient même une certaine acceptabilité⁴ qui est malheureusement ancrée dans la culture médicale depuis longtemps. Les conséquences sur le bien-être psychologique des personnes qui en sont la cible ne font pas de doute. L'impact est ressenti sur le choix de spécialité, le niveau de stress, le risque de dépression et d'idées suicidaires, la consommation d'alcool, le sentiment de confiance envers la faculté et la satisfaction professionnelle².

ACTIONS RÉALISÉES

Des activités de sensibilisation sont organisées depuis plus de 10 ans par la FMRQ, qui maintient une politique de tolérance zéro quant au harcèlement psychologique. Cette position se traduit d'ailleurs dans l'entente collective de la Fédération qui prévoit des recours pour toute manifestation de harcèlement psychologique: «Aucune forme de harcèlement n'est tolérée» (art. 3.03), et ce, de la part de quiconque travaillant dans l'établissement ou s'y trouvant pour des raisons professionnelles (art. 3.04). Chaque programme de formation est sollicité annuellement dans le cadre de la Tournée des programmes organisée par le CBER. Le service d'aide pédagogique de la FMRQ existe depuis de nombreuses années et permet aux médecins résidents de consulter en cas de préjudice. Les quatre grandes universités québécoises ont aussi adopté des politiques ou règlements définissant le harcèlement psychologique et encadrant les droits des étudiants. Un protecteur des droits des étudiants ou ombudsman existe aussi dans la majorité des cas. Du côté des organismes d'accréditation, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, ainsi que le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège des médecins du Québec sont responsables du processus d'agrément des programmes et surveillent, entre autres, la prévalence de harcèlement en rencontrant les médecins résidents lors des visites des milieux de formation.

BESOINS IDENTIFIÉS

D'abord, une plus grande ouverture des directeurs de programme serait souhaitable, afin de permettre des activités de formation et de sensibilisation périodiques en matière de harcèlement psychologique. Certains programmes sont sollicités depuis plusieurs années par la FMRQ et n'ont jamais été rencontrés. De plus, la formation professorale dans ce domaine est insuffisante. Les politiques de harcèlement universitaires devraient aussi refléter la réalité du monde médical et chaque faculté de médecine bénéficierait d'adapter ses règlements et d'offrir un service d'intervention par le biais d'un centre ou bureau d'intervention spécialisé et indépendant.

CONCLUSION

Malgré certaines avancées, le harcèlement psychologique est toujours présent dans les milieux de formation et entraîne des conséquences néfastes sur le bien-être psychologique des gens qui en sont victimes. Il faut changer la culture au sein du milieu et de la profession médicale et éliminer la stigmatisation envers le harcèlement psychologique, afin que les situations de harcèlement soient dénoncées et traitées adéquatement et dans les meilleurs délais.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Wood D. *Bullying and harassment in medical schools*. BMJ 2006;333:664
2. Frank, Erica et al. *Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey*. BMJ 2006;333:682
3. PAICE, Elisabeth et al. *Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey*. BMJ 2004, 329: 658-9
4. Cruther et al. *Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment, and discrimination during residency training*. BMC Medical Education 2011, 1: 88
5. Deborah J. Cook et al. *Resident's experience of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training*. CMAJ 1996; 154 (11), 1657-1665
6. NAGATA-Kobayashi, S et al. *Universal problems during residency: abuse and harassment*. Medical Education 2009: 434: 628-636
7. Li et al. *Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later*. The Journal of Emergency Medicine 2010: 38, 248:252
8. Musselman et al. *«You learn better under the gun»: intimidation and harassment in surgical education*. Medical Education 2005; 39: 926-934



La parentalité

RECOMMANDATIONS

- # 1 Favoriser l'instauration de Politiques de parentalité au sein des quatre facultés de médecine québécoises.**
- # 2 Soutenir les résidents parents lors de situations problématiques et favoriser des accommodements avec les programmes, entre autres:**
 - Éviter de pénaliser le médecin résident qui choisit d'utiliser ses congés prévus à l'entente collective pour alléger ses semaines;
 - Permettre le début du congé de maternité et le retour au travail en milieu de période, et non nécessairement en début de période.
- # 3 Appliquer une politique de «tolérance zéro» vis-à-vis la discrimination liée à la grossesse ou à la parentalité.**

ÉTAT DE LA SITUATION

Le désir d'être parent survient fréquemment en parallèle à la complétion d'un programme de résidence en médecine. Cependant, nombreux sont les obstacles auxquels les résidents-parents peuvent devoir faire face durant la grossesse et après la naissance de l'enfant. La littérature sur le sujet et un sondage réalisé en 2012 par l'Association des médecins résidents de Québec (AMReQ) rapportent plusieurs situations problématiques, notamment la difficulté de concilier travail et famille (manque de temps, horaires irréguliers, stages à l'extérieur, impossibilité d'horaire allégé). À celle-ci s'ajoutent la répercussion sur la durée de la résidence, les aspects financiers, la possibilité ou non de faire une formation complémentaire, l'impact sur l'étude des examens et les conséquences au sein de l'équipe de travail. Présentement, dans une revue des politiques liées à la parentalité au sein de toutes les facultés de médecine canadiennes¹, les quatre facultés de médecine québécoises obtiennent une cote insatisfaisante, soit de 12 ou 13 sur une échelle de 21.

Par ailleurs, le taux de complications de grossesse, particulièrement durant le troisième trimestre, semble plus élevé chez les femmes résidentes que dans la population générale. En effet, les risques de pré-éclampsie, d'être mises au repos pour des complications⁶, de retard de croissance chez l'enfant⁵ et de travail pré-terme⁴ sont plus élevés chez les résidentes. Les explications avancées pour expliquer ces phénomènes sont le stress lié au travail, les heures passées debout et le niveau d'activité physique intense dans certaines spécialités.

Ces complications sont comparables d'ailleurs à celles d'autres femmes qui ont un travail physiquement exigeant. Toutefois, certains facteurs de stress sont strictement liés à la formation postdoctorale, notamment les exigences de travail irréalistes de la résidence et la volonté de ne pas faire subir les conséquences de son absence aux collègues.

En contrepartie, d'autres facteurs ont été identifiés comme facilitateurs pour la résidente enceinte tels :

- la flexibilité du programme;
- la présence de modèles de rôle;
- la capacité à choisir le moment de sa grossesse;
- le support de la direction de programme et;
- la possibilité de retour au travail à temps partiel.

Le fait d'avoir une collègue enceinte semble bien accueilli dans les milieux de formation. Un étude américaine effectuée à l'Université de Pittsburgh a démontré que la quasi-totalité des résidents et résidentes ne voyaient pas d'effet négatif à la grossesse d'un collègue et que certains y voyaient même un effet positif, que ce soit par le côtoiement de collègues plus épanouis en se réalisant comme parents ou par l'augmentation de l'exposition et de l'autonomie conséquente des congés de leurs collègues². Trente-neuf pourcent (39 %) des répondants du sondage de l'AMReQ disent avoir eu à compenser pour l'absence de résidents

parents, mais la majorité considère cela normal et souhaite que les patrons et les programmes soient plus souples envers les résidents qui restent, surtout dans les petits programmes où l'on demande souvent aux médecins résidents de doubler le nombre de présentations ou de gardes.

La durée des congés de maternité varie grandement : l'expérience canadienne semble différente de l'expérience américaine plus largement rapportée dans la littérature. Alors qu'aux États-Unis, les congés de maternité sont en général d'une durée de six⁶ semaines⁷, une étude torontoise réalisée dans les années 1980 révélait déjà que les congés de maternité s'étendaient sur une moyenne de 16 semaines dans le programme de psychiatrie⁸. Selon les résultats du sondage de l'AMReQ, la durée moyenne des congés de maternité ou de paternité était de quatre⁴ mois (allant de 1 semaine à plus de 12 mois).

Cependant, les résidentes ont tendance à travailler plus longtemps durant la grossesse, souvent jusqu'à terme² ou les jours précédant l'accouchement, avec un horaire généralement peu ou pas allégé⁴. Le retour au travail s'avère lui aussi une source de stress potentiel, particulièrement chez les résidentes, et les problèmes reliés aux soins du bébé semblent accentuer ce stress.

La satisfaction des médecins résidents par rapport à leur rôle de parent n'a pas été évaluée récemment au pays, mais une étude datant de 2000 réalisée en Saskatchewan révélait que le taux d'insatisfaction par rapport au travail était le plus élevé chez les résidentes ayant des enfants³. Le sondage de l'AMReQ révèle que 56 % des résidents parents jugent que leur travail ne leur permet pas de passer suffisamment de temps avec leurs proches, comparativement à 35,1 % des résidents non parents ($p < 0,05$).

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours des dernières années, la Fédération des médecins résidents du Québec s'est intéressée aux difficultés que rapportent les résidentes enceintes et les nouveaux parents. En mars 2010, la FMRQ a publié un *Bulletin* sur la grossesse et la parentalité comprenant des entrevues mais aussi des conseils pour les parents. Il est à noter par ailleurs que, durant la grossesse et après la naissance de l'enfant, ou encore dans le cas d'une adoption, les médecins résidents parents bénéficient de conditions enviables qui ont été négociées et qui sont intégrées à leur entente collective.

BESOINS IDENTIFIÉS

Ces données nous permettent donc d'identifier plusieurs situations nécessitant une attention particulière. Une grande partie du travail réside dans la sensibilisation des milieux de formation à l'importance du phénomène de la parentalité et des difficultés de conciliation travail-famille pour les médecins résidents. Par ailleurs, les résidentes enceintes étant exposées à de plus gros risques de problèmes de santé, il est important d'offrir des solutions permettant de maximiser leur apprentissage, tout en minimisant l'impact sur leur progression et les exigences faites à leurs collègues de travail, notamment par le biais d'un réaménagement des stages.

Parmi les solutions qui pourraient être envisagées, on retrouve le fait de permettre le fractionnement des journées de congé en demi-journées, tout en établissant que ces demi-journées soient considérées comme du temps travaillé, de manière à respecter le 75 % du temps de stage réalisé pour valider le stage ou encore la possibilité de permettre aux résidentes enceintes de reporter des stages exigeants ou de permuter des stages de différents niveaux de résidence pour alléger les exigences durant la grossesse ou dans les cas où l'enfant aurait un problème de santé.

CONCLUSION

La parentalité durant la résidence comporte de grands défis, la plupart pouvant être relevés par un meilleur travail de sensibilisation auprès de tous les acteurs de la formation médicale. La concertation entre la Fédération, les directions de programmes et les responsables de stages constitue l'une des meilleures façons d'aplanir les difficultés liées à la grossesse et à la parentalité. Cette concertation devrait par ailleurs permettre l'élaboration et la mise en place de politiques, notamment sur la parentalité, jetant ainsi les bases d'un meilleur support aux médecins résidents parents ou souhaitant le devenir.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Gropper et al, *Work-Life Policies for Canadian Medical Faculty*, *Journal of Women's Health* 2010;19:1683-1703
2. Carty et al, *Maternity policy and practice during surgery residency: How we do it*, *Surgery* 2002;132:682-8
3. Cujec et al, *Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at a Canadian medical school*, *CMAJ* 2000;162(5):637-40
4. Finch et al, *Pregnancy during Residency: A Literature Review*, *Acad. Med* 2003;78:418-428
5. Grunebaum et al, *Pregnancy among obstetricians: a comparison of births before, during, and after residency*, *Am J Obstet. Gynecol.* 1987;157:79-83.
6. Klebanoff et al, *Outcomes of pregnancy in a national sample of resident physicians*, *N Engl J Med* 1990;323:1040-1045
7. Lewin et al, *Pregnancy, Parenthood, and Family Leave During Residency*, *Ann. Emerg. Med.*, 2003;41:568-573
8. Robinson et al, *The woman psychiatrist in residency and practice*, *Psychiatry J U Ottawa*, 1986;11:10-4.



Le présentéisme chez les médecins résidents

RECOMMANDATIONS

- # 1 Sensibiliser les facultés de médecine, les programmes de formation, les précepteurs des résidents et les médecins résidents eux-mêmes au phénomène du présentéisme.
- # 2 Inciter les facultés de médecine, les programmes de formation et les précepteurs des résidents à évaluer l'existence du présentéisme chez les résidents à l'aide d'un questionnaire établi à partir d'outils de dépistage validés, pour aider à prévenir une baisse encore plus marquée du mieux-être des résidents.
- # 3 Amener le corps professoral à évaluer le problème du présentéisme des résidents.
- # 4 Éviter le présentéisme en voyant à ce que les programmes de formation favorisent un bon équilibre vie/travail chez les résidents.
- # 5 S'assurer que les hôpitaux universitaires procurent un milieu de travail sain où sont disponibles des installations sportives et des repas santé et où on fait la promotion de bonnes habitudes de vie.

ÉTAT DE LA SITUATION

On définit le présentéisme comme le fait de travailler tout en étant malade^{1*}. Une personne qui se présente au travail plus de 10 fois par année alors qu'elle est malade manifeste du présentéisme. Le symptôme cardinal du présentéisme est la perte d'efficacité au travail. Chez les résidents, cela se traduit par le risque d'une baisse de la qualité des soins aux patients^{2, 4*} et, plus certainement, une mauvaise gestion de la santé. Chez les collègues et au sein des programmes de formation et des facultés de médecine, le présentéisme chez les résidents est un sujet tabou. On le perçoit souvent comme un dévouement extrême face au travail et, à ce titre, il est salué par les précepteurs et considéré comme un rite de passage vers la pratique médicale. Une étude récente chez les résidents a permis d'estimer le taux de présentéisme à près de 60 pour cent^{5, 6}.

Les facteurs de risque du présentéisme chez les résidents incluent une charge de travail systématiquement lourde ou des besoins au chapitre des effectifs, un sentiment de manque de contrôle ou d'absence de contrôle, de son milieu de travail et de ses horaires, le sentiment de ne pas se sentir apprécié, des conflits avec d'autres membres du personnel soignant, une insatisfaction liée au travail, la démotivation et le désengagement, et une incertitude quant aux perspectives d'emploi futures^{7*}.

ACTIONS RÉALISÉES

Jusqu'à maintenant, peu de mesures ont été prises pour contrer le présentéisme chez les résidents. Comme piste de solution, on a envisagé d'améliorer les horaires de travail. En fait, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a récemment paraphé une nouvelle entente collective qui abolit les gardes de 24 heures en se basant sur le fait que le surmenage nuit aux soins apportés aux malades et à la formation des résidents et à leur mieux-être. Un article traitant du présentéisme a récemment été publié dans la revue québécoise *L'Actualité médicale*.^{8*}

BESOINS IDENTIFIÉS

Il serait souhaitable que les programmes de formation des résidents incluent des lignes directrices officielles et clairement établies pour assurer un bon équilibre vie/travail. Le Collège royal envisage de faire du mieux-être une éventuelle compétence de base CanMEDS. Si cela se confirme, il se produira invariablement un changement graduel mais soutenu dans la culture de la formation médicale. L'aide à la gestion du mode de vie devrait aussi inclure la promotion de saines habitudes de vie comme l'accès à des centres de conditionnement physique au sein même de l'hôpital, la disponibilité d'aliments santé, des initiatives de perte de poids et de la formation en gestion du stress, centrées autour de la pleine conscience^{9, 10*}.

La formation des résidents passe invariablement par une prise de conscience du comportement de l'équipe. Ainsi, promouvoir et établir le mieux-être chez les résidents et réduire le présentéisme au minimum n'est possible que si on fait du même coup la promotion du mieux-être de l'équipe.

Une solution intéressante serait d'établir une liste de médecins disposés à rencontrer et à suivre les collègues résidents pour répondre à leurs besoins médicaux personnels. La faculté de médecine de l'Université McGill a conclu une entente avec une telle clinique à l'extérieur de la faculté, une clinique qui propose des heures d'ouverture prolongées pour pouvoir répondre aux besoins des résidents en matière de santé.

CONCLUSION

Le présentéisme chez les médecins résidents du Québec est le tueur silencieux de leur mieux-être. Ce phénomène n'est souvent ni pris en considération, ni reconnu, et il n'est pas étudié dans le cadre de leur formation au Québec, ce qui mène à une incapacité de mettre en place des mesures préventives. Les facultés de médecine, les programmes de formation, les précepteurs et les résidents eux-mêmes doivent être éduqués face au phénomène du présentéisme.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Johns G, *Attendance dynamics at work: the antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss*. J Occup Health Psychol;16: 483-500.
2. Widera E, Chang A, Chen HL, *Presenteeism: a public health hazard*. J Gen Intern Med;25: 1244-7.
3. Passalacqua SA, Segrin C, *The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift*. Health Commun;27: 449-56.
4. Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, Bakker AB, van de Wiel HB, Jacobs B, Gazendam-Donofrio SM, *Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors*. Psychol Health Med 2009;14: 654-66.
5. Jena AB, Baldwin DC, Jr., Daugherty SR, Meltzer DO, Arora VM, *Presenteeism among resident physicians*. JAMA;304: 1166-8.
6. Ripp J, Fallar R, Babyatsky M, David R, Reich L, Korenstein D, *Prevalence of resident burnout at the start of training*. Teach Learn Med;22: 172-5.
7. Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, Virtanen M, Westerlund H, Virtanen P, Oksanen T, Kivimäki M, Vahtera J, *Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees*. J Occup Environ Med;52: 830-5.
8. Mautone SG, *Toward a new paradigm in graduate medical education in the United States: elimination of the 24-hour call*. J Grad Med Educ 2009;1: 188-94.
9. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA, *Resident physician burnout: is there hope?* Fam Med 2008;40: 626-32.
10. Brown HE, Gilson ND, Burton NW, Brown WJ, *Does physical activity impact on presenteeism and other indicators of workplace well-being?* Sports Med;41: 249-62.

* Il est important de noter que le phénomène de présentéisme n'a pas fait l'objet d'études auprès des résidents. Les références ici présentées ont été tirées d'études de personnel non médical des secteurs public et privé.



Les défis actuels des diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU)

RECOMMANDATIONS

- # 1 Favoriser la mise en place d'un processus d'intégration rigoureux et supervisé débutant avant la résidence, pour faciliter l'intégration des diplômés internationaux en médecine dans les programmes de résidence, et ce, dans chaque faculté.
- # 2 Mettre sur pied un bureau pour diplômés internationaux dans chaque faculté dont le mandat serait de répondre aux besoins spécifiques des résidents internationaux et qui serait en mesure de comprendre les facteurs culturels particuliers.
- # 3 Développer un programme de mentorat bien organisé et systématique pour les diplômés internationaux en médecine devant s'amorcer avant le début de la résidence et se poursuivre durant la première moitié de la première année d'études postdoctorales (R1) des résidents.
- # 4 Superviser avec plus de rigueur les diplômés internationaux en médecine, en particulier durant les premières étapes de la formation.
- # 5 S'assurer que les diplômés d'origine étrangère parlent couramment la langue prédominante parlée dans leur milieu de formation.

ÉTAT DE LA SITUATION

Le Québec se situe au deuxième rang au Canada sur le plan des diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) (l'Ontario se classant première) et c'est au Québec qu'on retrouve la plus grande part d'étudiants étrangers venus du Moyen-Orient et de l'Asie¹. À l'heure actuelle, le programme de résidence des diplômés d'origine étrangère est basé sur le même programme d'études que celui des autres résidents du Québec. On justifie cela par le fait que les diplômés d'origine étrangère choisissent de se former au Québec. Cependant, cette approche suppose que les diplômés d'origine étrangère accèdent à la résidence avec un bagage scientifique et clinique équivalent à celui des résidents locaux. Or, cela n'est souvent pas le cas².

D'autres éléments qui alourdissent grandement le fardeau des DHCEU sont une connaissance insuffisante de la langue, l'acculturation et la discrimination. Les diplômés d'origine étrangère au Québec doivent parler couramment l'anglais ou le français, ou les deux. Toutefois, plusieurs d'entre eux ne maîtrisent pas ces langues comme ils le devraient ou tel qu'il est attendu d'eux dans leur milieu. Cela entraîne des difficultés évidentes dans les milieux cliniques et de formation autant pour les résidents que pour le programme de formation. L'acculturation, qui se définit comme l'ajustement psychosocial d'un individu nouveau venu dans un milieu culturel donné, constitue un autre élément majeur de stress pour les diplômés d'origine étrangère.

Aucun soutien à la transition standardisé n'est offert aux DHCEU au Québec, ce qui entraîne des contraintes supplémentaires à celles engendrées par la formation elle-même. Les diplômés d'origine étrangère font aussi face à de la discrimination de la part des malades, des collègues et des programmes de résidence³. Des efforts sont nécessaires pour aborder cette question délicate et importante.

Toutes ces difficultés se traduisent par une détresse profonde pour plusieurs résidents internationaux. En fait, environ la moitié des appels d'aide à la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) sont faits par des diplômés d'origine étrangère.

ACTIONS RÉALISÉES

Jusqu'à maintenant, certaines initiatives ont été mises de l'avant pour aider les DHCEU à mieux s'intégrer aux programmes de formation en résidence au Québec. En plus de la FMRQ et du *Programme d'aide aux médecins du Québec* (PAMQ) qui aident les DHCEU, une initiative récente du gouvernement a été mise en place par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec pour aider les DHCEU avant qu'ils n'amorcent leur résidence. Le programme offre des postes de stagiaire de courte durée à certains DHCEU dans deux hôpitaux, le Centre hospitalier St. Mary's et l'Hôpital de Verdun. Mais l'aide prend fin dès qu'ils accèdent à un programme de résidence. Il reste encore beaucoup à faire pour aider les DHCEU dans nos facultés.

BESOINS IDENTIFIÉS

Beaucoup de travaux et de recherches ont été entrepris, surtout aux États-Unis, pour tenter d'aborder les nombreuses facettes du problème auquel font face les DHCEU. D'abord, on a depuis longtemps suggéré que les DHCEU reçoivent une formation clinique supplémentaire⁴ et profitent d'un programme complet d'orientation conçu spécialement pour eux⁵. La formation clinique supplémentaire pourrait prendre la forme d'un programme préparatoire prérésidence et/ou d'une supervision plus complète durant la première année de résidence. Deuxièmement, les facultés de médecine devraient appuyer des mesures pour faciliter l'acculturation, ce qui doit inclure une formation linguistique adéquate et un enseignement des coutumes et des cultures locales⁶. Troisièmement, un programme de mentorat par les pairs devrait être mis sur pied et viser à faciliter l'intégration des DHCEU dans leurs programmes de formation⁷. Non seulement le mentorat offre-t-il une formation clinique supplémentaire, il permet aussi une intégration plus facile comme médecin résident au Québec. Finalement, les programmes de formation et les directeurs de programme devraient recevoir un soutien adéquat pour identifier et traiter, non seulement les besoins de formation spéciale des DHCEU, mais aussi la discrimination à leur égard.

CONCLUSION

Les besoins de formation et d'acculturation des DHCEU doivent être traités de façon plus systématique à l'échelle de toutes les facultés de médecine du Québec, compte tenu du nombre important de médecins en formation venus de pays étrangers. Autant les facultés que les programmes individuels et les résidents doivent aborder les grandes difficultés auxquelles doivent faire face les DHCEU au Québec.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Mok PS, Baerlocher MO, Abrahams C, Tan EY, Slade S, Verma S, *Comparison of Canadian medical graduates and international medical graduates in Canada: 1989-2007*. Acad Med;86: 962-7.
2. Part HM, Markert RJ, *Predicting the first-year performances of international medical graduates in an internal medicine residency*. Acad Med 1993;68: 856-8.
3. Desbiens NA, Vidaillet HJ, Jr., *Discrimination against international medical graduates in the United States residency program selection process*. BMC Med Educ;10: 5.
4. Levey GS, *Internal medicine and the training of international medical graduates: a time for open discussion and new approaches*. Ann Intern Med 1992;117: 403-7.
5. Zulla R, Baerlocher MO, Verma S, *International medical graduates (IMGs) needs assessment study: comparison between current IMG trainees and program directors*. BMC Med Educ 2008; 8: 42.
6. Atri A, Matorin A, Ruiz P, *Integration of international medical graduates in U.S. Psychiatry: the role of acculturation and social support*. Acad Psychiatry;35: 21-6.
7. Heal C, Jacobs H, *A peer support program for international medical graduates*. Aust Fam Physician 2005;34: 277-8.



Dettes et finances

RECOMMANDATIONS

- # 1 Informer les médecins résidents et leur offrir des formations en planification financière et tenue d'un budget.
- # 2 Promouvoir les services de consultation de planificateurs financiers.
- # 3 Mettre en garde les médecins résidents sur les pièges à éviter et sur les conséquences de l'endettement à court, moyen et long terme.
- # 4 Intégrer des objectifs de gestion financière aux cursus des facultés de médecine, en lien avec le rôle CanMEDS de gestionnaire.

ÉTAT DE LA SITUATION

La dette étudiante est omniprésente chez les étudiants et les résidents en médecine et pèse lourd au terme de la formation, et ce, malgré la perspective d'un poste et d'un salaire enviable quasi-assuré pour plusieurs. En effet, les opportunités d'emprunt sont à toutes fins utiles infinies et ce, dès le début de la formation en médecine.

Nous n'avons pas réalisé d'étude spécifique sur l'endettement des médecins résidents mais, selon les informations dont nous disposons, le niveau d'endettement serait d'environ 4 fois plus élevé en comparant les médecins résidents à des sujets du même âge dans la population générale. De plus, quarante pour cent (40 %) des médecins canadiens de moins de quarante ans rapportent une dette de plus de 250 000 \$; et 10 % d'entre eux, de plus de 500 000 \$³.

Les montants versés en prêts et bourses par le gouvernement sont souvent largement insuffisants pour couvrir les dépenses scolaires et personnelles, obligeant ainsi les étudiants en médecine à emprunter ailleurs, puisque les exigences de leur formation les empêchent d'occuper un autre emploi, et ce, dès l'externat. Certains documents soulignent que plus de la moitié des médecins ont effectué d'autres études avant d'entrer en faculté de médecine, ce qui a pour effet d'augmenter le montant et la durée de l'endettement.

L'importance de la dette et le fardeau financier sont souvent source de stress et cause de conflit. Une étude réalisée auprès de 35 personnes surendettées et publiée par le Centre d'intervention budgétaire et sociale de la Mauricie (CIBES) en 2008 concluait que 92 % des surendettés se sentent déprimés; 95 % se disent anxieux, 85 % font de l'insomnie; 61 % souffrent de fatigue chronique; 6 % ont un diagnostic d'épuisement professionnel et 23 % de dépression⁵. Une autre étude réalisée par Collier et al. démontre une association importante entre le niveau de dette et les symptômes dépressifs,

Plusieurs médecins résidents pensent à tort qu'ils n'ont pas le temps de s'occuper de leur gestion financière durant leur formation, que leur situation financière sera assurée une fois leur résidence terminée ou qu'ils n'ont pas assez de revenus pour rembourser leur dette d'étude.

Et pourtant, il y a, depuis quelques années, une augmentation notoire du nombre de jeunes médecins en péril financier. Plusieurs ont déclaré faillite, mais aucun n'a eu gain de cause, le registraire de faillite ayant décrété qu'une libération absolue des dettes ne pouvait être accordée en raison des revenus futurs de ces derniers¹.

ACTIONS RÉALISÉES

La Fédération des médecins résidents du Québec a négocié des ententes avec des partenaires financiers qui comprennent des séances d'information de groupe ou individuelle pour les médecins résidents, afin d'améliorer leurs connaissances sur le plan de la planification financière et de la gestion de leurs avoirs. Ces présentations sont disponibles sur demande. Par ailleurs, la FMRQ a diffusé des conseils sur les dangers d'emprunter sur la base d'un salaire éventuel, tant dans ses bulletins trimestriels que dans l'*Actualité médicale*.

BESOINS IDENTIFIÉS

Une bonne planification financière devrait faire partie des interventions de prévention en matière de santé des médecins résidents. La FMRQ a négocié des ententes avec des partenaires des secteurs financiers et bancaires permettant d'outiller les médecins résidents avec des modèles de budget et des guides de planification financière. La FMRQ encourage la tenue d'un budget et la consultation d'un planificateur financier, d'un comptable ou même d'un commis à la facturation afin d'éviter de compromettre l'avenir financier des médecins résidents⁴.

Certaines facultés de médecine ont intégré des formations sur la gestion financière au sein de leur cursus, surtout au niveau pré-doctoral. L'ensemble des facultés devraient emboîter le pas et fournir les ressources académiques nécessaires à la prévention de ce problème.

CONCLUSION

La gestion financière est une affaire individuelle mais, compte tenu de la durée de la formation en médecine, il est primordial que tous les intervenants et organismes en lien avec les médecins résidents soient conscients de l'impact de l'endettement sur la santé de ces derniers et sur leur performance sur le plan académique. Devant ce constat, tous doivent agir pour prévenir et éviter l'endettement excessif durant la formation postdoctorale.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Bernier, M. *Personne n'est à l'abri de la faillite... en particulier les médecins résidents*. L'Actualité médicale. Le mot du président, FMRQ. Octobre 2005
2. Canadian Association of Interns and Residents et Canadian Federation of Medical Students. *Canada Student Loans: a Proposal for Interest and Debt Relief for Medical Resident*. Septembre 2005.
3. Corvallis, C. National Review of Medicine, *For Young MDs, debt can be a difficult pill to swallow. Financial institutions love to lend you money, but beware. Here's how to beat back your debt*. Essential News for Canada's Physicians, Vol. 4, N° 14, Août 2007.
4. FMRQ, Site Internet. Services aux membres. www.fmrq.qc.ca/formation-medicale/info.cfm?cfgsection=servicesauxmembres
5. Rioux-Soucy, L.M. *Les personnes surendettées paient de leur santé*. Le Devoir, 21 mars 2008.



Conditions et climat de travail

RECOMMANDATIONS

- # 1 Assurer le respect de l'entente collective par les établissements, les patrons et les résidents-coordonnateurs, ainsi que par les médecins résidents de la FMRQ.
- # 2 Mettre en place des politiques visant à réduire la sollicitation auprès des médecins résidents lors des gardes, notamment en diminuant le nombre d'appels et l'utilisation du téléavertisseur, et en réduisant le nombre des demandes cliniques imposées aux résidents (établissements de protocoles dans les différents établissements et services).
- # 3 Enseigner des moyens pour faire face aux longues heures de travail au sein des cursus de formation.
- # 4 Définir les notions de transferts de garde comme une compétence essentielle dans les objectifs d'enseignement des médecins résidents.
- # 5 Allouer un temps privilégié à l'accomplissement de tâches non cliniques déjà prévues à l'horaire des médecins résidents.

ÉTAT DE LA SITUATION

Les médecins résidents sont confrontés à une charge de travail clinique importante. Au Québec, l'horaire de travail régulier est habituellement compris entre 8 h et 18 h et peut, en vertu de l'entente collective, se prolonger jusqu'à 20 h, bien souvent sans période de repas fixe ou pause. Les résultats d'un sondage effectué auprès des médecins résidents du Québec révèlent que la semaine moyenne du médecin résident se situe autour de 50 heures d'activités cliniques¹. Durant cette période, les médecins résidents sont constamment exposés aux limites du système de santé. Ils sont en première ligne et confrontés à la sur-sollicitation due au nombre de plus en plus élevé de patients ayant des problèmes médicaux et sociaux toujours plus complexes. La lourdeur de la tâche entraîne souvent une insatisfaction. Certains médecins résidents québécois, qui seraient tentés de changer de spécialité ou de quitter la médecine, travaillent en moyenne plus d'heures par semaine, sont moins satisfaits des aspects organisationnels liés au travail et vivent davantage de conflits travail-famille que les autres¹.

Enfin, le système universitaire exige également des médecins résidents du travail non clinique. Que ce soit l'enseignement, la préparation de présentations magistrales, la recherche, les activités académiques de formation et les examens, les demandes non cliniques sont nombreuses et occupent une partie non négligeable du temps de repos qu'il reste au résident.

ACTIONS RÉALISÉES

Au cours des cinq dernières années, la Fédération des médecins résidents du Québec a travaillé à la révision des horaires de garde en établissement et au nombre consécutif d'heures de travail exigé des médecins résidents. De plus en plus d'études relatent l'impact négatif de la privation de sommeil tant pour la santé des médecins résidents que pour la sécurité de leurs patients. Depuis le 1^{er} juillet 2012, le nombre maximal d'heures de travail consécutives est passé de 24 à 16 h. Cette mesure est liée à la nouvelle entente collective de la FMRQ, de même qu'à une décision arbitrale rendue le 7 juin 2011, laquelle invalide les modalités de l'entente collective sur la question des gardes en établissement, sur la base de la *Charte canadienne des droits et libertés* et de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec.

Le soir et la nuit, soit, entre 17 h et 8 h, les médecins résidents constituent, la plupart du temps, la majorité des effectifs médicaux présents dans les établissements où ils sont en stage. Heureusement, le réaménagement des horaires de gardes en établissement à un maximum de 16 h consécutives aura très certainement un effet positif sur la santé des médecins résidents et sur la sécurité de leurs patients. Plusieurs publications ont été diffusées par la Fédération à ce sujet.

BESOINS IDENTIFIÉS

En ce qui a trait aux horaires de travail, il est essentiel que l'entente collective soit respectée par les établissements, les patrons, les résidents-coordonnateurs ainsi que par les médecins résidents. Un changement de culture et l'instauration d'une politique dans les divers programmes de résidence sont essentiels afin d'éviter la sur-sollicitation des tâches cliniques auprès des résidents. Une période de transition est nécessaire afin d'implanter progressivement les nouveaux horaires de garde, sans oublier de mettre l'accent sur la mise en place de protocoles ou moyens visant à améliorer le processus de transfert de patients, afin d'assurer des soins optimaux. Les programmes de formation devraient prévoir du temps privilégié sous forme de demi-journées ou journées ou encore de périodes libres de toute responsabilité clinique, soit pour les activités académiques ou l'étude d'examens. Le temps de recherche devrait aussi être protégé et des périodes de stage spécifiquement dédiées à la recherche devraient être mises en place, si un projet de recherche est requis dans le cadre de la formation du médecin résident. Il serait également intéressant de mettre en place des services de centres sportifs, des initiatives pour la perte de poids ou pour la gestion du stress.

CONCLUSION

Malgré les nombreux changements, notamment l'abolition des gardes de 24 heures en établissement et leur réaménagement à un maximum de 16 h consécutives, les médecins résidents demeurent sur-sollicités durant leur formation et peuvent compromettre les soins prodigués ainsi que leur propre qualité de vie. Il est important de favoriser un climat d'apprentissage optimal pour les médecins résidents afin de contrebalancer le déséquilibre causé par les nombreuses exigences de la profession.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Mathieu, Caroline et Mathieu, Cynthia. *Sondage auprès des médecins résidents du Québec*, présenté lors de la rencontre du RUQSREM, 25 novembre 2011.

PREM

RECOMMANDATIONS

- # 1 Offrir davantage d'opportunités d'obtenir de l'information sur les PREM pour les médecins résidents.
- # 2 Assurer l'élimination des postes dits «virtuels» actuellement affichés au plan quinquennal, pour assurer l'installation de tous les médecins formés au Québec là où sont les vrais besoins.
- # 3 Reconnaître le niveau de stress important vécu par les médecins résidents en raison des contraintes qu'imposent les PREM.

ÉTAT DE LA SITUATION

Les PREM ont été établis en 1987 afin de favoriser une meilleure répartition des médecins dans les différentes régions du Québec. Cependant, de nombreux problèmes ont surgi depuis, faisant remettre en doute la pertinence des PREM et leur capacité à garder les médecins au Québec. Parmi les situations problématiques, on dénote les postes virtuels, les postes en solo en région éloignée, la capacité limitée d'accueil des centres hospitaliers, la date d'adoption des PREM et leur resserrement de plus en plus important, les médecins sélectionnés, les postes en milieu universitaire pour des fellows et l'octroi des avis de conformité en médecine familiale.¹

En effet, la gestion des effectifs médicaux au Québec a connu beaucoup de bouleversements dans les dernières années. Cela a un impact direct sur les médecins résidents, dont la plupart souhaitent pratiquer au Québec². Les opportunités de recrutement commencent à manquer dans plusieurs spécialités, incluant la médecine familiale dans certaines régions, et parmi celles qui sont disponibles, de moins en moins rencontrent les objectifs de carrière des résidents finissants. Au terme de nombreuses années de formation, les résidents doivent donc trouver leur voie dans les méandres d'une politique gouvernementale coercitive et excessivement rigide afin de déterminer où ils pratiqueront.

Le Groupe de travail ad hoc sur l'évaluation des opportunités de recrutement pour les médecins résidents québécois au terme de leur formation médicale postdoctorale⁴ a identifié huit spécialités pour lesquelles les opportunités de recrutement risquent de ne pas permettre à tous les finissants de travailler au Québec: la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'urologie,

la radio-oncologie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie. Les raisons évoquées pour expliquer ce «surplus» apparent de médecins sont généralement liées à la limitation de l'accès aux plateaux techniques (dont l'élaboration peut demander beaucoup de temps), à une mauvaise évaluation des besoins et aux budgets restreints³, et au manque de ressources humaines.

En mai 2012, un sondage réalisé auprès de l'ensemble des résidents inscrits en programmes de spécialités au Québec (n= 986; dont 215 résidents finissants) révèle que près de 50% des finissants ne détiennent pas de PREM deux mois avant la fin de leur formation². Bien que les résidents ne détenant pas de PREM aient déjà débuté des démarches, cette incertitude professionnelle à moins de deux mois de l'entrée en pratique, dans une période déjà exigeante de la formation, est une source considérable de stress pour les médecins résidents. C'est 55,6 % de l'ensemble des médecins résidents qui évaluent le stress associé à la recherche d'un poste comme élevé ($\geq 8/10$). Cette proportion présente une corrélation positive avec le niveau de résidence ($r = 0,992$; $p < 0,05$) pour atteindre 62,4 % chez les finissants. Cette situation est d'autant plus préoccupante pour les finissants que ces démarches se font souvent durant la période d'étude et de réalisation des examens de certification. Également, les activités cliniques deviennent de plus en plus exigeantes à l'aube du passage à la pratique complètement autonome de leur discipline, sans compter l'aspect plus pratique de l'installation dans une nouvelle ville pour plusieurs d'entre eux et leur famille.

Selon les médecins résidents, parmi les obstacles qui nuisent au processus, se trouvent le manque de postes dans leur spécialité (48 % des cas) et le manque d'attrait des postes affichés (22 % des cas). La présence de postes virtuels (des postes affichés mais dont le recrutement n'est pas réellement actif) est également un obstacle majeur, qui vient aggraver le manque d'opportunités de recrutement. Une soixantaine de situations problématiques en lien avec des postes virtuels ont été consignées pour l'année 2012 seulement, et cette liste n'est pas exhaustive puisqu'elle tient compte uniquement de ceux rapportés par les médecins résidents.

De plus, une proportion significative de médecins résidents n'a pas confiance d'obtenir un poste dans le milieu de son choix (67,9 %) ou d'obtenir un poste au Québec (35,9 %). La difficulté de trouver un poste au Québec se répercute sur les choix de vie des médecins résidents. En effet, les finissants sont davantage poussés que leurs collègues non finissants à chercher un poste à l'extérieur du Québec ou à vouloir pratiquer comme «médecin dépanneur», lorsqu'ils ne détiennent pas de PEM/PREM ($p < 0.0001$)².

ACTIONS RÉALISÉES

- Mise en place du Comité ad hoc sur les effectifs médicaux (CADEM)
- Organisation, entre autres via les associations locales, de rencontres d'information sur les PREM pour les résidents
- Tenue, sur une base annuelle, des Journées Carrière Québec et hors Québec
- Bulletin de la FMRQ, Janvier 2011 : *Les PREM : état de la situation et mode d'emploi*
- Colloque sur les PREM en médecine familiale
- Sondage auprès des médecins résidents finissants (R3 et plus) sur une base annuelle
- Appui individuel ou collectif (spécialités visées), selon le cas, des dossiers des médecins résidents à la recherche d'un poste au Québec
- Interventions ciblées auprès des instances concernées (fédérations médicales, facultés, ministère de la Santé et des Services sociaux) visant à assurer un poste au Québec à tous les médecins formés dans nos facultés de médecine

BESOINS IDENTIFIÉS

- Augmenter les mesures et outils afin de faciliter le processus de recherche d'un poste au Québec :
 - augmenter les séances d'information sur le processus;
 - former et impliquer les directeurs de programmes et autres intervenants du réseau sur les modalités d'obtention d'un poste (PEM et PREM);
- Augmenter les opportunités de recrutement pour qu'elles offrent un choix de postes supérieur au nombre de médecins résidents finissants au Québec;

- Limiter le recrutement de médecins étrangers aux besoins qui ne peuvent être comblés par des médecins formés au Québec, notamment dans les spécialités où l'on retrouve un surplus réel ou potentiel d'effectifs médicaux;
- Tenir, sur une base annuelle, une journée d'information et de formation sur les PREM, pouvant être jumelée à la Journée Carrière Québec;
- Assurer une vigie en continu des postes virtuels et identifier les PREM virtuels :
 - Former les médecins résidents pour qu'ils puissent identifier les PREM virtuels;
 - Favoriser l'identification des problématiques spécifiques à chaque milieu menant aux PREM virtuels (e.g. plateau technique, refus des médecins en poste de diviser le débit clinique), pour y apporter des correctifs.

CONCLUSION

L'obtention d'un PREM au Québec est un processus stressant et la situation actuelle de manque de postes dans certaines spécialités ne fait qu'accentuer les difficultés déjà éprouvées par les médecins résidents pour trouver un milieu de pratique qui correspond à leurs compétences, à leurs aspirations professionnelles et personnelles, et en conformité avec les besoins de la population. Différentes mesures peuvent être mises en place pour faciliter ces démarches et réduire l'impact négatif entourant la recherche d'un poste, particulièrement dans un contexte de fin de formation et de préparation des examens de certification. Les intervenants et organismes concernés par la planification et la répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois doivent amorcer une réflexion en profondeur sur l'avenir des PEM et des PREM, dans le contexte actuel.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Fédération des médecins résidents du Québec. *L'impact des PREM sur la répartition des effectifs médicaux*. Bulletin FMRQ. Mai 2005, 27(3).
2. Hallet J. Fédération des médecins résidents du Québec. *Postes régionaux d'effectifs médicaux au Québec*; 2012 Mai 2012.
3. Fédération des médecins résidents du Québec. *Les PREM: États de la situation et mode d'emploi*. Bulletin FMRQ. 2011 Jan.;33.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Rapport du Groupe de travail ad hoc sur l'évaluation des opportunités de recrutement pour les médecins résidents québécois au terme de leur formation postdoctorale*. Remis à la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec. Le 18 mars 2011.



Transition résidence-pratique

RECOMMANDATIONS

- # 1 Favoriser une révision sur le plan pédagogique du processus privilégié pour les examens de certification, pour éviter les répercussions néfastes sur la santé et le travail des médecins résidents.
- # 2 Limiter les sources de stress supplémentaires durant la préparation aux examens et favoriser les initiatives permettant l'octroi de temps protégé pour l'étude.
- # 3 Intégrer l'apprentissage du nouveau rôle de professionnel en pratique pour les médecins résidents, en mettant en place des mécanismes favorisant l'apprentissage des aspects administratifs liés au début de pratique (inscription aux sociétés professionnelles, gestion financière, administration du système de santé, etc.)
- # 4 Favoriser les exercices pratiques (simulations d'examens) afin d'outiller les finissants et assurer leur réussite.
- # 5 Fournir des informations sur le processus de formation médicale continue, en collaboration avec les facultés de médecine et les organismes de certification et initier les médecins résidents à ces outils en fin de formation.

ÉTAT DE LA SITUATION

À la fin de sa formation, le médecin résident se prépare à entrer dans une nouvelle étape de sa vie professionnelle: la pratique autonome de la médecine. Cette transition de la résidence à la pratique touche de nombreux aspects de la vie du médecin résident et nécessiterait que des mécanismes de soutien soient mis en place. À l'heure actuelle, ce soutien varie d'un milieu et d'un programme de formation à l'autre quand il n'est pas inexistant, ce qui entraîne un stress significatif pour le médecin résident. Une approche globale de soutien à la transition vers la pratique est donc souhaitable.

Nouveau rôle professionnel

Entre le moment où se termine officiellement sa formation spécialisée, et celui où commence sa pratique autonome, le médecin résident change drastiquement de statut et de rôle et, comme médecin autonome, il doit faire face à des exigences nouvelles et toujours croissantes. Désormais, il porte seul la responsabilité de ses décisions cliniques tout en s'assurant de sa propre formation continue. Cette transition demande à l'individu de modifier sa façon de voir les choses, tout comme son mode de fonctionnement².

Ainsi, la réussite des examens de certification ne signifie pas la fin de la formation, qui se poursuivra sous d'autres formes pendant toute la carrière du médecin. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont mis en place des processus permettant d'encadrer la formation médicale continue, mais cette démarche n'est pas intégrée dans le cadre de la formation. Selon le CRMCC, la certification devrait d'ailleurs signifier l'entrée dans une nouvelle phase de formation¹. Cette formation n'est plus régie par un curriculum standardisé et prédéfini, ni cautionnée par des évaluations régulières. Les normes de performance ne sont pas clairement standardisées; il n'existe pas de rétroaction⁴. Chacun devient responsable de sa propre formation et performance. Malheureusement, les médecins résidents ne semblent pas préparés adéquatement à effectuer ce changement.

Les médecins enseignants et les organismes qui les représentent, qui incluent les facultés et les collèges accréditeurs, doivent faciliter la transition vers la pratique, en optimisant l'acquisition de ce nouveau rôle d'apprenant. La transition pourrait s'amorcer pendant la formation postdoctorale, en fournissant au médecin résident l'encadrement et le support nécessaires à établir des modes de fonctionnement qui le suivront tout au long de sa carrière. Sans effacer entièrement le stress associé au nouveau rôle professionnel à assumer en pratique, cela permettrait de l'amoinrir et d'optimiser le début de pratique. Cette approche a d'ailleurs été proposée par un groupe de réflexion du CRMCC dirigé par Jocelyn Lockyer, en janvier 2011¹.

Examens de certification

L'une des plus grandes sources de stress pour les médecins résidents est sans contredit la préparation et la réussite des examens de certification. L'étude pour les examens finaux débute au minimum un an avant de s'y présenter, pour culminer en une période d'étude intensive de quatre à six mois. La quantité de connaissances à consolider en vue des examens est considérable et l'enjeu, de taille : l'achèvement de maintes années de travail et l'avenir professionnel du médecin se scelleront en quelques heures.

Pendant la période d'étude intensive, les médecins résidents étudient parfois plus de 10 heures par jour, auxquelles s'ajoutent celles qu'imposent les responsabilités cliniques liées aux stages. Les heures de travail clinique consécutives prolongées et la fatigue accumulée ont déjà été prouvées néfastes à l'attention, la performance et la qualité de vie des médecins résidents, se répercutant même sur les soins aux patients^{6, 8}. Cela a été aussi reconnu par les récents travaux sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada⁵ et par les organismes d'accréditation américains, qui ont choisi de limiter le nombre d'heures travaillées par les résidents aux États-Unis⁷. Au Québec, un maximum de 16 heures consécutives de travail est maintenant la norme, tel que stipulé à l'article 12 de l'entente collective 2010-2015 survenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins résidents du Québec, en décembre 2011.

L'impact des heures d'études prolongées en sus du travail clinique n'a pour sa part jamais été évalué. On peut cependant estimer que l'effet pourra être similaire à celui observé en lien avec les heures de travail, ce qui doit être pris en compte. On ne peut par ailleurs pas occulter les effets du stress et de la fatigue qui en découlent sur la qualité de vie des résidents, mais aussi sur la qualité de leur travail.

Tel que mentionné dans le projet sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada, le climat de travail et d'apprentissage influencent directement la rétention⁵. Ainsi, la disposition pour l'apprentissage clinique et l'atteinte de compétences cliniques complexes en fin de formation souffrent certainement de la période d'étude intensive à laquelle sont contraints les résidents finissants. Or, ces compétences apparaissent plus importantes pour la pratique future que le score aux examens. En effet, les études qui ont évalué l'association entre la performance aux examens de certification et la réussite en pratique n'ont pas pu démontrer de corrélation concluante⁹. Ainsi, le stress et la charge de travail occasionnés par l'étude des examens de certification se fait potentiellement au détriment de la formation du médecin résident.

Préparation à l'installation en pratique

De nombreux aspects de la gestion de la pratique médicale sont nouveaux pour les médecins résidents lorsqu'ils terminent leur formation : inscription aux sociétés professionnelles, gestion financière, administration du système de santé, etc. Certaines études américaines ont d'ailleurs observé que ces aspects importants de la pratique mériteraient d'être davantage explorés pendant la formation postdoctorale^{10, 11}.

Ces démarches sont pour la plupart longues, complexes et coûteuses et offrent bien peu de soutien aux médecins résidents à cet égard, et cela survient pendant une période d'étude intense et stressante en fin de formation.

Il apparaît donc essentiel que les médecins résidents soient informés en temps opportun de l'ensemble des démarches à entreprendre, et qu'ils soient supportés adéquatement de sorte à ce qu'elles soient facilitées.

ACTIONS RÉALISÉES

- Collaboration à la révision en profondeur du processus d'évaluation des compétences des médecins en formation par les organismes accréditeurs (CRMCC, CMFC et CMQ), de manière à favoriser un climat d'apprentissage optimal, notamment à l'approche des examens, et une transition harmonieuse de la résidence vers la pratique.
- Interventions auprès des collègues sur les différents enjeux liés à la formation en médecine.
- *Le Bulletin* de la FMRQ, Décembre 2009 : *De la résidence à la pratique : votre guide*

BESOINS IDENTIFIÉS

Nouveau rôle de professionnel en pratique

Intégrer l'apprentissage du nouveau rôle de professionnel en pratique dans la formation en résidence.

Fournir des informations sur le processus de formation médicale continue, en collaboration avec les facultés de médecine et les organismes de certification (CRMCC, CMQ, CMFC), et initier les médecins résidents à ces outils en fin de formation.

Examens de certification

- Favoriser une révision du processus d'évaluation des compétences et, plus particulièrement, du moment auquel sont intégrés les examens de certification dans le cursus, par les organismes qui dispensent cette certification.
 - Éviter de trop espacer les composantes écrite et orale de la certification dans les spécialités autres que la médecine familiale.
 - Devancer les examens de certification dans le cours de la formation, afin de favoriser la consolidation des acquis dans la dernière année de résidence.
- Limiter les sources de stress supplémentaires en fin de formation.
- Offrir du temps d'étude protégé pour les médecins résidents qui se présentent aux examens vers la fin de leur formation.
- Éviter l'ajout d'exigences académiques supplémentaires durant la dernière année de formation.

Préparation à l'installation en pratique

- Mettre en place des mécanismes de soutien à l'entrée en pratique en collaboration avec les programmes de formation et les organismes d'accréditation :
 - créer une source commune d'information sur le début de pratique (plateforme Internet), en collaboration avec les différents intervenants du réseau;
 - offrir des séances d'information sur le début de pratique à l'automne de la dernière année de formation;
 - publiciser les services déjà existants.

CONCLUSION

La transition vers la pratique est la dernière étape de la formation d'un médecin et les différentes composantes de la fin de la résidence et du début de la pratique entraînent un stress supplémentaire délétère à la santé du médecin résident finissant. Plusieurs actions supportant, entre autres, l'installation en pratique et une préparation adéquate aux examens de certification peuvent être mises en place pour minimiser l'impact négatif de cette période de transition.

ARTICLES/DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Lockyer J, Silver I, Wilson K, Oswald A, Sherbino J, Bullock G. *The Continuum of Medical Education*. Canada TRCOPASO, editor. 2011;:1–15.
2. Wilkie G, Raffaelli D. *In at the deep end: Making the transition from SpR to consultant*. *Adv in Psychiatric Treatment*. 2005;(11):107–14.
3. Royal College: About CanMEDS [Internet]. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; [cited 2012]. Available from: <http://www.royalcollege.ca/public/resources/aboutcanmeds>
4. Sargeant J, Armonson H, Chesluk B, Dornan T, Eva K, Holmboe E, et al. *The processes and dimensions of informed self-assessment: a conceptual model*. *Acad Med*. 2010 Jul.;85(7):1212–20.
5. Laforce G. *A collective vision for the postgraduate medical education in Canada*. 2012;:1–48.
6. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. *Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units*. *N. Engl. J. Med*. 2004;351:1838–48.
7. Czeisler, Blum, Shea, Landrigan, Leape. *Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety*. *NSS*. 2011 Jun.;:47.
8. Fédération des médecins résidents du Québec. *Heures de travail et horaires de garde en 2009*. *Bulletin FMRQ*. 2009 Oct.;32.
9. Hamdy H, Prasad K, Anderson MB, Scherpbier A, Williams R, Zwierstra R, et al. *BEME systematic review: Predictive values of measurements obtained in medical schools and future performance in medical practice**. *Med Teach*. 2006 Jan.;28(2):103–16.
10. Lynch et al. *Family Practice Graduate Preparedness in the Six ACGME Competency Areas: Prequel*, *Fam Med* 2003.
11. McDonnell et al. *Perceptions of Recent Ophthalmology Residency Graduates Regarding Preparation for Practice*, *Ophthalmology Volume 114, Number 2, February 2007*.