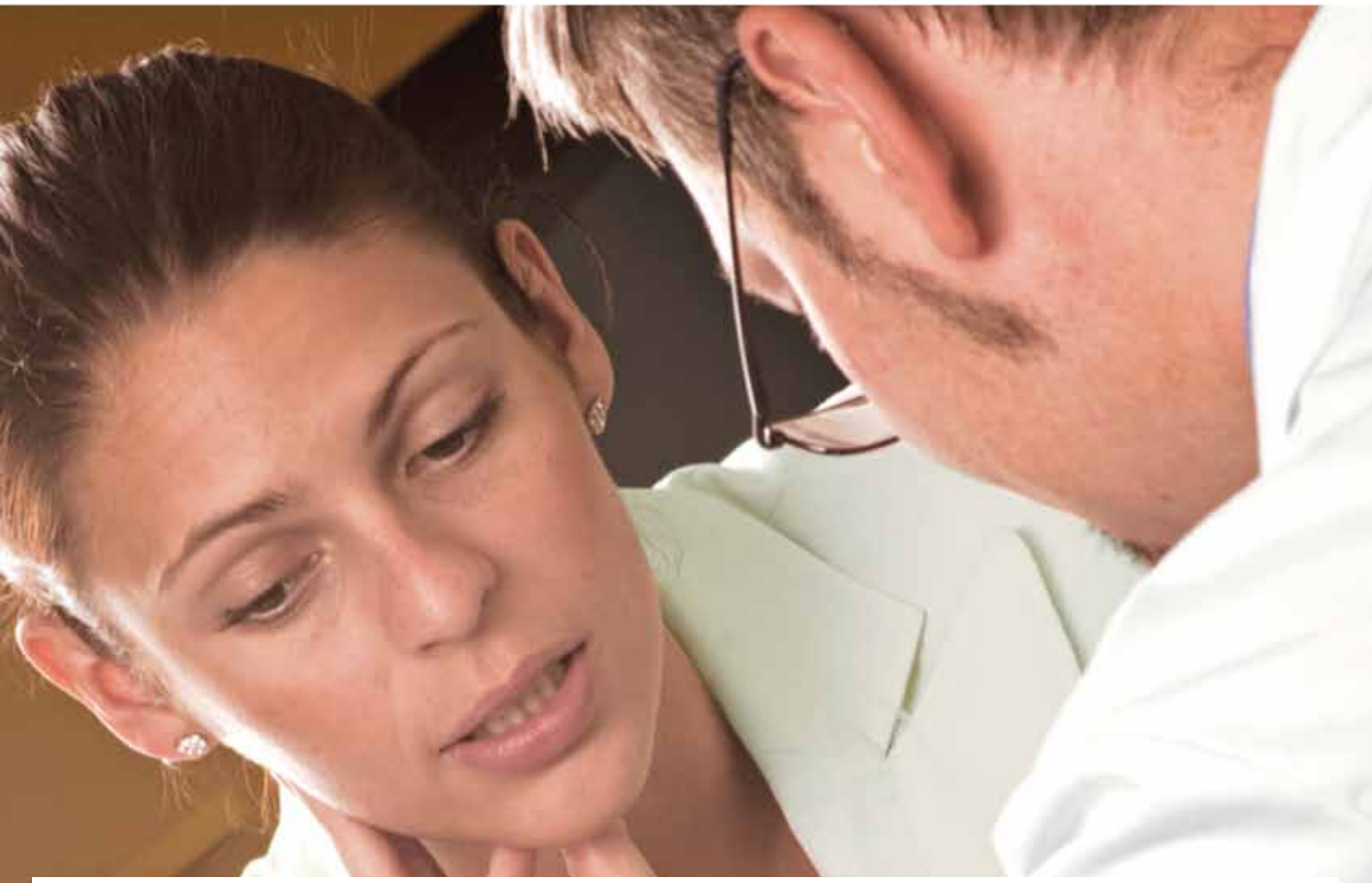
# Guide CanMEDS pour la santé des médecins

## Un manuel pratique pour la santé et le mieux-être des médecins

**Rédacteurs:** Derek Puddester ◊ Leslie Flynn ◊ Jordan Cohen



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA | CanMEDS

COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA | CanMEDS

# Guide CanMEDS pour la santé des médecins

## Un manuel pratique pour la santé et le mieux-être des médecins


**Rédacteurs :**

**Derek Puddester, MD MEd FRCPC**
Professeur agrégé, Département de psychiatrie
Directeur, Programme de bien-être du corps professoral, Faculté de médecine
Université d'Ottawa

**Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC**
Directrice du programme, Formation médicale continue
Professeur agrégé, Départements de psychiatrie et médecine familiale
Université Queen's

**Jordan Cohen, MD FRCPC**
Professeur clinicien adjoint, Département de psychiatrie, Faculté de médecine
Directeur des Affaires étudiantes, Éducation médicale prédoctorale
Université de Calgary

**Rédacteur de la série :**

**Jason R. Frank, MD MA(Ed) FRCPC**
Directeur associé, Bureau de l'éducation
Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

Guide CanMEDS pour la santé des médecins
Un manuel pratique pour la santé et le mieux-être des médecins

Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada
774 promenade Echo
Ottawa, Ontario K1S 5N8 Canada
TÉL : 613-730-8177
SANS FRAIS : 1-800-668-3740
TÉLÉC: 613-730-3707
SITE-WEB : royalcollege.ca/canmeds
COURRIEL : canmeds@rcpsc.edu

Droit d'auteur © 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada
Tous droits réservés.
Ce document peut être reproduit en totalité pour des find éducatives, personnelles ou non commerciales publiques seulement.
Il faut obtenir l'autorisation écrite du Collège Royal pour toutes les autres utilisations.

Imprimé à Ottawa (Ontario) Canada. Premiére impression

Photos sur la page couverture
Photo principale tirée de iStockphoto LP
Autres photos gracieuseté d'Angela Hubbard, pris à l'Hôpital d'Ottawa.
Photos à l'intérieur d'Angela Hubbard et de iStockphoto LP.

ISBN: 978-1-926588-06-3

Comment citer ce document en référence:

Puddester D, Flynn L, Cohen J. 2009. Guide CanMEDS pour la santé des médecins : Un manuel pratique pour la santé et le mieux-être des médecins. Ottawa: Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Cette publication est dédiée à Michael F. Myers, MD FRCPC, pionnier dans le domaine de la santé des médecins

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Avant-propos : Moment propice pour un guide pratique concernant la santé et le bien-être des médecins

Jason R. Frank, MD MA(Ed) FRCPC; Jon Cormier, MA; Cynthia Abbott, MPl; et Sarah Taber, MHA/MGSS

« La santé des médecins » est un sujet émergent en médecine et ce livre marque un autre jalon dans son évolution. Comme l'a mentionné le Dr Puddester dans l'introduction, l'expression était autrefois utilisée comme euphémisme pour décrire un problème de dépendance chez un clinicien. Nous avons fait beaucoup, beaucoup de chemin depuis ce temps. De nos jours, le sujet a pris de l'expansion en envergure et en profondeur. Nous vivons à une époque où il y a pénurie mondiale de professionnels de la santé et aucun espoir de soulagement n'est en vue durant notre vie professionnelle. Plus que jamais, nous avons besoin que chaque professionnel de la santé disponible vive une vie aussi saine que celle qu'il ou elle préconise à ses patients. Durant une période d'intensité grandissante, d'imputabilité, de bouleversements et de rareté des soins de santé, nous devons aussi soutenir les professionnels de la santé pour qu'ils aient eux aussi une pratique durable. De nombreux chefs de file avant-gardistes ont élaboré la santé des médecins non seulement comme champ de pratique, mais aussi d'érudition, et avant tout, comme un impératif. Dans cette publication, Puddester, Flynn, Cohen et leurs collaborateurs répondent à cet appel. Des professionnels et des érudits chefs de file ont mis ensemble leurs réflexions pour en faire un ouvrage à une niche unique : une source d'information accessible, utile, facile à utiliser pour ceux qui réfléchissent à la santé et au mieux-être des médecins et l'enseignent. De la toxicomanie aux zeitgebers en passant par la planification financière et professionnelle, le *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est une précieuse source d'information.

*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est la toute dernière ressource produite par le programme national de perfectionnement professoral du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ce programme appuie l'enseignement et l'évaluation des rôles CanMEDS en médecine en produisant du matériel d'information et des ateliers de formation des formateurs concernant chacun des sept domaines de compétence identifiés chez les médecins. *Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* porte spécifiquement sur le rôle de Professionnel, un domaine relié à la capacité des médecins de manifester leur engagement à l'endroit de leur santé et d'une pratique durable.

Comme Professionnels, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels. Par ailleurs, en se dévouant de la sorte au service de la santé des autres et aux soins qu'ils leur prodiguent, les médecins peuvent perdre de vue leurs propres besoins sur le plan de la santé. *Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* a été produit en se fondant sur le principe que des médecins en santé sont un ingrédient essentiel à l'excellence des soins.

*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est une introduction au large spectre des facettes qui constituent la santé des médecins. Sous forme de trousse à outils, cette publication est une source de renseignements facile d'accès que peuvent consulter tous les médecins pour vivre en meilleure santé. À l'aide de situations et de scénarios concrets, ce guide aidera les médecins à découvrir des stratégies pratiques et utiles pour faire l'expérience et la promotion du bien-être physique, émotionnel et spirituel.

Un panel d'experts a identifié les sujets dont il est question dans le *Guide CanMEDS pour la santé des médecins*. Ce sont des médecins qui travaillent avec d'autres médecins qui ont des problèmes de santé. Les experts en la matière ont été mis au défi de présenter leur sujet de manière simple, en double page, en commençant par une explication du sujet au lecteur, suivie d'un exemple de cas et de références additionnelles pour d'autres lectures. Ainsi, les lecteurs peuvent aisément accéder à l'information, quel que soit le sujet, et trouver un bref résumé des renseignements et des outils pour étudier le sujet plus en profondeur.

## Quel est le but du Guide CanMEDS pour la santé des médecins?

À mesure qu'évoluent et se perfectionnent les soins de santé contemporains, il en va ainsi du rôle du médecin. L'expression « santé des médecins » est devenue l'une des pierres angulaires pour améliorer la prestation des soins de santé, en partant du principe que des médecins en santé représentent un ingrédient essentiel pour prodiguer des soins de plus grande qualité. La médecine peut être une profession très satisfaisante, mais c'est aussi un travail très exigeant. Comme le montre ce guide, les menaces à la santé des médecins sont d'une grande diversité, allant d'une mauvaise alimentation à la gestion du stress en passant par les problèmes financiers – ce sont là des problèmes qui peuvent affecter et affectent d'ailleurs tous les médecins à un moment ou l'autre dans leur carrière.

Dans ce guide, chaque chapitre donne une introduction du sujet et fournit des renseignements pratiques pour comprendre l'enjeu. Chaque chapitre est conçu pour en faciliter l'accès, compte tenu de l'emploi du temps chargé de nombreux médecins. Non seulement ce guide sensibilise-t-il aux multiples divers problèmes que comporte le maintien d'une pratique durable, mais il offre aussi des solutions faciles à suivre à ces nombreux problèmes entourant la santé des médecins.

## Par qui ce guide a-t-il été produit?

*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* a été produit par des médecins en pratique active de toutes les régions du Canada et d'ailleurs, qui sont des experts dans le domaine sur lequel ils ont écrit.

## Comment l'information est-elle présentée?

Fondamentalement, il s'agit d'un guide pratique pour transiger avec les questions entourant la santé des médecins. *Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est structuré thématiquement en 11 sections qui portent sur les principaux domaines de la santé des médecins, y compris une section qui présente un bon nombre des ressources actuellement à la disposition des médecins pour les aider à répondre à leurs propres besoins en matière de santé. Chaque section est divisée en chapitres qui présentent les éléments précis dont sont constitués les thèmes plus généraux. Les chapitres sont présentés sous forme de double page, comportant des objectifs d'apprentissage spécifiques, un cas pratique et sa solution, des renseignements de base sur le sujet, les principales sources d'information et des exercices de réflexion.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

## Rôle de Professionnel CanMEDS

**Définition :** Comme *professionnels*, les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels.

**Compétences principales :**
*Les médecins peuvent…*

1. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique;
2. démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession;
3. démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.

Cette publication a pour but d'offrir une source de renseignements qui ne décrit pas seulement ce qui constitue la santé des médecins mais sert aussi de guide facile d'accès pour transiger directement avec les problèmes de santé des médecins. On y trouve un index de référence rapide à la fin du livre indiquant les principaux enjeux et les termes utilisés en ce qui a trait aux besoins des médecins en matière de santé. Chaque section a un code de couleur. Il est donc facile et simple de trouver des renseignements précis.

## À qui s'adresse ce guide?

Le Collège royal s'est engagé à produire des sources d'information sur l'éducation médicale, la compétence des médecins et les soins de qualité. *Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* a été conçu à l'intention de nombreux intervenants, dont les suivants :

**Professeurs de médecine**
Les professeurs de médecine auront en main une source d'information sur les principes de la santé des médecins. *Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* présente la multitude des facettes qui constituent la santé, le bien-être et la viabilité des médecins. Lorsqu'ils élaborent un programme d'enseignement ou tentent de répondre à des questions soulevées durant une séance didactique, ils pourront se servir du *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* pour présenter le sujet, donner des renseignements importants sur la question, proposer une étude de cas et sa solution, conseiller des sources d'information et des listes de lectures additionnelles sur le sujet. Ce guide explique plus en profondeur le rôle de Professionnel du cadre CanMEDS et peut servir à mettre en évidence les complexités de la santé des médecins et de la pratique durable.

**Cliniciens enseignants**
*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est aussi une source d'information pour les cliniciens enseignants de première ligne. Sa présentation conviviale est conçue pour faciliter l'enseignement au chevet des patients. Les cas s'inspirent des données probantes sur les besoins des patients, des points de vue de médecins en pratique, d'experts en la matière et de recherche empirique. Ce guide aide les enseignants à poser des questions éducatives efficaces qui permettent d'explorer la diversité des enjeux entourant la santé des médecins et qui mènent à une pratique durable.

**Résidents et étudiants**
*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est conçu pour répondre directement aux besoins d'apprentissage des étudiants en médecine et des résidents. Même si le guide donne des renseignements concernant le continuum de la pratique de la médecine, l'information est présentée pour montrer aux étudiants et aux résidents bon nombre des problèmes au quotidien qui peuvent nuire (et le font effectivement) à la santé des médecins. En plus de présenter des occasions d'apprentissage, cette publication offre des conseils pratiques à ceux qui sont en formation pour les aider à gérer leur propre santé. Elle leur présente les ressources à leur disposition, leur donne des conseils pratiques et les dirige vers des références utiles sur chaque sujet.

**Médecins en pratique active**
*Le Guide CanMEDS pour la santé des médecins* est une source d'information facile à consulter pour les médecins qui traitent d'autres médecins. Ce guide présente le « contexte général » de toutes les étapes du cycle de vie du médecin et les enjeux entourant sa santé. Tous les produits CanMEDS reposent sur le principe qu'ils sont conçus par des médecins pour des médecins. Les renseignements et les cas s'inspirent de scénarios que les médecins en pratique reconnaîtront. Parallèlement, les sources d'information identifiées dans le guide en font un outil puissant pour se garder en bonne santé.

Les auteurs et les rédacteurs ont accompli un travail exceptionnel dans le regroupement de tous ces renseignements précieux. Nous sommes convaincus que vous trouverez ce guide utile.

## Principale référence

Frank JR, réd. 2005. Professionnel. Dans *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*. Ottawa : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Accessible à crmcc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_f.pdf.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Table des matières

**Avant-propos** iv
**Équipe de rédaction** ix

**Section 1 - Introduction**
A. Buts et objectifs du guide 1
Derek Puddester
B. Cadre conceptuel de la santé des médecins 2
Derek Puddester
C. Rôle du Professionnel et santé des médecins 4
Leslie Flynn
D. Santé des médecins : analyse de cas 6
Edgardo Pérez and Karen J. Parsons
E. Attentes sociétales 8
Jordan Cohen

**Section 2 – Le médecin à titre individuel**
Introduction 11
Derek Puddester
A. Influence des valeurs et des convictions sur le bien-être du médecin 12
Derek Puddester
B. Pratique réfléchie 14
Derek Puddester
C. Intelligence émotionnelle 16
Derek Puddester
D. Leadership et habiletés en leadership 18
Derek Puddester

**Section 3 – Équilibre entre vie personnelle et professionnelle**
Introduction 21
Jordan Cohen
A. Maintien des relations pendant la formation et après 22
Jordan Cohen
B. Promotion de sains partenariats dans les familles de médecins 24
Dianne Maier
C. Médecins parents : problèmes particuliers 26
Leah J. Dickstein and Derek Puddester

**Section 4 – Outils de soins autodirigés** (Rédaction de la section: Mamta Gautam MD FRCPC)
Introduction 28
Leslie Flynn
A. Conscience de soi et gestion du stress 30
John Smythe
B. Rédaction d'un journal personnel 32
Helga Ehrlich
C. Activités et aptitudes physiques 34
Andrew Pipe
D. Spiritualité 36
John Smythe
E. Trouver un médecin de famille 38
Lee Donohue
F. Alimentation 40
Jane Lemaire, Jean E. Wallace, Kelly Dinsmore and Delia Roberts


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Table des matières


## Section 5 – Formation des médecins

Introduction 42
Leslie Flynn

A. Déterminants de la santé du milieu de travail 44
Susan Edwards

B. Santé et sécurité 46
Susan Edwards

C. Heures de travail : faire face à la résidence 48
Derek Puddester

D. Professionnalisme : attentes raisonnables 50
Richard Cruess and Sylvia Cruess

E. Heures de travail : faire face aux obligations professionnelles 52
Jason R. Frank

F. Intimidation et harcèlement durant la formation 54
Jordan Cohen

## Section 6 - Collégialité

Introduction 57
Jordan Cohen

A. Entraide 58
Paul A. Farnan

B. Gestion de conflits 60
Paul A. Farnan

C. Comportements professionnels perturbateurs 62
Paul A. Farnan

D. Conflits de générations en médecine contemporaine 64
Leah J. Dickstein and Derek Puddester

E. Relations interdisciplinaires 66
Janet Wright

## Section 7 – Santé des médecins et relation médecin-patient

Introduction 68
Leslie Flynn

A. Faire face à un événement indésirable, une plainte ou une poursuite 70
Canadian Medical Protective Association

B. Faire face au choc des valeurs 72
Merril Pauls

C. Faire face au comportement d'un patient difficile 74
Derek Puddester

D. Questions de limites acceptables 76
Michael Paré

## Section 8 – Cycle de vie des médecins

Introduction 79
Jordan Cohen

A. Transitions majeures 80
Jordan Cohen

B. Importance du milieu de pratique et d'apprentissage 82
Leslie Flynn

C. Planification de carrière : les premières étapes 84
Meridith Marks

D. Faire face au changement 86
Derek Puddester


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Table des matières

**Section 9 – Besoins des médecins en soins de santé : problèmes particuliers**

Introduction 88
Derek Puddester

A. Santé physique 90
Lee Donohue

B. Problèmes de santé mentale 92
Joy Albuquerque

C. Consommation et abus d'alcool et de drogues, toxicomanie et alcoolisme 94
Michael Kaufmann

D. Soigner ses collègues : questions pratiques 96
Dianne Maier

E. Faire face aux obligations de déclaration obligatoire et les respecter 98
Canadian Medical Protective Association

F. Programmes et ressources sur la santé des médecins au Canada 100
W. Todd Watkins for the CMA Centre for Physician Health and Well-Being

G. Stress et adaptation 102
Jean E. Wallace and Jane Lemaire

H. Médecins atteints d'une maladie ou d'une incapacité 104
Ashok Muzumdar

**Section 10 - Santé financière**

Introduction 107
Jordan Cohen

A. Planification financière 108
Magalie Dubé

B. Gestion de la dette 110
Magalie Dubé

**Section 11 - Ressources et annexes**

A. Autres lectures et références 112
B. Ressources provinciales et nationales 119
C. Ressources en ligne et cyber-ressources 120
D. Façons de demander de l'aide 122
Derek Puddester

E. Stratégies utiles pour faire face aux longues heures de travail 124
Jason R. Frank

F. Index de référence rapide 125

**Figure 1 : Cadre conceptuel de la santé des médecins 2**
**Figure 2 : Définition du professionnalisme 4**
**Figure 3 : Cycle de vie des médecins 79**
**Figure 4 : Grille Faire face aux changements – métaphore du marin 87**


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Équipe éditoriale

## Derek Puddester, MD MEd FRCPC

Le Dr Puddester a suivi sa formation de premier cycle en études anglaises et russes et en médecine à l'Université Memorial de Terre-Neuve. Il a fait sa résidence en psychiatrie à l'Université McMaster et une bourse de perfectionnement en psychiatrie pédiatrique à l'Université d'Ottawa. Il est directeur médical de l'équipe des Neurosciences comportementales et de Consultation et liaison au Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario. Le Dr Puddester est aussi directeur de la Formation médicale et du développement professionnel continus au Département de psychiatrie du CHEO. Le Dr Puddester est professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa et occupe aussi les fonctions de directeur du programme de bien-être du corps professoral. Les travaux du Dr Puddester en éducation et en recherche portent sur la santé des médecins, les environnements de travail sains, le cyber-apprentissage, la théorie et l'élaboration des curriculums. L'Association canadienne des internes et des résidents a reconnu son leadership en santé des médecins en créant le *Prix Dr Derek Puddester pour le bien-être des résidents* qui est décerné chaque année à une personne ou à un programme qui a contribué considérablement à l'amélioration de la santé et du bien-être des résidents. C'est un fier Terre-Neuvien, parent, partenaire et fils. Parlez-lui du géocaching, de la valeur du jeu et du pouvoir des idées actualisées.

## Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

Après avoir reçu son baccalauréat en musique de l'Université Queen's et sa maîtrise en musique de l'Université de Toronto en 1982, la Dre Flynn est revenue à Queen's pour y obtenir son doctorat en médecine en 1987 et a entrepris sa formation médicale postdoctorale. Elle a reçu sa certification en médecine familiale en 1988, puis son certificat de psychiatre en 1995. Elle a ensuite débuté sa carrière professionnelle à l'Université Queen's où elle a reçu une double nomination des départements de médecine familiale et de psychiatrie en qualité de psychiatre responsable de la liaison avec la médecine familiale. Elle a occupé les fonctions de directrice du programme de formation médicale continue, de directrice de programme de résidence et de directrice de la psychothérapie au Département de psychiatrie. La Dre Flynn est actuellement professeure agrégée aux départements de psychiatrie et de médecine familiale et vice-doyenne de l'éducation médicale postdoctorale à l'Université Queen's.

La Dre Flynn s'est vu décerner des prix départementaux pour son excellent leadership en éducation et son dévouement à l'endroit des idéaux du Département, ainsi que le P*rix annuel des professeurs pour l'excellence dans l'enseignement*. Ses travaux de recherche ont porté sur la santé des médecins, le rôle de Promoteur de la santé, la formation interprofessionnelle et l'érudition en enseignement et en apprentissage.

## Jordan Cohen, MD FRCPC

Le Dr Cohen est actuellement professeur clinicien adjoint au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de Calgary, où il a suivi à la fois ses études prédoctorales et postdoctorales en médecine. Il est aussi directeur des Affaires étudiantes de l'Éducation médicale prédoctorale et directeur du cours The Physicianship de la Faculté de médecine de l'Université de Calgary. Ses recherches et ses travaux en éducation s'intéressent au juste équilibre entre la médecine, la santé des médecins et le professionnalisme.

Le Dr Cohen est spécialiste en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nommé à titre de directeur médical des NW Family and Adolescent/Child Services, psychiatre consultant au Programme des jeunes adultes (Foothills Hospital) et psychiatre consultant au Centre Arnika pour les personnes ayant des déficiences développementales. Il est aussi membre du conseil d'administration du Programme de surveillance de la santé des médecins pour l'Alberta College of Physicians and Surgeons.

Le Dr Cohen est récipiendaire de nombreux prix, dont le *Prix des jeunes leaders de l'Association médicale canadienne* (médecin en début de carrière) en 2009; le *Prix Derek Puddester pour le bien-être des résidents* en 2006 pour ses contributions à la santé des résidents; le *Prix de formation clinique postdoctorale du Département de psychiatrie* en 2008 en reconnaissance de sa contribution exceptionnelle dans le domaine de la formation clinique postdoctorale et le Prix de recherche postdoctorale du Département de psychiatrie pour les professeurs à temps partiel en 2008, soulignant ses recherches exceptionnelles en psychiatrie.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Buts et objectifs du guide

La grande majorité des médecins d'aujourd'hui ont commencé leur profession à la suite d'une réflexion approfondie, d'années de préparation universitaire et dans un contexte de concurrence et de défis considérables. Les exigences intellectuelles, émotionnelles, physiques et sociales de la formation médicale sont rigoureuses, comme le sont les exigences professionnelles et personnelles de la pratique. La bonne nouvelle, c'est que la plupart des médecins réussissent dans leurs milieux de travail, sont forts et en santé, mettent en œuvre d'excellentes stratégies pour préserver leur propre bien-être, vivent longtemps et en santé. Lorsqu'il y a un juste équilibre entre le bien-être personnel des médecins et leurs engagements professionnels, il s'ensuit des synergies positives qui les soutiennent dans leur rôle de guérisseur, dans l'intérêt des patients et de l'ensemble du système de santé.

Pourtant, l'expression « santé des médecins » ne semble pas décrire cette réalité générale. Pendant des décennies, c'était l'euphémisme utilisé pour parler de lutte contre les dépendances. Peu à peu, les associations et les collèges provinciaux de médecins ont commencé à élaborer des programmes novateurs offrant des traitements et des services d'aide pour des problèmes reliés à la toxicomanie et à l'alcoolisme. Par ailleurs, les programmes sur la santé des médecins ont évolué dramatiquement au cours des dernières années en réponse à la demande d'une gamme de services pour régler des problèmes allant de la dépression aux tendances suicidaires en passant par l'anxiété, les comportements perturbateurs, le risque de rechute et la discorde familiale. Ces programmes ont pris uniformément de l'ampleur partout au Canada et les organisations médicales continuent de chercher à mieux comprendre « la santé des médecins ».

En collaboration avec d'autres intervenants et partenaires au pays, le Collège des médecins de famille du Canada exerce maintenant un rôle de chef de file dans le domaine de la santé des médecins. Le projet CanMEDS a modernisé la médecine spécialisée canadienne et son cadre est adopté dans de nombreux pays en réponse à la complexité grandissante de la prestation contemporaine des soins de santé. Comme c'est le cas de nombreuses compétences des médecins, les éléments de la santé de médecins s'insèrent aisément dans de nombreux rôles CanMED, mais le Collège a choisi de l'intégrer dans le rôle du Professionnel. Plus précisément, en tant que professionnels, « les médecins sont voués à la santé et au mieux-être de la personne et de la société, à la pratique respectueuse de l'éthique, à l'autoréglementation de la profession et aux critères rigoureux de comportements personnels ». Les compétences principales de ce rôle exigent des médecins qu'ils puissent :

- *démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société par la pratique respectueuse de l'éthique;*
- *démontrer un engagement envers leurs patients, la profession et la société en participant à l'autoréglementation de la profession;*
- *démontrer un engagement envers la santé des médecins et leur pratique durable.*

Ce guide est conçu pour aider les professeurs et les apprenants à mieux comprendre le sens général de « la santé des médecins », à découvrir des stratégies pratiques pour promouvoir la santé professionnelle et à mettre en pratique ces connaissances dans des situations de tous les jours. Ce n'est pas un exercice purement théorique, mais bien l'un des éléments d'un ensemble de ressources que peuvent consulter les médecins canadiens et mettre en application à leur gré. Les lecteurs peuvent utiliser ce guide pour réfléchir à leurs propres questions et besoins, les professeurs peuvent s'en inspirer dans leurs programmes d'enseignement et d'apprentissage et les chercheurs peuvent le trouver utile comme moyen de cerner des pistes de recherche en santé des médecins.

Un panel d'experts, qui travaille dans les tranchées avec des médecins aux prises avec des préoccupations de santé, a identifié les sujets du guide. Des experts en la matière ont été invités à couvrir ces sujets, à l'aide d'exemples de cas, de stratégies et de solutions, de références et d'exercices de réflexion, dans une forme concise permettant d'avoir rapidement accès à l'information tout en incitant à explorer davantage les sujets.

Ce fut pour moi un honneur de travailler à ce projet au nom du Collège royal et je suis reconnaissant envers mes corédacteurs, les collaborateurs bénévoles brillants et enthousiastes, l'équipe du projet et les nombreux collègues et apprenants qui ont exprimé leurs commentaires et ont donné leurs conseils durant son exécution. Notre profession est vraiment formidable et elle est à son meilleur lorsque nous collaborons ensemble pour apporter des changements puissants et significatifs.

**Derek Puddester, MD MEd FRCPC**
professeur agrégé, Psychiatrie
directeur, Programme du bien-être du corps professoral
Université d'Ottawa
Correspondance : drpuddester@me.com

## Principale référence

Frank JR, réd. 2005. Professionnel. Dans *Le Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins.* Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens, p. 23–4.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Cadre conceptuel de la santé des médecins

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans cette section, nous

- formulons les concepts de base de la santé et de la résilience des médecins,
- présentons un cadre conceptuel potentiel de la santé des médecins, et
- décrivons en détails les éléments essentiels d'un tel cadre à l'intention du lecteur.

## Cas

Un résident a choisi la médecine après avoir travaillé comme bénévole pendant de nombreux étés à un camp financé par les timbres de Pâques et s'être découvert une passion pour le travail avec des enfants handicapés. Ses parents sont divorcés et il n'entretient de relations étroites avec ni l'un ni l'autre; cette expérience durant sa jeunesse a appris au résident à devenir indépendant, a contribué à un certain isolement social et a déclenché une certaine inaptitude dans ses relations interpersonnelles. Dans la spécialité qu'il a choisie, le résident trouve le travail stimulant, les heures raisonnables et les possibilités d'emploi abondantes. Jusqu'à tout récemment, sa vie s'est largement concentrée sur la formation, mais maintenant, il se rend compte qu'il se sent seul. Ce résident a peu d'amis, n'a pas fréquenté de petites amies depuis plusieurs années et n'a pas vraiment d'intérêt en dehors des études. Le résident se demande s'il souffre de dépression, même si sa santé mentale et physique a toujours été excellente.

## Introduction

Les cadres conceptuels peuvent nous aider à saisir rapidement les relations entre des idées complexes et à faire ressortir les éléments d'une discussion. Ce guide utilise un tel cadre pour proposer une même façon de comprendre les composantes essentielles de la santé des médecins et, de fait, pour élargir la définition de la santé des médecins. La figure 1 présente ce cadre sous forme de schéma. La discussion qui suit décrit ses principales composantes.

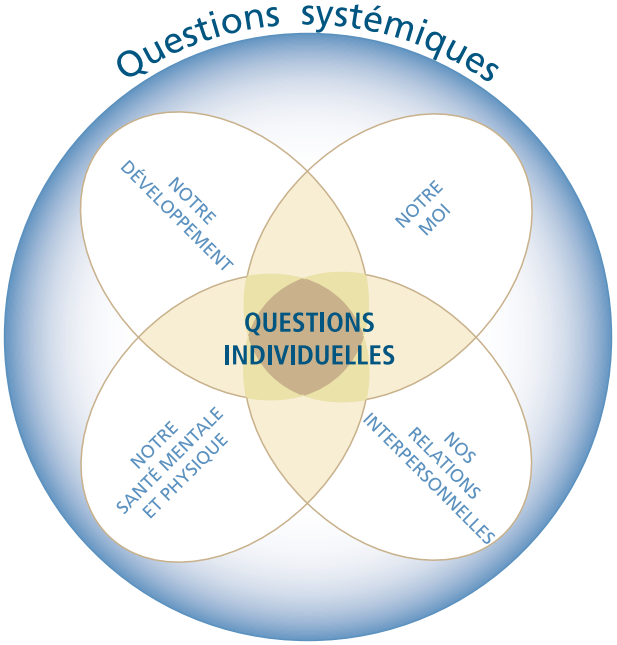
## Problèmes systémiques

Les médecins sont des gens éduqués et travaillent au sein d'un système médical qui a une identité, un code de réglementation, un ensemble d'attentes, des forces particulières et de nombreux défis. Il importe de reconnaître que les médecins ont peu de contrôle immédiat sur le « système » et, dans une large mesure, qu'ils sont contrôlés par celui-ci. Par ailleurs, le système a des points forts qui contribuent à la santé professionnelle des médecins. Les soins de santé canadiens reposent sur les valeurs généralement acceptées de l'accès universel aux services de santé, de la protection des membres les plus vulnérables de la société et sur la notion des contributions collectives à la santé de la nation. Les médecins font donc partie du tissu même de l'éthos canadien et ce fait en lui-même soutient bon nombre d'entre nous durant nos moments les plus difficiles.

Parallèlement, le système de santé canadien éprouve de nombreux problèmes. Plus d'un million de Canadiens n'ont pas de médecin et des milliers de médecins travaillent plus d'heures par semaine qu'il n'est permis de le faire aux conducteurs de camions de transport à longue distance, aux contrôleurs aériens et aux pilotes d'avion. La demande de soins de santé excède tout simplement les ressources et la plupart des médecins y réagissent en travaillant plus fort, plus longtemps et dans des environnements plus complexes.

L'émancipation des médecins constitue un autre domaine complexe, étant donné la position occupée par les médecins comme praticiens privés ou contractuels. Nos habiletés en représentation sont souvent mises à l'épreuve dans nos relations avec les gouvernements, les hôpitaux, les universités et d'autres établissements importants et puissants. Pourtant, les échanges, les négociations, les débats et les compromis qui en résultent aident à édifier un meilleur système pour tous. Il est essentiel qu'une telle communication doit non seulement se poursuive, mais qu'elle soit encouragée. Les médecins qui se sentent asservis ont tendance à utiliser leurs habiletés en représentation tant et aussi longtemps qu'ils ne se sentent pas forcés de faire un choix difficile comme quitter la pratique ou pire encore, simplement s'épuiser. Le système et la profession doivent reconnaître qu'ils se soutiennent et s'enrichissent l'un l'autre et qu'ils peuvent accomplir bien plus en synergie qu'en opposition. Les médecins peuvent favoriser leur propre santé et leur bien-être en s'impliquant activement en politiques médicales et dans la prise de décisions, en agissant comme bénévoles dans leurs associations et leurs collèges de médecins et en utilisant leur compétence en représentation pour promouvoir la vision d'un Canada en santé pour tous.

Figure 1 :
Cadre conceptuel de la santé des médecins




## Problèmes individuels

**Préservation du soi.** Nous sommes tous bien plus que ce que les autres voient ou pensent voir. Le sarrau des médecins a plusieurs utilités, notamment faciliter le détachement professionnel de la tragédie, de l'horreur et de la douleur rencontrées sur une base


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

quotidienne. Pourtant, il est important que nous restions en contact avec qui nous sommes, ce que nous ressentons, nos méthodes de réponse et de réaction à notre monde et nos idées à propos de ce qui nous maintient en santé ou pas. L'interaction du moi personnel et professionnel est constante, parfois compliquée, mais utile. Nos propres histoires colorent nos réactions et, idéalement, les rendent plus compatissantes aux histoires semblables rencontrées chez nos patients. Mieux nous nous connaissons en notre for intérieur, plus nous pouvons gérer nos propres forces et vulnérabilités à mesure que notre moi professionnel évolue et prend de la maturité.

**Santé mentale et physique.** La santé mentale est une question complexe pour de nombreux Canadiens. Les gens atteints d'une maladie mentale font encore l'expérience de stigmate social et, même dans le monde de la médecine, la maladie mentale engendre l'incompréhension et la crainte. Même si les attitudes changent, la profession médicale doit continuer à tenter de régler la stigmatisation de la maladie mentale comme étant un aspect essentiel de la promotion de la santé mentale pour tous.

Les taux de maladies mentales courantes comme l'anxiété et la dépression sont plus élevés chez les médecins que dans l'ensemble de la population canadienne. À certains moments, comme durant la formation, les transitions professionnelles ou personnelles majeures ou en transigeant avec des plaintes ou des poursuites, les médecins sont particulièrement vulnérables à la maladie mentale. En parlant ouvertement de ces vulnérabilités, en assurant un accès sûr et rapide aux services et aux programmes de soutien et en favorisant la résilience, les facultés de médecine et les programmes de santé des médecins peuvent aider les personnes à préserver leur propre bien-être et à poursuivre la pratique ou la formation.

Le maintien d'une bonne santé physique ne revêt pas moins d'importance. Par exemple, le gain de poids est un problème fréquent chez les étudiants et les résidents et il se produit habituellement dans le contexte d'un changement dans les priorités qui empêchent de préserver les bonnes habitudes de faire de l'activité physique et de bien s'alimenter. Il est aussi important de reconnaître les difficultés causées par des problèmes de santé chronique tout comme les besoins des stagiaires atteints d'incapacités. Les étudiants et les résidents ayant des incapacités ont des droits qui exigent respect et considération et les systèmes de formation doivent offrir des accommodements raisonnables pour assurer qu'ils ont des possibilités égales d'obtenir le certificat et d'exercer la profession.

**Relations interpersonnelles.** La médecine est une profession qui repose sur les relations interpersonnelles. La capacité d'établir une connexion significative avec les patients et les familles est primordiale tout comme celle de forger des relations collégiales productives avec les autres médecins, les professionnels de la santé et les acteurs du milieu de la santé. Même si les « qualités interpersonnelles » comme l'honnêteté, l'authenticité, l'humour, l'empathie, l'intuition et la compassion se retrouvent typiquement chez la plupart des médecins, d'autres traits de personnalité comme le perfectionnisme et la défensive peuvent nuire aux relations interpersonnelles au détriment des soins aux patients. En dehors du milieu de travail, certains médecins ont de la difficulté à rester connectés à leurs amis et à leur famille et à poursuivre leurs intérêts personnels tout en répondant aux exigences de leur carrière. Il importe cependant de maintenir des relations non professionnelles. Des relations sociales multiples favorisent la résilience émotionnelle et une bonne santé, tandis que l'isolement est propice à l'épuisement et à la dépression.

**Évolution continue.** Comme tous les autres êtres humains, les médecins sont en processus incessant de changement personnel. Leur moi physique a besoin de soins et d'entretien, leur moi sexuel prend de la maturité et évolue et leur recours aux services de santé augmente. En général, la résilience mentale augmente avec le temps, tandis que les vulnérabilités s'atténuent. Les relations personnelles deviennent plus profondes et plus significatives en même temps qu'elles changent. Bref, les médecins grandissent et se développent toujours. La stagnation est rare et, si elle existe, elle peut être un signe de mauvaise santé. Pour les médecins comme pour les autres, les nombreux défis de la vie gravitent autour des transitions : de la résidence à la pratique, d'une étape de la carrière à une autre, d'un jalon personnel au prochain. Et, pour le médecin comme pour tous, un ingrédient important pour faire face aux transitions, c'est de garder son sens de l'optimisme et de faire des choix de modes de vie qui sont propices à bien prendre soin de soi et de sa santé.

## Résolution du cas

En l'absence d'autres symptômes, il est improbable que le résident soit atteint de maladie mentale. Par contre, il semble que les expériences vécues dans sa jeunesse aient entraîné une perspective pessimiste des relations à l'âge adulte et une autosuffisance excessive chez le résident. En sacrifiant bien des aspects du développement normal (p. ex. amitiés, fréquentations amoureuses, intimité) pour assurer une survie indépendante et compenser pour le manque de « vie personnelle », ce résident a développé une très forte éthique du travail et se consume dans les engagements professionnels. Sur le plan professionnel, cette attitude l'a mené à s'isoler de ses collègues et, peut-être, de ses patients; sur le plan personnel, elle s'est traduite par un sentiment de solitude et, possiblement, de désespoir.

À certains égards, le résident doit finir de vivre son adolescence et ses premières années d'âge adulte. Le résident devrait réfléchir à son moi, identifier deux ou trois activités à faire durant ses temps libres (p. ex. sports, loisirs, bénévolat) et essayer de cultiver des amitiés et des relations, lentement mais en profondeur. En travaillant à établir des connexions personnelles avec les autres, le résident apprendra à mieux connaître son propre tempérament et à être plus conscient de son authentique moi. En retour, cette connexion et cette conscience aideront à promouvoir l'autorésilience et une pratique durable.

## Principale référence

Université d'Ottawa, University of Ontario Institute of Technology et Durham College. *Conceptual Framework Learning Object.* Accédée le 17 juillet 2009 à : innovation.dc-uoit.ca/cloe/lo/cf/CF_LO_content.html

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Rôle du Professionnel et santé des médecins

Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

## Objectifs

Dans cette section, nous

- examinons la signification du professionnalisme médical,
- décrivons comment certains aspects du rôle de Professionnel peuvent causer du stress et
- proposons des façons de bâtir la résilience dans le rôle de Professionnel.

### Cas

Alors qu'il travaille à l'hôpital, un résident reçoit l'appel d'un pharmacien dans la collectivité qui veut obtenir des précisions sur la dose de narcotiques prescrite à un collègue et ami médecin. Le résident est pris au dépourvu, parce qu'il n'a jamais rédigé une telle ordonnance pour cette personne. Le pharmacien confirme que le nom et la signature du résident figurent bien sur la prescription et que ces mêmes renseignements apparaissent sur les autres ordonnances qui ont été remplies à cette pharmacie par le passé pour le collègue en question.

## Introduction

Le processus de devenir médecin est ardu et implique bien plus que de simplement acquérir une carrière et gagner sa vie. Il procure à ceux qui suivent ce cheminement de grands avantages personnels, y compris celui d'entrer dans une profession prestigieuse et honorable. La reconnaissance de la médecine comme une profession remonte au Serment d'Hippocrate, au IVe siècle avant Jésus-Christ, qui était un code moral pour tous ceux qui voulaient pratiquer l'art de la médecine. Depuis, la société s'attend à ce que les praticiens de la médecine soient dignes de confiance et qu'ils soignent leurs patients conformément à des standards acceptés élevés. Ils contribuent à leur travail l'expertise, la réflexion critique, le jugement avisé et la compassion. Ils s'engagent à s'occuper de manière désintéressée des problèmes de chaque patient, des collectivités et de l'ensemble de la société, selon les principes et les pratiques acceptés de leur discipline.

## Que veut dire être un professionnel?

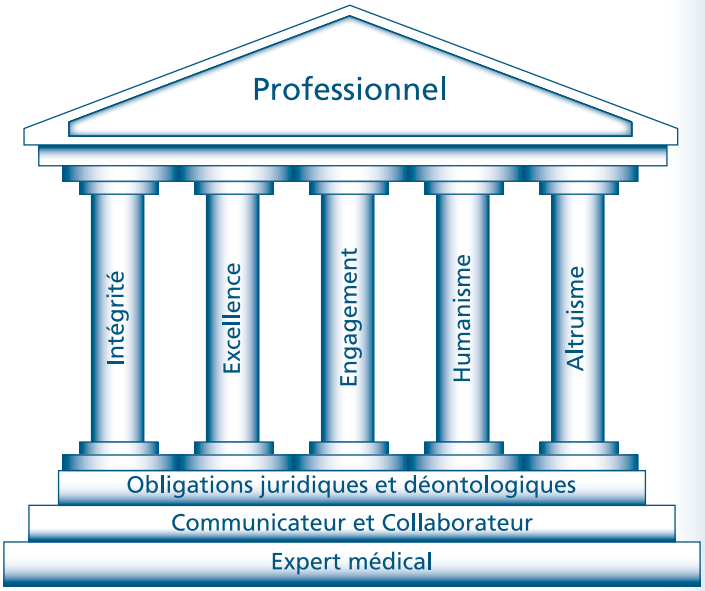
Il est difficile de définir le professionnalisme de manière complète et concise. Le mot comporte de nombreux concepts, dont certains sont plus familiers que d'autres. On s'attend des professionnels de la médecine qu'ils aient maîtrisé un ensemble complexe de connaissances et d'habiletés, qu'ils se conforment à un code d'éthique, qu'ils communiquent bien et qu'ils exercent la médecine comme un « art » humaniste tout autant qu'une science. En tant que professionnels, les médecins doivent :

- démontrer et respecter les valeurs de la compétence clinique,
- adopter les attitudes et les comportements appropriés,
- agir avec intégrité,
- être altruistes et
- promouvoir l'intérêt public.

Ces engagements forment la base du contrat social selon lequel les médecins sont imputables envers la société; en retour, la profession jouit du privilège de l'autoréglementation.

La figure ci-dessous représente notre définition du professionnalisme. Elle identifie les éléments habituellement considérés essentiels dans le rôle de Professionnel du médecin.

Figure 2. Définir le professionnalisme




## Responsabilités et stress

Les principes du professionnalisme sont pertinents tout au long du cheminement professionnel des médecins et s'appliquent à leurs comportements en tant qu'étudiants en médecine, résidents et praticiens. Avec l'appartenance à la profession médicale s'ensuit une responsabilité énorme. Les attentes de la société envers les médecins sont élevées et le défi d'y répondre se complique en raison du rythme rapide du changement et de la complexité grandissante du milieu des soins de santé d'aujourd'hui. La plupart des médecins vivent dans des environnements de travail stressants et apprendre à gérer le stress a toujours normalement fait partie de la formation médicale et de la pratique. Nous savons qu'un certain degré de stress peut améliorer le rendement d'une personne, mais selon la nature, l'ampleur ou la durée du stress, il peut entraîner une détresse psychologique, nuire à la santé et affecter le rendement.

### Une communauté de médecins

Le programme de surveillance de quartier est bien connu et il a été mis sur pied pour protéger la sécurité des collectivités. Les membres de la collectivité se joignent à l'organisation et s'engagent à se protéger les uns les autres des dangers en surveillant les environs. Ne serait-il pas possible d'établir un modèle semblable en médecine? Pourrions-nous former une communauté de médecins qui prennent la responsabilité de se protéger les uns des autres d'une manière simple, comme des voisins? La création de communautés compatissantes a le potentiel de rassembler les médecins et d'apporter une importante contribution à l'amélioration de leur vie.


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Cette reconnaissance, combinée à la prise de conscience de l'importance de la résilience du médecin pour maintenir un effectif médical en santé, a incité l'inclusion du maintien par les médecins de leur santé et de leur bien-être comme composante nécessaire de leur rôle professionnel. Au Canada, la reconnaissance que le bien-être du médecin est essentiel à la pratique efficace se manifeste dans le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne (AMC) et dans la description des compétences CanMEDS du Professionnel du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Le Code de déontologie de l'AMC stipule que le médecin doit pratiquer l'art et la science de la médecine avec compétence et intégrité et sans incapacité et qu'il lui incombe de préserver et de maintenir sa propre santé et son propre mieux-être.

Le cadre CanMEDS du Collège royal indique qu'un médecin compétent démontre un engagement à l'endroit de la santé des médecins et de la pratique viable. Ceci comporte (a) d'établir un équilibre entre les priorités personnelles et professionnelles afin d'assurer la santé personnelle et une pratique viable; (b) de s'efforcer d'accentuer sa sensibilisation et sa perspicacité personnelles et professionnelles; (c) de reconnaître d'autres professionnels qui sont dans le besoin et réagir de la façon appropriée.

### Réflexion

Quels médecins considérez-vous comme des modèles de professionnalisme médical? Qu'est-ce qui fait qu'ils incarnent l'esprit de la profession? Comment se comportent-ils? Quelles sont leurs interactions avec les collègues, les patients, les familles? Réfléchissez à la façon dont vous utilisez ces modèles comme guides.

## Professionnalisme et santé des médecins

Même si prendre soin de soi est maintenant considéré comme une partie intégrante du professionnalisme médical, les médecins ont souvent tendance à négliger de le faire. Cette situation résulte en partie des qualités mêmes qu'on valorise chez les médecins. Par exemple, l'altruisme a le potentiel de mener à la négligence de soi, étant donné qu'on s'attend des médecins qu'ils placent les intérêts de leurs patients avant les leurs. On s'attend aussi à ce qu'ils soient autonomes et ne sont donc pas encouragés à reconnaître les vulnérabilités dans leur propre santé ou à demander de l'aide quand ils en ont besoin. Nous savons que les médecins, collectivement, ne se prévalent pas d'une source régulière de soins de santé. De fait, les médecins ont peut-être recours à l'automédication. Lorsqu'ils se sentent stressés et dépassés, les médecins peuvent se tourner vers la consommation d'alcool et de drogue comme moyen de survivre. Les médecins se sentent incapables d'obtenir de l'aide, soit pour le problème à l'origine ou celui résultant de la dépendance, sans se sentir honteux et humiliés.

Cette tendance à nier la vulnérabilité est prépondérante chez les médecins. Par conséquent, quand les médecins voient l'un de leurs collègues aux prises avec un problème personnel ou professionnel, ils sont enclins à ne rien dire. Cette omission de répondre aux besoins des collègues accroît le silence entourant la maladie ou l'incapacité chez les médecins. De plus, les ordres de médecins et leurs demandes relatives aux bilans de santé rehaussent par inadvertance le désir de garder secrets les problèmes personnels. La crainte d'être exposés et les répercussions possibles sur le permis d'exercice poussent les médecins à nier leur besoin d'aide. Ces conflits posent des défis énormes à l'acquittement de la responsabilité professionnelle des médecins.

## Résumé

Être membre de la profession médicale est un accomplissement souhaitable et très satisfaisant. Les obligations professionnelles des médecins sont excessivement exigeantes. C'est le devoir du médecin de se comporter conformément aux standards élevés de la profession, notamment être diligent dans la prise en charge de sa propre santé et de son propre bien-être tout en étant attentif à ses confrères et consœurs du monde médical.

### Résolution du cas

Le résident est choqué et dit qu'il n'est pas le médecin de ce collègue et qu'il n'a pas rédigé l'ordonnance. Il ne sait pas vraiment quoi faire par la suite et il appelle le programme de la santé de sa province pour obtenir des conseils utiles et rassurants.

## Principales références

Association médicale canadienne. 2004. *Code de déontologie* [politique]. Ottawa: L'AMC.

Frank JR, réd. 2005. *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins.* Ottawa: Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Santé des médecins : analyse de cas

Edgardo Pérez, MD MPH FRCPC et Karen J. Parsons

## Objectifs

Dans cette section, nous

- examinons l'importance de la santé des médecins pour assurer la qualité et l'efficacité de la prestation des soins de santé,
- examinons comment les différences entre les sexes et entre les générations influencent le modèle de gestion de la santé des médecins.

### Cas

Un résident de troisième année a pris plusieurs journées de congé de maladie au cours de ses deux derniers stages. Le directeur du programme est informé de ce fait par les moniteurs, qui tous deux exercent la médecine depuis plus de 25 ans.

## Introduction

Un sondage réalisé en 2003 par l'Association médicale canadienne (AMC) a révélé certains faits plutôt inquiétants :

- 46 % des médecins canadiens sont dans un état d'épuisement professionnel avancé (AMC, 2007)
- 77 % estiment ne pas avoir suffisamment de temps pour tout faire (Lamaire et Wallace, 2008)
- seulement 47 % estiment avoir une vie équilibrée (Lamaire et Wallace, 2008).

D'autres recherches commandées par l'AMC et l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies ont établi un lien entre l'organisation du travail et les problèmes de santé mentale chez les médecins (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007). Alors qu'il était président de l'AMC, le Dr Brian Day a déclaré « La santé des médecins au Canada est essentielle à la prestation de soins de qualité à nos patients, et c'est pourquoi l'AMC a fait de la santé des médecins l'une des cinq priorités de l'organisme » (AMC, 2007).

Parmi les répondants au Sondage national des médecins de 2007 (CMFC et al., 2007) :

- 13 % des médecins s'étaient absentés du travail au cours de l'année précédente à cause d'une maladie ou d'une incapacité;
- 2 % ont déclaré des maladies causées par le stress relié au travail;
- 4 % s'étaient absentés pour un congé de maternité ou de paternité (le quart de ces absences étant d'une durée de quatre semaines ou moins).

En 2003-2004, 34 % des quelque 2 000 médecins résidents qui ont participé à l'enquête-pilote *Happy Doc* ont déclaré que leur vie de tous les jours variait d'« assez » à « extrêmement » stressante. Parmi les mécanismes utilisés pour faire face à ce stress, certains ont mentionné la consommation d'alcool et de médicaments; 24 % ont également indiqué qu'ils opteraient pour une autre carrière s'ils le pouvaient et 53 % ont dit avoir été victimes d'intimidation et de harcèlement à plus d'une occasion durant leur formation. De plus,

- 18 % ont qualifié leur santé mentale de passable ou mauvaise,
- 23 % ont déclaré avoir éprouvé des problèmes émotionnels ou de santé mentale durant leur résidence;
- 36 % ont indiqué ne pas avoir de médecin de famille (Cohen, 2004).

Divers facteurs de stress ont une incidence sur le bien-être des médecins, notamment les suivants :

- la crainte que le fait de demander de l'aide ait une incidence négative sur leur carrière;
- l'impression de « pouvoir tout faire » et les patients qui « attendent tout » de leur médecin;
- la charge de travail excessive et le peu de contrôle sur leurs conditions de travail;
- les inquiétudes au sujet des responsabilités médico-légales;
- les gardes et le travail par quarts (AMC, 2003).

En ce qui a trait à ce dernier point, l'AMC cite à l'appui les résultats du sondage selon lesquels 76 % des médecins font des heures de garde, 36 % estiment que leur nombre mensuel total d'heures de garde est stressant ou très stressant, et 29 % estiment que leurs responsabilités durant les périodes de garde sont trop lourdes (AMC, 2003).

Les médecins sont également exposés à une variété de dangers en milieu de travail, y compris les maladies infectieuses et , à l'occasion, la violence et le harcèlement de la part des patients; ces menaces peuvent ajouter au stress lié au travail. Par ailleurs, les risques de maladies et de blessures sont aussi, sinon plus, élevés pour les médecins que pour les autres travailleurs.

Il ne faudrait pas non plus oublier les avantages économiques de la promotion de la santé des médecins. Ainsi, Buchbinder et ses collègues (1999) ont déterminé que les frais de recrutement et de remplacement s'élevaient à 236 393 $ pour un médecin omnipraticien ou un médecin de famille de premier recours et à 245 128 $ pour un interniste généraliste, ce qui illustre bien les répercussions financières du roulement des médecins (Gautam, 2008).

Les médecins ont un rôle déterminant à jouer afin de renverser les tendances actuelles relatives à la manifestation et à la progression de troubles dépressifs majeurs durant les années d'activité maximale des hommes et des femmes (Wilkerson, 2008), lesquels, selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale, coûtent plus de 51 milliards de dollars par année en perte de productivité au Canada.

## Sécurité des patients

Une préoccupation évidente liée à la santé et au mieux-être des médecins concerne leur capacité de traiter leurs patients au moment opportun et d'une manière cohérente et sécuritaire. Les médecins qui ont des problèmes physiques ou mentaux non traités s'exposent, et exposent leurs patients, à des risques.

Un grand nombre des participants à une étude menée à Calgary ont déclaré que, bien que le traitement des patients soit gratifiant, ils se sentent accablés parce que les « patients sont atteints de maladies plus aiguës et plus complexes et que les contraintes de temps les empêchent d'avoir de bonnes interactions avec leurs patients » (Lemaire, 2007). Un important facteur de stress pour les médecins est donc leur crainte de ne pouvoir dispenser des soins optimaux à leurs patients (Wallace et al., 2007).



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Selon Rick Hackett, professeur de gestion des ressources humaines à l'Université McMaster, « l'épuisement et les maladies au travail peuvent causer des erreurs de jugement, rendre plus difficile la prise de décisions, accroître les frictions sociales à cause de l'irritabilité et aussi le risque d'accidents dus à une diminution de la vigilance. Encore plus inquiétant est le risque que les travailleurs malades propagent leurs maladies » (traduction) (Klie, 2008).

Le Dr Andrew Padmos, directeur général du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, a déclaré ce qui suit : « Un seul objectif doit sous-tendre tout ce que nous faisons : offrir les meilleurs soins possibles à nos patients » (traduction). Cette attention portée à la sécurité des patients a notamment mené à l'élaboration du cadre intitulé *Les compétences liées à la sécurité des patients*, en collaboration avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Ce cadre définit six domaines de compétences essentielles, communs à l'ensemble des professionnels de la santé :

- contribuer à une culture de sécurité des patients;
- travailler en équipe pour veiller à la sécurité des patients;
- communiquer efficacement pour renforcer la sécurité des patients;
- gérer les risques associés à la sécurité;
- optimiser les facteurs humains et environnementaux;
- reconnaître les événements indésirables, y réagir et les divulguer.

## Différences entre les générations et les sexes

De récentes recherches montrent que les médecins de la génération du baby-boom et ceux appartenant à la génération X travaillent en moyenne le même nombre d'heures par semaine (61) et ont à peu près le même niveau d'engagement envers leurs patients. Il existe toutefois une différence majeure entre les deux en ce qui a trait à leur perception de la profession. Ainsi, malgré l'importance que les médecins de la génération X accordent à leur carrière médicale, « leur travail ne figure pas nécessairement au premier plan comme étant le seul aspect définissant qui ils sont ». Le fait que cette cohorte plus jeune aspire à une vie bien remplie et équilibrée peut cependant être interprété par la génération du baby-boom comme un manque d'engagement (Jovic, 2006).

Le nombre de femmes médecins a augmenté de 36,7 % depuis 1998, et celles-ci représentent aujourd'hui 49,4 % des médecins de moins de 40 ans (ICIS, 2007).

Dans le cadre du Sondage national des médecins de 2007, 80 % des médecins ont déclaré que le temps dont ils disposaient dépendait essentiellement de la complexité des cas à traiter. Or, comme une proportion sans cesse croissante de la population vieillissante est atteinte de maladies chroniques et de comorbidités, la charge de travail moyenne du médecin continuera d'augmenter (Rich, 2008).

## Équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle

Parmi les étudiants en médecine qui ont répondu au Sondage national des médecins de 2007, 60 % ont indiqué que le facteur le plus déterminant de leur satisfaction à l'égard de l'exercice de la médecine et de leur succès était « leur capacité d'équilibrer leur vie professionnelle et personnelle » (CMFC et al., 2008). Les médecins plus jeunes ont indiqué qu'ils préfèrent avoir une bonne santé physique plutôt que d'être stressés et épuisés.

### Résolution du cas

Le résident mentionne à son directeur de programme que l'effet combiné de ses obligations familiales et de sa lourde charge de travail clinique l'empêche de bien manger et dormir, et qu'il se sent épuisé. Le directeur lui recommande de consulter son médecin de famille pour une évaluation. Le médecin de famille ne détecte aucune maladie physique ni mentale et il recommande au résident d'adopter un régime alimentaire équilibré, de faire de l'activité physique et de passer du temps avec sa famille. Le directeur de programme discute de la possibilité pour le résident de consacrer moins de temps à des activités périscolaires liées à la résidence (meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle) et il s'assure que les précepteurs sont informés que le résident devrait être libéré de certaines fonctions (p. ex., respecter les règles de l'association des résidents relativement au travail après les périodes de garde). Plus tard, le travail du résident est optimal et ce dernier reçoit une excellente évaluation de son stage. Le résident dit également avoir de meilleurs rapports avec sa famille.

En insistant sur certaines valeurs propres à leur culture du travail, les médecins peuvent aider à atténuer les facteurs de stress qui font partie intégrante de leur travail. À titre d'exemple, les discussions avec les « nouveaux » médecins font ressortir l'importance que cette cohorte accorde à la collégialité, au dialogue ouvert, au mentorat et aux modèles de rôles. Des instructions claires durant le processus d'orientation aident ces médecins à devenir plus efficaces et plus confiants, ce qui se traduit par un meilleur travail d'équipe et favorise la collégialité. Les jeunes médecins privilégient également une culture du travail positive et ne veulent pas être emportés par un vent de cynisme. Ils conviennent que tout facteur qui menace le respect des normes professionnelles ou de celles de l'hôpital peut constituer un élément de stress et nuire à leurs relations avec les patients. Une culture d'ouverture peut aider à atténuer ces menaces, et l'instauration d'un sain sentiment de communauté chez les médecins peut les aider à surmonter les situations stressantes.

Selon Bill Wilkerson, cofondateur de la Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health, « il est important de comprendre la séquence de migration entre le stress, l'épuisement professionnel et la dépression » (traduction).

Mais quelle serait la solution en milieu de travail? Wilkerson la définit en ces termes : « La solution réside dans les fondements classiques d'une saine gestion fondée sur la dignité humaine, une pensée claire et des communications ouvertes. L'autre pierre angulaire est la clarté du but et de la fonction ».

## Principale référence

Association médicale canadienne. *L'Association médicale canadienne vérifie la santé des médecins*, Ottawa, 2007.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Attentes sociétales

Jordan Cohen, MD FRCPC

## Objectifs

Dans cette section, nous

- examinons la difficulté de concilier la santé du médecin avec les attentes qu'ont les patients envers leurs fournisseurs de soins.

### Cas

Un médecin malade décide de s'absenter une journée de sa pratique en milieu hospitalier. Un certain nombre de rendez-vous de patients sont reportés et les étudiants et résidents sont affectés à d'autres superviseurs. L'un des patients dont le rendez-vous a dû être reporté revient la semaine suivante. Dès le début de la consultation clinique, le patient exprime son mécontentement, sa colère et sa frustration du fait que son rendez-vous a été reporté, ce qui l'a obligé à s'absenter de nouveau de son travail. Le médecin se sent à la fois malheureux et coupable d'avoir pris une journée de congé, mais il est aussi contrarié par le ton exigeant employé par son patient.

## Introduction

La société est bien au fait des modes de vie qui contribuent à une bonne santé, comme une saine alimentation, une pratique régulière d'activités physiques, un renoncement au tabac et aux drogues illicites et une consommation d'alcool avec modération. La plupart des Canadiens reconnaissent également l'importance de consulter leur médecin de premier recours pour leurs problèmes de santé, leur suivi et les tests de dépistage appropriés aux différents stades de la vie. Mais combien de fois les patients s'interrogent-ils sur les besoins en santé de leurs propres médecins?

## Des médecins en santé pour des patients en santé

Certains patients influent sur la santé mentale de leurs médecins par leurs traits de personnalité difficiles, leur refus d'admettre leur propre maladie, leur dépendance excessive envers leurs fournisseurs de soins ou leurs interactions intimidantes. Un médecin peut ainsi décider de prescrire un antibiotique inutile pour traiter une maladie virale, uniquement pour calmer les attentes d'un patient qui demande un soulagement rapide. Ce médecin est bien conscient que les antibiotiques sont inefficaces en pareilles situations et qu'ils risquent par surcroît de promouvoir le développement de nouvelles souches de bactéries résistantes, mais il n'a ni le temps, ni l'énergie de bien éduquer son patient. L'entrée de la médecine dans l'ère de l'informatique a aussi contribué à accroître la complexité de la relation médecin-patient du point de vue de la santé du médecin. Certes, aujourd'hui il est rare que l'on entende parler de visites à domicile , mais le courriel est devenu l'équivalent moderne des visites à domicile d'antan. Les patients peuvent désormais suivre les médecins à domicile, en vacances, littéralement partout où la technologie est accessible. Les médecins doivent-ils avoir le droit de prendre congé, même de leurs courriels? Qu'en est-il du concept selon lequel le médecin doit voir le patient en personne pour être en mesure de prendre des décisions cliniquement éclairées sur les soins appropriés? La société actuelle voit la médecine comme une commodité, comparable à l'industrie de la restauration rapide – et ceci a sans doute contribué au développement des cliniques sans rendez-vous.

Cependant, le concept de la facilité d'accès à des soins non urgents pourrait miner encore plus la capacité du médecin de concilier ses responsabilités professionnelles avec les soins autodirigés nécessaires à son propre mieux-être. La société accorde aux médecins un statut, le respect, l'autonomie d'exercice de leur profession, la capacité d'autorégulation et des avantages financiers. La société a, en retour, de grandes attentes envers les médecins, notamment quant à leurs compétences, à leur altruisme, à leur éthique et au maintien d'un haut standard de compétence . Bien que le médecin doive, dans son rôle professionnel, accorder la priorité au bien-être du patient, cet engagement doit être assorti d'une restriction qui tient compte de la santé du médecin. Il convient à cet égard que les médecins se rappellent les consignes données aux passagers d'un avion en cas de dépressurisation : vous devez d'abord mettre votre masque à oxygène avant de porter assistance à autrui. De même, le médecin doit se maintenir en bonne santé pour être en mesure de prendre soin de la société.

### Réflexion à l'intention des enseignants

Au début du stage de vos résidents, demandez-leur de tenir un journal sur les difficultés qu'ils ont à répondre aux attentes de leurs patients et à maintenir leur propre état de santé. Vous pourriez leur donner quelques exemples de difficultés que vous-même avez éprouvées. Vous pouvez également tenir votre propre journal des problèmes vécus dans votre pratique et de prévoir une séance officielle à mi-stage pour discuter de la manière dont vous et vos résidents les avez traités.. Durant les réunions régulières d'évaluation, les directeurs de programme peuvent discuter avec les résidents de moyens de faire face à ces problèmes. Le journal sera utile à cette fin en fournissant des exemples précis de la manière dont les résidents comprennent les principaux problèmes. Les résidents pourraient aussi intégrer ces discussions durant leurs demi-journées de formation ou leurs journées régulières de réflexion.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Principales références

Cruess SR, and RL Cruess. 2004. Professionalism and medicine's social contract with society. *Virtual Mentor.* 6 (4).

Gorlin R, Strain JJ, Rhodes R. 2001. Cultural collisions at the bedside: social expectations and value triage in medical practice. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics.* 10 (1): 7–15.

## Résolution du cas

Le médecin s'excuse auprès du patient des désagréments occasionnés par son absence et lui explique qu'il était assez malade et peut-être même contagieux. Le patient est reconnaissant de l'explication et sa frustration se dissipe.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Le médecin à titre individuel

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

Le *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* se veut un outil de référence que les lecteurs pourront consulter afin d'obtenir des renseignements précis pour répondre à leurs besoins personnels. L'information présentée dans cette section repose sur le principe voulant que chaque médecin a la possibilité de définir et de développer ses compétences dans plusieurs domaines essentiels, notamment la prise de conscience personnelle (valeurs, convictions et connaissances), la pratique réfléchie, l'intelligence émotionnelle et le leadership. De nouvelles données portent à croire que le développement des compétences dans chacun de ces domaines contribue à améliorer la santé personnelle et la résilience professionnelle.

## Prise de conscience personnelle

Le premier chapitre de cette section est consacré à l'importance vitale de se connaître soi-même et, s'inspirant des paroles de Mahatma Gandhi, il propose une définition des concepts « valeurs », « convictions » et « connaissances ». Ces éléments constitutifs qui façonnent notre perception du monde influencent chaque choix et chaque décision que nous prenons et nous guident de façon subtile dans notre univers. Au moyen d'exercices et de réflexions, les lecteurs auront la possibilité d'examiner quelle serait pour eux la meilleure façon de prendre davantage conscience d'eux-mêmes et de leurs besoins requis pour assurer leur santé et la viabilité de leur pratique.

## Pratique réfléchie

D'autres professions et disciplines reconnaissent depuis longtemps la valeur de l'auto-évaluation, de l'autocritique et de l'introspection. Bien que cette démarche soit relativement nouvelle dans l'enseignement et l'exercice de la médecine, d'autres professions de la santé ont démontré que la pratique réfléchie peut favoriser le perfectionnement professionnel, améliorer la santé personnelle et promouvoir les soins aux patients. Le deuxième chapitre de cette section énonce les principes fondamentaux de la pratique réfléchie et propose un modèle simple de pratique réfléchie en soulignant les avantages liés à sa mise en œuvre.

## Intelligence émotionnelle

Le domaine de l'éducation a influencé de multiples façons le développement social, l'évolution culturelle et les résultats pour la santé. Faisant référence aux travaux de penseurs comme Howard Gardiner, Peter Salovey, John Mayer et Daniel Goleman, le troisième chapitre laisse entendre que les modèles basés sur l'intelligence émotionnelle ont beaucoup à offrir à la profession médicale. Les lecteurs seront invités à examiner plusieurs recommandations extraites d'ouvrages sur l'intelligence émotionnelle, ainsi qu'à évaluer et à renforcer leurs aptitudes dans ce domaine.

## Leadership

Les grands leaders doivent souvent leur succès à des traits de personnalité, des particularités et des compétences innés ou acquis au fil des ans et dont un grand nombre peuvent contribuer à la santé d'une personne et à sa résilience. Aussi le dernier chapitre de cette section encourage-t-il les lecteurs à envisager des solutions pratiques pour développer leurs propres habiletés en leadership. On y propose un certain nombre de ressources canadiennes que les lecteurs peuvent facilement consulter pour améliorer leur compréhension du leadership et sa mise en pratique.

Bien sûr, de nombreuses autres facettes de la santé et de la résilience sont également pertinentes pour les médecins. Diverses sections du *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* vous aideront à trouver de l'information et des moyens pratiques d'aller de l'avant dans votre stratégie visant à favoriser votre santé personnelle et votre résilience professionnelle.

## Principales références

**www.e-santedesmedecins.com** Cette ressource en ligne, gratuite et anonyme, a été créée et conçue par des experts canadiens en santé des médecins. Interactif et pratique, ce site traite des relations, de la dépression, de l'anxiété, de la résilience, de la consommation de substances, des soins personnels et de nombreuses autres questions.

**www.eworkplacehealth.com** Autre ressource en ligne gratuite et anonyme, ce programme porte sur les besoins des professionnels de la santé en milieu de travail. On y propose des exercices interactifs axés sur le développement de connaissances et de compétences dont un grand nombre sont examinées dans la présente section du guide, ainsi que des méthodes pratiques pour améliorer le milieu de travail de la santé.

**www.amc.ca** *Le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins* de l'Association médicale canadienne est un riche centre de documentation sur la santé des médecins, qui présente également de l'information sur les conférences et ateliers à venir et d'autres ressources d'apprentissage sur la santé des médecins.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Influence des valeurs et des convictions sur le bien-être du médecin

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons l'influence des valeurs et des convictions sur la santé et le bien-être des médecins,
- décrivons des modes d'autoréflexion sur la santé et le bien-être personnels.

### Cas

Un associé brillant et doué sur le plan clinique assume un grand nombre de fonctions et de postes d'autorité. Un soir, sa conjointe, avec qui il est marié depuis quatre ans, lui dit qu'elle veut lui parler. L'associé est consterné d'apprendre que sa conjointe se sent seule et délaissée par son mari et qu'elle est attirée par un autre homme. La conjointe demande une période de séparation afin que chacun puisse réfléchir aux moyens de sauver (ou non) leur mariage.

## Introduction

*Vos convictions deviennent vos pensées*
*Vos pensées deviennent vos paroles*
*Vos paroles deviennent vos actions*
*Vos actions deviennent vos habitudes*
*Vos habitudes deviennent votre caractère*
*Votre caractère devient votre destinée*
Mahatma Gandhi

Les médecins prennent des centaines de décisions tous les jours. Ces décisions sont pour la plupart de nature professionnelle et elles s'appuient sur des années de formation et d'expérience. Même si les décisions cliniques deviennent plus automatiques à mesure que le médecin acquiert des compétences, tout étudiant en médecine peut vous dire que, si vous demandez à un médecin d'expliquer son processus décisionnel, il saura le faire avec précision et confiance en s'appuyant sur son expérience pratique.

Il en va de même des décisions personnelles du médecin. Certaines décisions se prennent machinalement en fonction de l'expérience. En général, ce processus fonctionne bien, quoiqu' il arrive parfois que la vie emprunte des voies différentes qui nous déstabilisent et nous causent du stress ou même de la détresse. En pareilles circonstances – et de fait, en tout temps – il peut être utile de recentrer le débat sur nos valeurs et convictions, c'est-à-dire définir nos valeurs fondamentales et examiner notre propre système de croyances et parfois même le remettre en question en s'ouvrant à de nouvelles perspectives. Pour ce faire, nous devons être en mesure de définir là où nous allons en sachant d'où nous venons.

## Valeurs

Les valeurs sont des structures cognitives complexes et souvent abstraites qui façonnent notre comportement, nous motivent et nous poussent à agir, définissent notre vision du monde et nous aident à déterminer ce qui est important dans la vie et ce que nous apprécions chez les autres. Certaines, comme l'amour, semblent être des valeurs universelles de la condition humaine, alors que d'autres varient en fonction de la culture (p. ex., l'universalité des soins de santé). Les échelles de valeurs individuelles sont principalement dictées par le contexte familial et les premières expériences de la vie. Les valeurs sont essentiellement immuables. Elles sont profondément enracinées en chacun de nous, font partie intégrante de notre identité et sont déterminantes dans nos rapports avec le monde extérieur. Les débats qui portent uniquement sur les valeurs se terminent souvent dans une impasse, car aucune des parties n'accepte de céder malgré l'échange d'information et de points de vue.

### Réflexion

Déterminez et énumérez six à huit rôles qui font actuellement partie de votre vie (p. ex., ami, enfant, parent, médecin, amoureux ou sportif). Puis déterminez la proportion des heures que vous consacrez à chacun durant la journée. Évaluez votre succès à remplir chacun de ces rôles selon l'échelle suivante : 0 = échec total; 5 = succès moyen; 10 = succès total. En examinant les résultats obtenus, posez-vous les questions suivantes :

- Suis-je satisfait(e) de ces résultats?
- Y a-t-il un lien entre le résultat obtenu et le temps que je consacre à chaque rôle?
- Y a-t-il des rôles que je pourrais abandonner?
- Comment pourrais-je réorganiser mon temps durant la journée pour consacrer plus de temps à un rôle en particulier?
- Mes attentes sont-elles en accord avec celles des autres?
- Devrais-je faire part de ces résultats à mes amis et ma famille pour voir s'ils perçoivent les choses de la même façon?

Il peut être difficile pour une personne de définir ses valeurs, même si celles-ci influencent ses actions quotidiennes. Prenons l'exemple de Suzanne, une oncologue en début de carrière dont l'horaire est très chargé. Comme ses parents voyageaient beaucoup par affaires, Suzanne fut pensionnaire dans des écoles privées durant la majeure partie de son enfance et de son adolescence et elle n'a pas eu de liens étroits avec aucun de ses parents. Maintenant adulte, elle sait qu'elle veut avoir des rapports différents avec ses enfants et son mari; cependant, ses désirs semblent maintenant se heurter aux exigences de ses nouvelles fonctions de directrice médicale d'un vaste programme en milieu hospitalier. Suzanne est devenue irascible et est de moins en moins satisfaite de sa vie professionnelle et personnelle. En discutant avec une amie, elle réalise que sa vie ressemble maintenant à celle de ses parents et elle a profondément honte de ses choix de carrière. Après avoir réfléchi à ses valeurs fondamentales, elle démissionne de son poste d'administration et a maintenant plus de temps à consacrer à sa famille. Ainsi, bien que ce conflit de valeurs ait été difficile, il s'est néanmoins révélé utile car il a aidé Suzanne à préciser ce à quoi elle voulait consacrer le peu de temps et d'énergie dont elle disposait.

## Convictions

Les convictions sont des structures cognitives qui nous guident dans la vie. Habituellement vagues et imprécises au départ, nos convictions sont influencées par notre famille et nos amis et sont aujourd'hui de plus en plus dictées par les médias, la culture populaire et l'industrie



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

commerciale. Nos rapports avec le monde viennent confirmer ou préciser nos convictions, lesquelles continuent généralement de changer quelque peu jusqu'au moment où elles se précisent sous forme de « connaissances ». Les convictions peuvent habituellement être modulées par de nouveaux renseignements qui nous paraissent crédibles, raisonnables et utiles, et ceci nous permet d'être ouvert et souple – des qualités qui nous aident à faire face à de nouvelles situations ou à de nouveaux facteurs de stress. À l'occasion, toutefois, nos convictions peuvent être si profondément ancrées et validées qu'elles deviennent inflexibles. Lorsque des convictions rigides ne réussissent pas à nous aider en situation de stress, nous sommes confrontés à un problème comparable à un conflit de valeurs. Il arrive également que nous ayons des convictions qui ne s'appuient sur aucun fait (fantasmes ou suppositions), et ce type de convictions peut aussi avoir une incidence négative sur nos vies.

Voici des exemples de convictions qui peuvent être néfastes :

- « Je peux tout contrôler dans ma vie. »
- « Ce n'est pas ma faute. »
- « Si je n'en parle pas, ça disparaîtra. »
- « Je n'avais pas d'autre choix que d'agir ainsi. »
- « J'ai toujours raison. »

Le domaine de la psychologie nous aide à prendre conscience du pouvoir des convictions sur la santé. Nos convictions ou « cognitions » influencent fortement notre humeur, notre capacité d'engager et d'entretenir des relations et l'appréciation que nous avons de nous-mêmes. Cependant, nous nourrissons parfois des convictions déformées qui nous empêchent d'atteindre nos objectifs et même de mener une vie qui soit en accord avec notre échelle de valeurs. Les médecins, par exemple, peuvent être sujets au « syndrome de l'imposteur », cette impression fausse de ne pas être aussi compétent que les autres le croient et de se sentir constamment menacé d'être « démasqué » et de devoir redoubler d'efforts pour se perfectionner. D'autres convictions sont tout aussi dommageables; en voici quelques exemples :

- « Je ne suis une bonne personne que si je suis un bon médecin. »
- « Un jour, je vais ralentir et profiter de la vie. Ce rythme n'est que temporaire. »
- « Je suis ce que je fais. Le fait d'être médecin signifie que je suis une bonne personne. »
- « Ma famille comprend que mon travail vient en premier. »
- « Mon (ma) conjoint(e) comprend que je suis fatigué(e) lorsque je rentre à la maison. »

## Réflexion

Il n'est pas facile de demander et d'accepter l'avis d'autrui, car ses commentaires allant à l'encontre de nos convictions peuvent précipiter des crises d'identité, de sécurité et de confiance. Malgré tout, en sollicitant constamment et ouvertement les commentaires d'autrui, c'est-à-dire en consultant les personnes qui se soucient de nous, nous pouvons avoir une meilleure idée de ce qui est vrai et réel.

Sélectionnez trois ou quatre personnes qui vous aiment et en qui vous avez confiance. Laissez-leur savoir que vous les tenez en haute estime et que vous respectez leur opinion. Puis posez-leur deux ou trois questions, du genre :

- Comment est notre relation? Qu'avons-nous qui soit vraiment exceptionnel et que devrions-nous améliorer?
- Comment suis-je envers toi dans mon rôle [d'ami(e)/de partenaire/d'amoureux(se)]? Qu'est-ce que tu préfères? Qu'est-ce que je pourrais améliorer?
- Dans quelle mesure suis-je capable de concilier ma vie professionnelle et mes rapports avec toi? Comment qualifierais-tu ma vie – ma carrière n'en étant qu'un aspect – à l'heure actuelle? Quels seraient les trois principaux conseils que tu aimerais me donner?

Accordez à la personne un certain temps de réflexion et, lorsque cette personne vous fera part de ses commentaires, écoutez-la très attentivement. Évitez de l'interrompre avec des « mais » ou des « peut-être ». Contentez-vous d'écouter. Remerciez ensuite la personne et réfléchissez bien à ce qu'elle vous a dit. Voyez dans quelle mesure ses commentaires influencent vos convictions. Examinez les possibilités de changer et voyez s'il vous est possible d'adopter l'habitude de « consulter » régulièrement vos amis et vos proches.

## Résolution du cas

Les gens ont souvent tendance à généraliser les convictions qu'ils ont au sujet d'eux-mêmes et des autres et à les appliquer à l'ensemble des rôles qu'ils exercent. Par exemple, une personne peut appliquer à la maison les sentiments d'autorité et de compétence qu'elle ressent au travail, même si sa famille voit les choses d'un autre œil. La perception que nous avons de nous-mêmes est généralement stable et cohérente, quel que soit le rôle que nous assumons. Pourtant, la perception que nous avons de nous-mêmes devrait probablement varier selon le rôle que nous occupons, en particulier s'il s'agit d'un rôle nouveau ou changeant.

Il est probable que le résident ait ici généralisé le sentiment de succès ressenti dans sa vie professionnelle et qu'il l'ait aussi appliqué à sa vie personnelle, croyant que les deux situations étaient stables et fructueuses. Bien qu'il soit possible que la conjointe ait choisi délibérément de cacher ses sentiments, il se peut qu'aucun des deux n'ait voulu commenter la situation ou connaître l'avis de l'autre. Le sentiment de tristesse ne s'est donc révélé que lorsque la conjointe s'est sentie attirée par une autre personne qui représentait peut-être ce qui semblait manquer à son mariage.

Le fait de parler de ses sentiments, de se fixer des objectifs et d'exprimer ses idées et opinions en toute honnêteté aide à entretenir les rapports conjugaux. Le défaut de communiquer fera naître des suppositions qui pourraient être fausses. À ce stade, le résident et sa conjointe devraient consulter des professionnels pour examiner leur situation présente, déterminer s'ils veulent préserver leur couple et, dans l'affirmative, entamer un processus de réconciliation et de croissance.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Pratique réfléchie

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- définissons ce qu'est la pratique réfléchie,
- proposons des méthodes que les médecins peuvent utiliser pour avoir une pratique réfléchie,
- décrivons comment une pratique réfléchie peut améliorer la santé et le mieux-être personnels.

### Cas

Durant son premier stage, un résident remarque qu'une infirmière injecte lentement un médicament par voie intraveineuse alors que l'injection devrait se faire rapidement. Le résident présume que l'infirmière sait ce qu'elle fait puisqu'elle a plus d'expérience pratique. Mais le patient ne réagit pas au médicament et le résident répète la prescription. Une autre infirmière qui voit l'erreur s'exclame : « Ce médicament doit être administré en bolus intraveineux! » La première infirmière corrige son erreur et le patient réagit. Le résident se sent humilié de ne pas avoir relevé le problème et il passe le reste de son quart de travail à se sentir stupide et sans autorité.

## Qu'est-ce que la pratique réfléchie?

Un grand nombre d'entre nous avons nos petites habitudes. Nous apprenons par observation ou enseignement comment agir dans une situation donnée. Au fil des ans, certains comportements deviennent des automatismes, un peu comme lorsque nous conduisons dans une rue qui nous est bien familière. Mais il arrive aussi que nous soyons initiés à une façon de faire différente qui nous semble meilleure, ou que nous acceptions les conseils d'un ami ou d'un étranger. Nous adoptons alors un nouveau comportement qui deviendra lui aussi un automatisme avec le temps. Les habitudes et les routines procurent stabilité et confort.

L'étude et l'exercice de la médecine ne font pas exception. Les médecins adoptent des méthodes privilégiées de questionner les patients, de faire les examens physiques, d'annoncer les mauvaises nouvelles et de gérer les complications. Ces stratégies deviennent familières, rassurantes et routinières.

Cependant, face à des difficultés personnelles ou professionnelles, les médecins pourraient eux aussi bénéficier d'une évaluation critique de leurs habitudes et routines établies. La pratique réfléchie est un modèle d'autoévaluation et d'amélioration qui a été décrit pour la première fois dans des ouvrages consacrés aux sciences de l'éducation et aux sciences sociales et qui, au cours des dernières décennies, s'est étendu aux sciences infirmières et à d'autres professions de la santé. Ce n'est que depuis peu que ce modèle a attiré l'attention des professeurs de médecine et des médecins praticiens, et ceci a mené à l'élaboration d'une variété de stratégies visant à aider les médecins à faire une évaluation critique de leurs méthodes de pratique en vue de les revoir éventuellement. Le but de la pratique réfléchie est d'amener le médecin à définir de façon autonome ses forces, ses limites et ses vulnérabilités, afin de préciser les domaines à améliorer et à développer.

Un des avantages de la pratique réfléchie, c'est qu'elle rend le médecin mieux apte à surveiller et à régir lui-même son rendement, des aptitudes qui en retour améliorent la résilience globale du médecin et sa capacité à gérer le stress.

## Stades de réflexion

Le cycle de réflexion proposé par Gibbs en 1988 comprend les stades suivants :

1. **Description :** Qu'est-ce qui s'est passé?
2. **Sentiments :** Qu'avez-vous pensé et ressenti durant l'événement?
3. **Évaluation :** Quels sont les aspects positifs et négatifs de l'événement?
4. **Analyse :** Quelle interprétation faites-vous de l'événement?
5. **Conclusions :** Quelles autres solutions auraient pu être utilisées?
6. **Plan d'action :** Comment agiriez-vous si un événement similaire se répétait?

Le cycle de réflexion peut être appliqué de différentes façons. Certains trouvent utile de l'utiliser durant une activité physique (p. ex., durant une séance d'entraînement au gymnase, en faisant du jogging ou en faisant du yoga) ou durant une séance calme de méditation à la fin de la journée. D'autres ont besoin d'un processus actif comme peindre, dessiner, tenir un journal ou composer de la musique. La réflexion peut s'exercer de différentes façons et dans différents milieux. Certains médecins trouvent utile de s'adonner à la réflexion en groupe (la méthode Balint, qui consiste à discuter de cas en petits groupes pour examiner la relation médecin-patient, utilise souvent une forme de cycle de réflexion) ou avec un mentor ou un collègue. Dans le chapitre 2-D du présent guide, nous proposons le concept du « conseil d'administration personnel » – un outil utile pour améliorer la capacité d'une personne à réfléchir à son mode de pratique.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

## Autres avantages de la pratique réfléchie

La réflexion est stimulante, car elle permet au praticien de s'approprier des expériences cliniques qui, autrement, pourraient être contrariantes ou épuisantes. De plus, le fait de réfléchir à ses modes d'apprentissage et de pratique établis et rassurants peut amener le médecin dans de nouvelles directions, faciliter son développement et sa croissance personnels et professionnels et améliorer ses compétences cliniques et les résultats obtenus. Enfin, en témoignant d'une ouverture à la rétroaction, la pratique réfléchie favorise la souplesse en présence de stress ou de changement, ce qui contribue en retour à mettre les autres à l'aise avec le médecin et son style de pratique.

La pratique réfléchie ne doit toutefois pas être poussée à l'extrême. Il suffit de quelques minutes chaque jour ou de quelques périodes chaque semaine pour avoir une réflexion constructive, susceptible d'améliorer sa santé et son mieux-être. En appliquant le cycle de réflexion à un événement type récent (p. ex., être sollicité pour rester après la fin de l'horaire de garde, sauter un repas pour dicter les cas, ou choisir d'étudier plutôt que d'aller s'entraîner), les futurs médecins peuvent découvrir des stratégies pour améliorer assez facilement leur santé et leur mieux-être.

### Résolution du cas

Le résident rencontre son mentor qui le guide dans les différentes étapes du cycle de réflexion. Le résident réalise qu'il s'est senti inexpérimenté et inquiet durant l'événement. Le résident savait ce qu'il fallait faire – ce qui est bon – mais il n'a pas su créer les bons liens avec l'équipe pour s'assurer que la procédure était exécutée correctement. Le résident réalise qu'il doit améliorer ses aptitudes à travailler en équipe, apprendre à mieux s'affirmer et prendre de l'assurance dans son nouveau rôle de médecin autorisé à exercer. Lorsqu'un événement similaire se répète quelques mois plus tard, le résident demande sur un ton calme « bolus intraveineux, s'il vous plaît ». La pratique réfléchie facilite la prestation de soins appropriés au patient, en plus d'accroître la confiance personnelle et professionnelle du résident.

## Principales références

Epstein R. 1999. Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*. 282: 833–9.

Gibbs G. 1988. *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Intelligence émotionnelle

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons l'intelligence émotionnelle et plusieurs de ses composantes,
- proposons aux médecins des moyens de développer leur intelligence émotionnelle,
- illustrons comment l'intelligence émotionnelle peut contribuer à améliorer la santé personnelle et la collégialité au sein du groupe.

### Cas

Un résident de première année maîtrise rapidement tout ce qu'il lit et acquiert facilement de nouvelles compétences. Ce résident a toutefois la réputation parmi ses pairs d'être narcissique et autoritaire et de chercher constamment à se mettre en valeur. Le résident n'entretient pas de liens très étroits avec ses pairs et n'est pas très populaire au sein de l'équipe de soins. Bien que personne n'ait directement commenté son style de relations interpersonnelles, le résident est conscient qu'il a peu d'amis, qu'il n'a pas de relations intimes et qu'il a peu de rapports aves les autres. Il ne sait toutefois pas comment il pourrait gérer les choses différemment.

## Qu'est-ce que l'intelligence émotionnelle?

La tendance de longue date qui consistait à utiliser presque exclusivement les tests normalisés de QI pour mesurer l'intelligence d'une personne a commencé à changer radicalement au début des années 1990, avec la publication de l'ouvrage *Les formes de l'intelligence* du psychologue Howard Gardner. Cet ouvrage a marqué un jalon important en présentant des données à l'appui d'une théorie selon laquelle l'intelligence d'une personne se manifeste sous de multiples formes, soit : linguistique, logico-mathématique, musicale, spatiale, corporelle-kinesthésique, interpersonnelle, intrapersonnelle et (ajout plus récent) naturaliste. Selon Gardner, en définissant les intelligences innées des apprenants, les enseignants pourraient être en mesure d'élaborer des stratégies pédagogiques mieux adaptées pour faciliter leur apprentissage. Par exemple, les exercices utilisant des mots seraient surtout utiles aux personnes dotées d'une intelligence linguistique, tandis que les indices visuels et graphiques aideraient davantage les apprenants spatiaux et les expériences sociales seraient utiles aux apprenants interpersonnels.

Environ dix ans plus tard, un rédacteur scientifique du New York Times, Daniel Goleman, a popularisé d'autres travaux sur l'intelligence émotionnelle menés par les psychologues Peter Salovey et John Mayer, lesquels ont décrit l'intelligence émotionnelle en fonction d'un cadre fondé sur les cinq composantes suivantes.

**Conscience de soi.** Les personnes qui ont une intelligence émotionnelle sont conscientes de leurs talents et de leurs vulnérabilités et elles cherchent des moyens de s'améliorer et de s'épanouir. Elles comprennent leurs propres émotions et celles des autres.

**Maîtrise de soi.** Les impulsions émotionnelles peuvent provoquer une envie irrésistible d'agir. Les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle maîtrisent ces impulsions et évitent de prendre des décisions irréfléchies. Elles réagissent bien au changement et font preuve d'une souplesse et d'une capacité d'adaptation remarquables. Enfin, elles sont en mesure de bien gérer les tâches et d'éviter de trop s'engager ou d'aller au-delà de leurs limites.

**Motivation.** Les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle sont déterminées, travaillantes et productives et n'ont pas peur des défis. Elles tendent à mener leurs projets à terme, à rester concentrées sur l'objectif à atteindre et à ne pas rechercher la gratification immédiate.

**Empathie.** Les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle sont conscientes des besoins émotionnels des autres et sont en mesure de transmettre cette compréhension d'une manière franche et ouverte. Cette qualité les aide à développer de nombreuses excellentes relations; elles sont perçues comme des personnes qui ont une écoute active et attentive – des personnes « vraies ».

**Aptitudes sociales.** Réputées pour être des personnes ayant l'esprit d'équipe, les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle s'intéressent au succès de ceux qui les entourent; elles sont de remarquables communicateurs et habiles à entretenir de saines relations. Elles savent également reconnaître les relations qui ne sont pas particulièrement saines et s'en dissocier ou s'en tenir suffisamment à l'écart.

En résumé, les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle sont des êtres chaleureux, attachants et d'agréable compagnie, avec qui il est facile d'établir des liens et de collaborer et qui sont généralement enjouées et dynamiques. Leur situation témoigne d'une réussite sociale et elles jouissent d'une position favorable, tant sur le plan personnel que professionnel.

## Développer sa propre intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle est utile pour plusieurs raisons, mais surtout parce qu'elle permet de mieux comprendre ses propres sentiments et comportements et qu'elle favorise une démarche plus sincère face à sa vie personnelle et professionnelle. Les ouvrages sur le sujet contiennent un éventail de recommandations sur les moyens de développer son intelligence émotionnelle. Les paragraphes qui suivent en résument les principaux points, en ciblant plus particulièrement les besoins des résidents en médecine. La participation à des ateliers et à des cours peut être un moyen efficace d'apprendre des stratégies visant à améliorer son intelligence émotionnelle.

**Médecins, apprenez à vous connaître.** Il s'agit d'un exercice d'approfondissement de soi : savoir ce qui vous a incité d'abord et avant tout à devenir médecin; connaître les raisons qui dictent vos choix d'amis et de relations; comprendre pourquoi vous réagissez comme vous le faites avec vos patients, vos pairs et vos superviseurs; comprendre les aspects de votre personnalité que vous n'aimez pas (ou que les autres n'apprécient pas); déterminer si vous voulez ou devez apporter des changements et savoir ce que vous voulez faire de votre vie personnelle et professionnelle. Vous devez être prêt à faire face, à l'occasion, à des surprises désagréables. Durant votre formation et votre résidence, vous serez confrontés à des défis uniques et nouveaux auxquels vous n'aurez pas toujours été préparés.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

**Évaluez et développez votre littératie émotionnelle.** La littératie émotionnelle fait référence à l'aptitude à percevoir et à exprimer des sentiments. Un point de départ simple pour développer sa littératie émotionnelle peut être d'utiliser de courtes phrases du genre : « Je me sens bien » ou « Je suis effrayé ». Évitez les phrases porteuses de « blâmes » formulées à la deuxième personne (p. ex., « Vous êtes trop autoritaire »; dites plutôt « Je me sens exclu de vos décisions »). Exercez-vous à classer vos sentiments et émotions selon une échelle de 1 à 10 ainsi qu'à utiliser des adjectifs qui traduisent bien votre compréhension (p. ex., « Vous semblez en état de détresse »).

**Communiquez clairement vos sentiments.** Ceci peut être difficile, car bon nombre d'entre nous avons appris à réprimer nos émotions en société. De fait, il arrive souvent que notre langage corporel aille à l'encontre de nos émotions (p. ex., nous sourions de déplaisir ou de frustration). Nous avons tendance à utiliser peu de mots pour décrire nos sentiments et laissons ainsi filer l'occasion de décrire avec précision ce que nous ressentons (p. ex., tout est « fantastique » ou « triste », sans aucune nuance entre les deux). Il arrive aussi que nous ayons toujours la même réaction (p. ex., scepticisme, domination, neutralité franche) quelle que soit la situation, ce qui amène les autres à s'interroger sur nos véritables sentiments. Or, à moins que cela ne porte préjudice, il est préférable d'assumer pleinement ses sentiments et de les exprimer franchement et directement.

**Soyez attentif à vos sentiments négatifs.** Les sentiments négatifs sont souvent l'expression de besoins affectifs non satisfaits. Nos besoins sont variés et certains restent souvent inassouvis, par exemple, le besoin d'être accepté, apprécié, écouté, intégré, aimé et respecté et de se sentir en sécurité. Les besoins influencent fortement les comportements, et des besoins non satisfaits peuvent amener les gens à avoir des comportements peu constructifs. Par exemple, une personne qui ne se sent pas aimée ou acceptée peut chercher à créer des amitiés proches, à faire partie d'équipes ou de clubs sportifs ou à développer une compétence ou un talent. D'autres, en revanche, auront plutôt tendance à vouloir contrôler ou manipuler les autres pour les amener à les aimer et à les accepter, ou deviendront excessivement narcissiques, compétitives ou imbues d'elles-mêmes.

**Assumez vos émotions.** Les gens évitent souvent d'assumer leurs sentiments, en particulier lorsque ces sentiments sont désagréables. Dans ces circonstances, les gens deviennent souvent sur la défensive et leurs relations en souffrent. Lorsque vous ressentez des émotions désagréables, vous devez les assumer pleinement en utilisant des énoncés à la première personne (« Je ») pour décrire vos sentiments (p. ex., « J'avais vraiment peur que mon patient meure par ma faute », plutôt que « Cette stupide infirmière ne m'a pas remis les analyses de sang assez vite et ce patient aurait pu mourir »). Il est également important d'admettre les actions qui blessent les autres et de tenter de les corriger (p. ex., « Je suis désolé d'avoir utilisé un ton condescendant. La vérité, c'est que je suis épuisé et je n'ai pas porté attention à mon langage corporel. Je sais que cela n'excuse pas ma conduite et que je vous ai offensé et j'en suis franchement désolé »). Examinez attentivement comment vous réagissez au stress et comment votre style influence les autres : avez-vous l'esprit d'équipe ou êtes-vous davantage préoccupé par votre personne et exprimez-vous votre stress en vous plaignant ou en cherchant à dominer les autres?

**Examinez votre esprit d'équipe.** La résidence est une période extrêmement exigeante, tant sur le plan personnel que professionnel. De façon générale, si vous avez l'esprit d'équipe et que vous travaillez bien au sein d'une équipe, votre résidence sera couronnée de succès. Les autres protégeront vos arrières et vous en ferez de même pour eux. Cependant, si vous réagissez au stress en vous coupant des autres, vous risquez de mettre votre santé et votre mieux-être en péril. Essayez de tisser des liens avec les autres, d'entretenir et de nourrir les liens créés durant la résidence, ainsi que de participer à votre programme de résidence et aux diverses activités qui s'y greffent. Il n'y a rien de mal à se concentrer sur ses propres ambitions professionnelles, mais ceci ne doit pas se faire au détriment des autres. En aidant vos pairs à se faire valoir, vous développerez vos propres habiletés en leadership et votre intelligence émotionnelle.

## Résolution du cas

Le résident participe durant la fin de semaine à un atelier sur l'intelligence émotionnelle et prend conscience qu'un grand nombre de ses besoins émotionnels actuels et passés ne sont pas satisfaits. Le résident commence à prêter davantage attention aux besoins de ses collègues et il cherche à développer une écoute attentive et de l'empathie. Le résident constate rapidement que les autres accueillent favorablement sa nouvelle attitude et le complimentent même à ce sujet. Le résident s'efforce d'être enjoué et positif et il se porte volontaire pour aider à organiser la journée de réflexion des résidents. Il commence également à travailler avec un mentor pour apprendre à être plus sensible à ses émotions. Au fil du temps, le résident commence à prendre conscience de l'importance des émotions dans sa vie et dans celle des autres. Son sentiment d'isolement se dissipe, tout comme ses sentiments dépressifs.

## Principales références

Gardner H. 1993. *Frames of Mind*. New York: Basic Books.

Goleman D. 2006. *Emotional Intelligence*. 10th anniversary edition. New York: Bantam Books.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Leadership et habiletés en leadership

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons la signification du leadership d'un point de vue personnel et professionnel,
- proposons aux médecins des moyens d'améliorer leurs habiletés en leadership,
- décrivons comment les habiletés en leadership peuvent aider à améliorer la santé et le mieux-être personnels et professionnels.

### Cas

Durant la dernière année de son programme de résidence, un médecin se demande s'il y aura toujours de l'emploi lorsqu'il aura terminé son programme. Le programme a été une expérience enrichissante et le médecin a confiance en ses habiletés et ses connaissances. Mais ses superviseurs semblent crouler sous le poids du système, le moral semble à son plus bas et les rumeurs laissent présager un avenir morose. D'une nature généralement enjouée et positive, le médecin commence à être un peu effrayé. Aurait-il fait tout ce travail en vain?

## Introduction

Bien des choses ont été écrites sur le leadership et sur l'influence qu'exerce le leadership sur chaque personne et sur la société. Bon nombre d'entre nous avons besoin de dirigeants pour nous guider et nous procurer stabilité et espoir. D'autres ne sont pas attirés par les leaders et maintiennent leur identité d'une façon plus autonome. Enfin, il y a ceux qui ont besoin de leadership pour se développer.

En général, les leaders sont des personnes comme les autres, qui diffèrent de leurs pairs sous certains aspects mais qui leur ressemblent sous d'autres. Les leaders naissent avec un ensemble de talents et d'habiletés (qui ne sont pas aussi répandus qu'on pourrait le croire) ou ils les développent au fil des ans. Quels que soient leur nature ou leur développement, les leaders ont une idée précise de leurs valeurs et de leurs convictions; ils possèdent les habiletés sociales nécessaires pour établir et entretenir des relations qui incitent les autres à agir en accord avec ces valeurs et convictions et ils maintiennent une transparence, une intégrité et une authenticité qui nourrissent la confiance de ceux qui choisissent de suivre leur leadership.

## Comment devenir un leader?

Le leadership peut s'exercer dans toutes les sphères d'activités et à toute échelle, pour engendrer des changements positifs et améliorer les résultats. Pour les résidents, l'acquisition d'habiletés en leadership est un volet important de leur formation à titre de professionnels de la santé. Dans les paragraphes qui suivent, nous examinons une série de notions formulées sous forme de messages accrocheurs, pour favoriser le développement des habiletés en leadership chez les nouveaux médecins.

**Participez.** De nombreux organismes pourraient bénéficier de votre énergie, de vos idées et de votre vision. Votre programme et l'université dont il relève ont des comités qui recherchent la participation des résidents et le besoin est là ; votre association professionnelle est gérée et dirigée par des résidents qui accueilleraient chaleureusement et à bras ouverts votre participation. De même, l'association médicale de votre province compte sur l'apport des résidents et vos organisations nationales (Association canadienne des médecins résidents, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Association canadienne pour l'éducation médicale et la société qui représente votre spécialité) ont toutes des rôles et des mandats pour des résidents. Vous pouvez aussi vous associer à des organismes de développement international qui sauront mettre à profit vos compétences à l'étranger ou encore envisager de travailler pour Médecins Sans Frontières à la fin de vos études. Tous ces organismes offrent des possibilités de mettre vos idées et votre personnalité à l'épreuve en vous apportant du soutien et de l'encouragement et aussi, dans bien des cas, en vous donnant une formation officielle.

De nombreux organismes qui ne font pas partie du domaine médical seraient également très heureux de compter sur votre dynamisme et votre collaboration. Des organismes comme Habitat pour l'humanité, Grands Frères/Grandes Sœurs, Centraide, des partis politiques ou des organisations non gouvernementales offrent d'autres possibilités de développement du leadership et de croissance personnelle et professionnelle.

**Avivez vos passions.** Réfléchissez un moment aux valeurs et aux convictions que vous jugez fondamentales : Qu'est-ce qui suscite chez vous les plus grandes passions ou tensions? Peut-être êtes-vous un ardent défenseur de la médecine socialisée? Ou êtes-vous plutôt en faveur d'une plus grande privatisation? Peut-être avez-vous de nouvelles idées qui mériteraient d'être étudiées. Recherchez les personnes et les organismes qui sauront apprécier votre contribution et votre leadership. Une cause qui vous tient vivement à cœur alimentera vos aptitudes de leader. Aussi, apprenez à connaître vos passions et à les exploiter.

**Fixez-vous des objectifs.** Vous n'obtiendrez que des résultats médiocres si vous dispersez trop vos efforts. Choisissez un ou deux domaines de leadership et consacrez-vous à ces domaines du mieux que vous pouvez. Cela vous aidera non seulement à garder un équilibre dans votre vie, mais aussi à réussir dans ce que vous aurez choisi d'entreprendre. Menez vos projets à terme. Les leaders ne sont pas parvenus là où ils sont en abandonnant à mi-chemin.

**Soyez honnête et sincère.** Apprenez à très bien vous connaître. La plupart des leaders peuvent facilement déterminer ce qu'eux et les autres considèrent comme étant leurs forces principales. Ils sont aussi facilement en mesure de déterminer ce qui, à leurs yeux et aux yeux des autres, constitue leurs vulnérabilités, leurs lacunes et leurs faiblesses. Soyez vous-même et soyez sincère : les caractères faux et superficiels sont facilement démasqués. Apprenez à être bien dans votre peau, à exploiter vos forces et vos talents, ainsi qu'à adapter votre style de rapports interpersonnels pour répondre aux besoins des autres et à la situation qui se présente.

**Suivez une formation.** Les habiletés en leadership s'acquièrent au fil du temps. La plupart des grands leaders ont profité des bienfaits d'une forme quelconque de formation officielle sur le leadership. Ces



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

cours incluent généralement un volet axé sur l'évaluation des traits de personnalité et des styles de relations interpersonnelles. Bien que ce processus puisse parfois être un peu difficile, il vaut amplement le temps et l'argent qu'il faut y investir. Renseignez-vous auprès de votre association des résidents ou de votre association médicale provinciale ou nationale pour connaître leurs recommandations sur la formation en matière de leadership. Examinez aussi d'autres possibilités, comme *le programme annuel de leadership des résidents* offert par le Collège royal et *l'Institut de gestion médicale* de l'AMC. Vous pourriez également encourager le directeur de votre programme à intégrer un programme sur le leadership dans votre programme d'études.

**Soyez disposés à apprendre de vos erreurs.** Les erreurs seront inévitables durant le développement de vos habiletés en leadership. Et même en agissant avec les meilleures intentions, vous en froisserez certains et en tiendrez d'autres à l'écart; vous bouleversez les processus établis, vous causerez des effets non intentionnels et vous pourriez même causer certains préjudices. Demandez aux autres de commenter souvent vos efforts de leadership, apprenez à maîtriser les techniques de pratique réfléchie et adoptez un processus qui vous permette de modifier vos stratégies de leadership à mesure que vous progressez.

**Formez votre « conseil d'administration » personnel.** Les leaders considèrent le mentorat comme l'un des éléments essentiels du succès professionnel. Chacun d'entre nous pouvons profiter du mentorat et du fait d'agir à titre de mentor auprès d'autrui. En général, les mentors sont des personnes qui établissent des relations dans le but principalement de favoriser la croissance et le développement d'une personne moins expérimentée, et certains cherchent activement des moyens de promouvoir le perfectionnement professionnel de leurs mentorés. Ces relations peuvent être incroyablement gratifiantes et durent souvent de nombreuses années. De fait, certaines personnes ont plusieurs mentors, chacun pour les aider dans un domaine particulier de leur développement (p. ex., un pour la recherche clinique, d'autres pour le leadership, la formation, la rédaction des demandes de subventions, etc.). Ce groupe de spécialistes peut constituer en quelque sorte votre « conseil d'administration » personnel et enrichir votre croissance personnelle et professionnelle.

**Prenez conscience du lien entre le leadership et la santé des médecins.** Le développement du leadership vous offre une occasion exceptionnelle d'évaluer votre propre résilience, car les connaissances que vous aurez acquises – notamment en ce qui a trait à vos valeurs et convictions fondamentales, votre style de relations interpersonnelles et vos traits de personnalité – seront à la fois pratiques et convaincantes. Lorsque les choses deviennent difficiles et stressantes et que vos vulnérabilités font surface, vos habiletés en leadership et vos traits de personnalité peuvent vous aider à surmonter ces difficultés. Vos habiletés en leadership peuvent aussi favoriser un mode de médecine qui préconise la santé et le mieux-être de toutes les personnes concernées, y compris l'ensemble des professionnels de la santé et les patients et les familles qu'ils traitent.

## Récapitulatif

La médecine spécialisée estime avoir beaucoup à offrir pour assurer un leadership dans les domaines de la santé, des soins de santé, de la formation et de l'éducation médicales, de la recherche médicale et des politiques médicales. Le Collège royal, notamment par son cadre CanMEDS, insiste sur le fait que le leadership est un rôle important du médecin spécialiste et il encourage les stagiaires à acquérir un large éventail de compétences qui favoriseront le développement de leurs habiletés en leadership. Le développement du leadership offre un avantage supplémentaire, en contribuant souvent à la santé et au mieux-être personnels du médecin et à l'amélioration de sa résilience.

## Résolution du cas

Le résident demande à rencontrer le chef et découvre avec étonnement que leurs préoccupations sont très similaires. Le chef demande au résident de faire partie de deux équipes : un groupe de travail qui mène actuellement un examen officieux du service, ainsi qu'un groupe de travail national sur les ressources médicales. Le résident estime que le temps et l'énergie qu'il devra personnellement investir dans ces projets en valent la peine et il s'inscrit également à un programme local de développement du leadership. Durant l'année qui suit, le résident établit un certain nombre de contacts utiles dont un avec une personne qui accepte d'être son mentor. Avec l'aide de cette personne, le résident trouve un excellent poste dans une province voisine. Le résident reste en contact avec son ancien directeur de programme et est heureux d'apprendre qu'un certain nombre des recommandations formulées à l'issue de l'examen officieux ont été mises en œuvre et s'avèrent efficaces.

## Principales références

Collins-Nakai R. 2006. Leadership in medicine. *McGill Journal of Medicine*. 9: 68–73.

Dowton SB. 2004 Leadership in medicine: Where are the leaders? *Medical Journal of Australia* 181: 652–54.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Équilibre entre vie personnelle et professionnelle

Jordon Cohen, MD FRCPC

Un grand nombre de médecins éprouvent une satisfaction profonde, tant dans leur vie professionnelle que familiale. Il n'est toutefois pas facile d'établir et de maintenir un équilibre sain entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle et il n'est pas rare que des médecins praticiens et des résidents aient de la difficulté à gérer leur temps et à concilier leurs obligations professionnelles et familiales. Leurs relations intimes sont souvent tendues. L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle du médecin est tributaire de nombreux facteurs, notamment la charge de travail, la spécialité et le cadre d'exercice, la disponibilité de mentors, les habitudes de sommeil, les traits de personnalité et les scénarios difficiles qui se présentent (p. ex., décès, souffrance, erreurs médicales, poursuites pour faute professionnelle). Mais le déterminant sans doute le plus important pour le maintien d'un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle est la capacité à maîtriser son horaire de travail et le nombre total d'heures de travail.

Selon des sondages canadiens, la plupart des médecins considèrent que leur charge de travail est trop lourde et que leur vie familiale et personnelle souffre du fait qu'ils ont choisi cette profession. L'absence d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle peut être la cause de détresse psychologique et même d'épuisement professionnel. Au travail, ceci peut se traduire par du cynisme, une diminution de la satisfaction professionnelle, un piètre rendement au travail et de l'absentéisme. Ces stress peuvent aussi déborder du cadre professionnel et se répercuter sur la vie personnelle, créant des tensions dans les relations et de la discorde au sein de la famille, et isolant la personne de ses amis.

*La Politique sur la santé et le mieux-être des médecins* de l'Association médicale canadienne insiste sur le fait que les médecins doivent être conscients des composantes essentielles du mieux-être qui incluent le repos, l'activité physique, une saine alimentation et une vie familiale heureuse. Pour sa part, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada fait valoir l'importance de la résilience professionnelle comme compétence clé dans le cadre des rôles professionnels CanMEDS. Geurts et ses collègues ont étudié la façon dont le lien entre la résidence et la vie de famille influençait le bien-être psychologique des médecins résidents. Ces auteurs ont défini quatre facteurs de risque qui peuvent perturber l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle : un conjoint ou une conjointe qui fait souvent des heures supplémentaires, un horaire de travail défavorable, une lourde charge de travail et de mauvais rapports avec ses supérieurs.

Si le médecin prêche par l'exemple et discute de ses saines habitudes de vie, il pourrait inciter ses patients à adopter des comportements similaires. D'où l'argument voulant que la formation médicale doit encourager les professionnels de la santé à adopter et à afficher des modes de vie sains. Selon des recommandations fondées sur des résultats de recherches, le fait de passer plus de temps avec les amis et la famille peut diminuer le stress.

Afin de promouvoir leur santé et mieux-être, les médecins doivent veiller à avoir leur propre médecin de famille, à être à l'écoute de leurs collègues ayant besoin d'aide et, s'il y a lieu, à utiliser des méthodes d'intervention appropriées, y compris l'aiguillage vers les programmes de santé des médecins. Pour que la culture professionnelle de la médecine parvienne à un sain équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, ces concepts doivent non seulement être enseignés, mais ils doivent aussi être fortement défendus par les personnes qui occupent des postes d'autorité à tous les niveaux de la formation médicale.

Dans les chapitres qui suivent, nous examinons différents moyens de maintenir des relations interpersonnelles positives durant la formation et tout au long de la carrière, en portant une attention particulière aux relations entre les médecins et leur conjoint ou conjointe et leurs enfants.

## Principales références

Armstrong A, Alvero R, Dunlow S, Nace M, Baker V, Stewart E. 2009. Balancing the professional and personal. J*ournal of Fertility and Sterility*. 91 (1): 18–21.

Association médicale canadienne. *La santé et le mieux-être des médecins* [politique], Ottawa, 1998.

Geurts S, Rutte C, Peeters M. 1999. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*. 48 (9): 1135–48.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Maintien des relations pendant et après la formation

Jordan Cohen, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- énumérons des problèmes de relations personnelles que vivent souvent les stagiaires durant leur formation médicale,
- décrivons certaines interventions qui peuvent améliorer les relations personnelles des médecins.

### Cas

Le directeur d'un programme de résidence de moyenne à grande taille fait face à un problème. La plupart des résidents inscrits au programme ont des partenaires et plusieurs ont des enfants. L'un des résidents a déclaré au directeur qu'il n'avait jamais l'occasion de passer du temps de qualité avec sa partenaire, sauf durant les vacances annuelles. Il s'est dit très insatisfait de la situation et songeait même à changer de programme.

## Introduction

Certains aspects qui semblent aller de pair avec l'exercice de la médecine peuvent avoir des effets néfastes sur la vie personnelle des médecins. Un sens exagéré des responsabilités, la culpabilité et le fait de douter de soi, le perfectionnisme, le désir de maîtriser la situation et la tendance à trop travailler sont tous des facteurs qui peuvent favoriser la négligence de soi et provoquer l'échec des relations intimes. Warde et ses collègues ont constaté qu'il existait un lien étroit entre une plus grande satisfaction conjugale et parentale et la diminution des conflits entre les obligations professionnelles et familiales. Afin d'atteindre une satisfaction parentale et conjugale, il est important de réduire au minimum les conflits entre les exigences de la formation et les obligations familiales et d'avoir un partenaire qui nous soutient.

Lorsque les médecins négligent leur propre santé, qu'ils ressentent toujours le besoin d'être maître de la situation, qu'ils utilisent leur travail pour échapper à leur vie personnelle et qu'ils n'établissent pas de limites acceptables entre leur vie professionnelle et leur vie familiale, ils s'exposent à des problèmes relationnels. De plus, un grand nombre de médecins sont gênés d'admettre qu'ils ont besoin d'aide sur le plan relationnel. Ils sont souvent des « guérisseurs blessés », qui ont déjà été exposés à des agents de stress les rendant vulnérables à la maladie mentale ou qui sont atteints d'un problème de santé mentale non diagnostiqué (p. ex., troubles de l'humeur ou dépendance à l'alcool ou aux drogues). Et l'on se doute bien que ces problèmes risquent de s'intensifier dans les situations où les deux partenaires sont médecins. Les difficultés relationnelles peuvent se développer de façon insidieuse et il est important que les médecins soient sensibles aux signes avant-coureurs, comme les disputes plus fréquentes ou plus vives, une consommation accrue d'alcool, se noyer dans le travail, une diminution des rapports intimes ou simplement l'incapacité d'exprimer ses sentiments à son partenaire. Il existe toutefois des stratégies utiles pour favoriser et maintenir l'intimité au sein d'une relation, par exemple : réserver du temps pour communiquer avec son partenaire; lire sur la dynamique des relations; participer à des journées de réflexion sur les problèmes de couple; suivre une thérapie de couple et prendre le temps de répondre à ses propres besoins en matière de santé (p. ex., consulter régulièrement son médecin de famille).

### Réflexion à l'intention des éducateurs

Apprenez à connaître les partenaires et les autres personnes proches des résidents inscrits à votre programme, dès le début du programme de résidence. Informez les conjoints et conjointes des résidents sur les ressources en matière de santé auxquelles les familles ont accès (p. ex., programmes de santé des médecins). Ces personnes sont souvent les premières à percevoir les problèmes chez leur conjoint médecin et dans leurs relations familiales.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Il existe également de nombreuses interventions qui peuvent être mises en place en milieu de travail pour aider à réduire les conséquences néfastes du travail sur la vie personnelle du médecin. Des conditions de travail qui prévoient des périodes de vacances adéquates, un horaire de travail flexible et un travail à temps partiel équitable sont non seulement propices à l'amélioration de la vie familiale et du mieux-être mental, mais aussi à une plus grande satisfaction et productivité au travail. Les médecins sont les plus satisfaits dans leur rôle de parents lorsqu'ils peuvent compter sur un partenaire qui les soutient et que les conflits entre le travail et la famille sont réduits au minimum pour les deux partenaires. Le type de pratique médicale et le lieu où le médecin exerce peuvent aussi influencer les relations que le médecin aura avec ses enfants. Le groupe Armstrong, par exemple, a constaté que les médecins salariés éprouvaient plus de satisfaction dans leur rôle de parent que ceux qui étaient rémunérés à l'acte. Enfin, la situation d'emploi du partenaire semble influencer la satisfaction parentale. Ainsi, les médecins dont le conjoint ou la conjointe est un professionnel ou un parent à la maison éprouvent une plus grande satisfaction parentale.

## Résolution du cas

Le directeur du programme organise une journée de réflexion à l'intention des résidents et de leur partenaire. Le directeur invite un conférencier de renom pour discuter de questions liées à la santé du médecin, notamment l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle, et les moyens de maintenir de saines relations intimes et de reconnaître les problèmes de santé mentale. Le groupe des résidents juge l'expérience très utile et décide d'en faire un événement annuel, pour aider à prévenir le stress familial lié à la résidence et pour aider les résidents à reconnaître le rôle de leur famille dans leur programme de résidence.

## Principales références

Myers MF. 2004. Medical marriages and other intimate relationships. *Medical Journal of Australia*. 181 (7): 392–4.

Warde CM, Moonesinghe K, Allen W, Gelberg L. 1999. Marital and parental satisfaction of married physicians with children. *Journal of General Internal Medicine*. 14: 157–65.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Promotion de sains partenariats dans les familles de médecins

Dianne Maier, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons de l'importante de saines relations conjugales dans les familles de médecins et
- explorons les problèmes particuliers à de telles relations.

### Cas

Une résidente demande à rencontrer son superviseur pour prendre un café. Elle devient bouleversée en dévoilant qu'elle a fait un avortement spontané à une première grossesse il y a trois semaines et que son partenaire, un résident senior, est préoccupé parce qu'il se prépare à occuper un poste de boursier dans une autre ville. La résidente reconnaît que son partenaire a essayé de se montrer compatissant, mais elle a l'impression qu'il « ne se rend pas du tout compte de ce qui se passe ». Ses collègues ne savent rient de sa grossesse et de l'avortement spontané et elle a peur qu'ils l'apprennent.

## Introduction

Les mariages et relations semblables qui réussissent reposent sur la connaissance, l'amitié, la tendresse et l'admiration (Gottman 1999). Pour les médecins comme pour tout le monde, cela veut dire passer du temps ensemble pour développer l'avantage essentiel de telles relations : l'intimité. L'intimité veut dire la connexion, l'identification en tant que couple, la confiance et un sentiment de réciprocité. Elle comporte l'affection, la capacité de s'exprimer, la sexualité, la cohésion, la compatibilité, l'autonomie et la résolution de conflits (Myers 2001).

## Travail et vie familiale

Le problème du report à plus tard de l'intimité au profit du travail médical est bien décrit dans les ouvrages sur les mariages chez les médecins (Myers 2001 et Gabbard 1989). Certains médecins choisissent l'avancement professionnel au détriment de l'entretien de relations intimes, les longues heures de travail au détriment de leur vie à la maison. Les relations familiales des médecins en souffrent quand ces derniers remettent chroniquement à plus tard leur investissement dans « le compte de banque émotionnel » de leur famille et, dans certains cas, évitent d'admettre qu'en réalité, ils préfèrent leur travail à la vie familiale. Paradoxalement, par contre, la relation conjugale est la principale source de force pour faire face au stress de la pratique médicale (Gabbard 1989).

Les médecins qui vivent des partenariats intimes réussis apprennent tôt que certains attributs qui leur sont utiles au travail sont nuisibles à la maison. Par exemple, les médecins sont habitués à leur rôle d'expert et s'attendent à être en contrôle, mais leur partenaire ne devrait pas avoir à « suivre les ordres » et a besoin d'une influence égale dans la vie familiale (Gottman 1999). Contrairement à ce que vivent la majorité des médecins dans la formation médicale, le mariage n'est pas une question de concurrence. La perfection non plus n'est pas nécessaire ni même désirable. Les relations, par ailleurs, nécessitent du travail en temps réel, un sens de l'humour et un degré de chance. John Gottman, chercheur respecté en vie conjugale et en relations, insiste sur l'importance du sentiment positif dans les mariages réussis. Quand un sentiment positif réciproque surpasse le sentiment négatif au quotidien, les couples peuvent se reconnaître mutuellement de manière impartiale et encourageante et jouir d'un authentique partenariat. Il est aussi important de valoriser le travail et les autres activités du partenaire, à l'intérieur et à l'extérieur du foyer, que ce soit ou non en médecine.

Aussi attrayante que puisse être la pratique médicale, Michael Myers nous rappelle de dire oui à la relation et de savoir dire non à d'autres offres (Myers 2001), de passer au moins 20 minutes par jour seul avec son partenaire et de prévoir une sortie ensemble chaque semaine.

Monica Hill et Nancy Love citent l'auteur Henry James dans leurs ateliers sur les relations des médecins : « Trois choses sont importantes dans la vie des êtres humains. La première, c'est d'être gentil. La deuxième, c'est d'être gentil. La troisième, c'est d'être gentil. » Dans le cercle de la gentillesse, chaque partenaire a la responsabilité de travailler à régler les conflits. La critique démesurée, la défensive, le fait de ridiculiser, adopter une attitude de supériorité et « se renfermer » empoisonnent tous ce processus (Hill et Love 2008). Comme dans la population en générale, la violence conjugale et les comportements abusifs se produisent aussi dans les familles de médecins. C'est inacceptable et il importe qu'on y réponde par une assistance professionnelle appropriée.

## Relations médecin-médecin

Le conflit entre le travail et les rôles familiaux est parfois inévitable, qu'un partenaire ou les deux soient médecins Habituellement, la tension exercée sur les rôles est plus souvent observée chez les femmes médecins mais, en réalité, les hommes médecins la vivent aussi. La moitié des femmes médecins mariées le sont à d'autres médecins (Sobecks et collab. 1999). Les relations entre deux médecins présentent certains défis, comme les horaires compliqués et les compromis à faire sur le plan professionnel, mais si on prétend que le compromis représente une occasion professionnelle « unique » qui ne se représentera plus (Schrager et collab. 2007). On peut modeler, remodeler et sauver une carrière plus facilement qu'une relation et une famille. D'autre part, le partage d'intérêts professionnels peut être satisfaisant et amener à se comprendre davantage l'un l'autre, à mieux se soutenir et à partager les rôles parentaux (Schrager et collab. 2007). Par ailleurs, il semblerait que, par préférence, par décision partagée ou par défaut, les femmes médecins continuent d'assumer plus de responsabilités à la maison que leurs homologues masculins. Une nouvelle tendance semble aussi se dégager selon laquelle plus de femmes médecins sont le principal ou le seul soutien économique dans leur ménage.

La protection et l'entretien de nos relations intimes peuvent exiger que nous réexaminions nos responsabilités professionnelles et notre milieu de travail. Dans la formation de vos groupes de résidents ou en envisageant un éventuel milieu de pratique, gardez ces questions à l'esprit :

- Votre groupe discute-t-il de systèmes pour absorber les imprévus comme les congés parentaux ou les situations familiales urgentes? A-t-il des arrangements



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

de travail flexible? Comment transige-t-il avec les congés de maladie, les congés sabbatiques et les transitions de carrière?
- Est-ce que toutes les générations de médecins sont impliquées dans le processus?
- Est-ce que quelqu'un a ouvert la voie?
- Quelle est l'expérience du groupe avec les familles qui comptent deux conjoints médecins? (Rubin 2006).

Il est aussi important de prévoir l'important triangle géographique : foyer, école, milieu de travail. Si vous gardez la logistique la plus simple possible, votre mariage et votre famille peuvent en bénéficier à la longue.

## Élever ensemble des enfants

Pour bon nombre de femmes médecins, la question du moment propice pour planifier une grossesse est particulièrement difficile quand les exigences de la formation coïncident avec l'horloge biologique (Straehley 2006). Le soutien des collègues et du programme de formation est presque aussi important que le soutien du partenaire. Une mère médecin n'oublie jamais comment ses collègues l'ont traitée durant sa grossesse. De plus, les directeurs de programmes de résidence n'accompagnent jamais les résidentes diplômées à la clinique d'infertilité.

Le concept qu'il faut un village pour élever un enfant s'applique aussi aux familles de médecins. Les femmes médecins sont particulièrement conscientes que plus elles travaillent et plus elles choisissent d'avoir une famille nombreuse, plus elles devront se fier à des garderies en dehors du milieu familial. De nombreuses femmes médecins et couples de professionnels trouvent inestimables les services d'une gardienne qui réside à la maison pour s'occuper des enfants. Les services d'entretien ménager pour les autres tâches domestiques sont aussi un outil de gestion du temps qui profite à tout le monde.

Il faut se rappeler deux choses quand une relation entre médecins a le bonheur de produire des enfants :

1. Vous n'avez pas à atteindre la perfection, mais vous pouvez être assez bons.
2. « La vie des enfants n'attend pas. » (Warde 1996)

Peu de choses ont été publiées au sujet des enfants de médecins, mais nous savons par contre que les enfants veulent et méritent le temps et l'attention de leurs parents. Selon leur stade de développement, ceci peut vouloir dire allaiter pendant la durée recommandée, prendre le plus de congés parentaux possible, retarder à plus tard sa carrière ou se faire remplacer plus souvent par un collègue. Même si vous ne pouvez pas toujours être là, il est important de travailler avec votre partenaire et de communiquer avec votre enfant pour que vous puissiez être impliqués émotionnellement et sachiez ce qui se passe dans la vie de votre enfant (Sotile et Sotile 2000).

## Gérer son emploi du temps personnel et professionnel

Il est important de réfléchir aux répercussions des services de garde sur nos partenaires, qu'ils soient ou non médecins aussi, et sur nos enfants. Nous sommes nombreux à manifester des changements d'humeur et de comportement en anticipation du service de garde et quand nous revenons à la maison. Quand vous prenez les appels de la maison, pensez à l'impact sur votre famille dont le sommeil est perturbé par le téléphone ou votre départ pour l'hôpital (Maier 2005). Impliquez votre partenaire dans votre plan de gestion de la fatigue.

Les vacances sont l'un des éléments non urgents mais importants de la gestion du temps. Les vacances qui ont pour modèle le jeu et le plaisir – et non pas la perfection – dans lesquelles être plutôt que faire est valorisé et où l'on savoure le plaisir juste pour le plaisir, sont saines pour toute la famille (Maier 2005).

### Résolution du cas

À la suggestion de son superviseur, la résidente et son partenaire suivent un counseling de couple et discutent de ce que la grossesse avait signifié pour eux. Elle s'inquiète de son horloge biologique et croient qu'elle et son conjoint reportent depuis trop longtemps leur famille et d'autres aspects de leur vie ensemble. Elle avait cru qu'un enfant aurait pu aider à préserver sa relation, étant donné l'attirance de son partenaire à l'endroit de « plus de médecine encore » et des accomplissements. Dans les autres séances, elle comprend que les sentiments de son partenaire sont différents, mais tout aussi valides que les siens. Il exprime sa crainte de s'abandonner à ses sentiments, ce qui le détournerait de sa carrière. Avec l'aide du conseiller, ils examinent ensemble leurs priorités en ce qui a trait à la carrière et au moment d'avoir des enfants. À la fin des séances, ils comprennent mieux leurs objectifs réciproques et les mesures de soutien à leur disposition pour les aider à les réaliser.

## Résumé

La gestion des attentes de nos partenaires et des autres peut se révéler problématique dans les relations chez les médecins. Certaines de ces attentes peuvent être de nature financière, découlant de certaines visions de ce que le style de vie des médecins devrait être. D'autres prennent la forme de l'attente d'un « service de concierge » au sein du système de santé. Et d'autres sont simplement le fait d'être pris en « sandwich » entre nos enfants et nos parents alors que nous atteignons l'âge mûr. Les attentes dans l'un ou l'autre de ces domaines peuvent entraîner du stress dans la relation. Toutes méritent réflexion, une bonne communication et de faire attention de maintenir des limites appropriées et omniprésentes.

Les relations traversent des cycles. Si vous éprouvez des difficultés dans votre relation conjugale, rappelez-vous que vous n'êtes pas seuls. Le Dr Michael Myers, dans son livre *Doctors' Marriages*, partage sa sagesse et dit que la thérapie de couple face à face fonctionne le mieux. Demandez une aide professionnelle en vous adressant aux ressources communautaires ou à votre programme de santé des médecins. Obtenir de l'aide est un signe de force et un signe d'engagement à l'endroit de votre relation.

## Principales références

Myers MF. 2001. The well-being of physician relationships. *Western Journal of Medicine*. 174: 30–3.

Sotile WM et MO Sotile. 2000. *The Medical Marriage*. Chicago: American Medical Association.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Médecins parents : problèmes particuliers

Leah J. Dickstein, MD MA DLFAPA et Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons certains problèmes auxquels sont souvent confrontés les médecins parents,
- résumons les mécanismes de soutien auxquels les programmes peuvent avoir recours pour favoriser la résilience des résidents qui ont des enfants,
- proposons des stratégies visant à favoriser le développement des résidents dans leur rôle de parents.

### Cas

Une résidente de deuxième année et son partenaire ont récemment adopté un bébé. En général, leur milieu leur procure soutien et amitié. Cette année, toutefois, plusieurs résidents sont en congé parental et la fréquence des gardes est plus élevée que d'habitude. Plusieurs collègues ont exprimé le souhait que la résidente ne demande pas de congé parental, car la fréquence de leurs gardes serait alors de un sur quatre. La résidente avait effectivement l'intention de demander un congé, mais elle craint maintenant d'en faire la demande au directeur du programme.

## Introduction

D'immenses joies sont reliées au fait de devenir parent. Les enfants ajoutent à la vie une dimension à la fois unique et merveilleuse, et le rôle de parent offre des occasions de mieux se connaître. Cependant, être parent peut aussi rendre encore plus complexe la gestion de vies personnelles et professionnelles déjà fort chargées. De l'avis de certains, les médecins parents ne s'engagent pas suffisamment sur le plan professionnel, alors que d'autres estiment que les médecins manquent d'altruisme parental. Les problèmes auxquels font face les médecins parents sont nombreux et leur complexité est liée à la fois aux rôles personnels et professionnels des médecins.

## Congé parental

Chaque organisation provinciale de résidents a négocié pour ses membres des politiques sur les congés parentaux, dont un grand nombre concernent directement les congés de naissance et d'adoption. Ces politiques cadrent parfaitement avec les principes et les objectifs du programme fédéral de congé parental et permettent à de nombreux stagiaires d'obtenir un congé pouvant atteindre un an. Il faut appuyer, et même encourager, les résidents qui souhaitent profiter d'un congé parental durant leur formation. Il faut du temps pour créer de bons liens affectifs avec un enfant. De plus, un congé adéquat permet à toute la famille de s'adapter ensemble aux différentes phases de la venue d'un enfant, depuis l'attente jusqu'à l'arrivée, l'intégration et, finalement, la reprise des rôles professionnels. Les efforts investis dans les familles de médecins sont non seulement judicieux, mais ils contribuent aussi directement à la viabilité à long terme des effectifs médicaux.

## Choix de carrière

Au Canada, la médecine spécialisée est actuellement marquée par d'importants changements démographiques, qui ont trait notamment à l'âge et au sexe des praticiens. Ainsi, le nombre de femmes spécialistes n'a jamais été aussi élevé, y compris dans des domaines qui étaient généralement à prédominance masculine. Parallèlement, le nombre d'hommes qui profitent des politiques relatives aux congés parentaux n'a jamais été aussi élevé. On observe donc au Canada une saine évolution des rôles qui étaient traditionnellement assignés à un sexe en particulier. Cependant, ces changements ont aussi créé de nouveaux problèmes pour les programmes de formation, qui cherchent un équilibre entre les principes d'une solide formation et éducation, les droits et les responsabilités de la personne, ainsi que les problèmes liés aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Ces efforts de conciliation peuvent être difficiles et exigent souvent innovation, souplesse et créativité. Les étudiants en médecine observent cette transition et pourraient ne pas choisir la spécialisation s'ils estiment qu'un tel choix de carrière pourrait aller à l'encontre de leurs valeurs et de leurs attentes sur le plan familial.

Pour sa part, la médecine universitaire n'a pas été particulièrement favorable aux médecins parents qui, en général, bénéficient d'un soutien moindre de la part de l'établissement (financement de la recherche, mentorat, soutien administratif) que leurs collègues qui n'ont pas d'enfant, ont tendance à publier moins, estiment que leurs objectifs de carrière sont plus longs à atteindre et éprouvent un niveau de satisfaction professionnelle moindre. Par conséquent, pour que la médecine universitaire spécialisée demeure solidement fondée sur le savoir, elle se doit d'explorer et d'adopter de nouveaux mécanismes de perfectionnement professionnel.

## Les problèmes particuliers des médecins parents

Les médecins parents sont dans une position unique, car ils doivent à la fois promouvoir et surveiller la santé et le développement de leurs enfants. Leurs connaissances sur la santé sont utiles et précieuses mais, comme tout autre parent, leur objectivité est limitée. Il est essentiel qu'ils veillent à ce que leurs enfants aient un médecin de premier recours, qualifié et à l'aise de travailler dans la dynamique propre aux familles de médecins. Il est également essentiel que les médecins évitent de franchir ou d'enfreindre les limites avec leurs propres enfants. Ils ne devraient assumer de rôle clinique direct qu'en situation d'urgence et, dans les autres cas, ils devraient privilégier une relation de collaboration avec leur enfant et son médecin.

Les médecins parents estiment que les longues heures de travail réduisent le temps de qualité qu'ils peuvent consacrer à leurs enfants. Dans la mesure du possible, les parents devraient consacrer du temps expressément à leurs enfants, être régulièrement présents dans l'environnement de leurs enfants et veiller à favoriser un climat propice aux communications libres et ouvertes. Les enfants n'accepteront pas la médecine comme excuse pour expliquer l'éloignement ou la présence insuffisante de leurs parents, ni ne devraient avoir à le faire. D'ailleurs, passer du temps avec ses enfants est un moyen sain de se libérer du stress lié à la formation médicale, de se replonger dans un monde marqué par l'imaginaire, la créativité et le jeu, et d'apprécier les joies d'aimer et d'être aimé.

Les couples de médecins sont de plus en plus nombreux et ceci a pour effet de créer des milieux familiaux très occupés, dont la gestion requiert une bonne planification, des communications ouvertes, de la souplesse et de la créativité. Les médecins parents à l'horaire fort



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

chargé doivent porter une attention toute particulière aux besoins affectifs et physiques de leur partenaire, pour favoriser l'intimité et l'épanouissement au sein de leur couple. Les médecins parents devraient être ouverts au counseling si leur couple éprouve des difficultés importantes : une intervention précoce s'accompagne d'un taux élevé de réussite.

Enfin, les médecins sont des personnes très performantes qui essuient rarement l'échec. Cependant, pareille attitude peut, par inadvertance, amener les médecins parents à avoir des attentes irréalistes à l'égard de leurs enfants. Il est bon que les médecins parents participent à des activités communautaires avec d'autres familles, qu'ils surveillent leur niveau d'attente et d'approbation et qu'ils profitent tout simplement du développement normal de leurs enfants.

## Comment les programmes de résidence peuvent aider

On encourage les programmes universitaires à reconnaître ouvertement et chaleureusement les circonstances et les besoins uniques et universels des résidents parents. Ceci pourrait se faire en invitant les membres des familles à des séances d'orientation et à des journées de réflexion sur le programme (et en offrant sur place des services de garde gratuits); en mettant à la disposition des familles un membre du personnel qui connaît bien les ressources communautaires auxquelles les familles peuvent avoir accès (p. ex., fournisseurs de soins primaires, conseillers pédagogiques, thérapeutes conjugaux/familiaux, centres de loisirs, services de garde); en offrant des renseignements sur les garderies situées à proximité et les établissements offrant des services de garde après les heures normales de travail, ainsi qu'en instaurant des procédures équitables pour le traitement des demandes de congé parental. Les programmes favorables aux familles bénéficient souvent d'un avantage et réussissent à recruter et à maintenir en fonction d'excellents résidents qui, en retour, contribuent à l'atteinte des objectifs du service dans un esprit de collégialité, de communauté et de respect.

## Résolution du cas

La résidente prend rendez-vous avec le directeur de programme et présente une demande officielle en vue d'obtenir le congé parental maximal auquel elle a droit. Le directeur de programme se dit très heureux pour la résidente et sa famille et indique qu'il approuvera la demande. Il note cependant qu'il lui sera difficile d'assurer les services cliniques et les services de garde durant un mois en particulier; la résidente accepte de travailler à temps partiel durant ce mois pour faciliter son absence. La résidente a pu facilement gérer cette demande avec son partenaire, à la satisfaction de tous. En rétrospective, la résidente considère que cette année de congé fut l'une des plus belles expériences de sa vie.

## Principales références

Dickstein LJ, ed. 1998. *Health Awareness Workshop Reference Manual.* Louisville: Practive Press.

Puddester D. 2004. Staying human in the medical family: the unique role of doctor-parents. *Medical Journal of Australia.* 181 (7): 395–8.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Outils pour prendre soin de soi

Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

La plupart des personnes qui choisissent la médecine ont en commun certaines caractéristiques particulières qui les aident à devenir des personnes très performantes. Il s'agit généralement de personnes dynamiques, enthousiastes, intelligentes et autodisciplinées, qui travaillent fort et qui ont appris à reporter la gratification pour réaliser leurs aspirations. Elles sont idéalistes, et la plupart choisissent la médecine parce qu'elles veulent contribuer à la santé et au bien-être d'autrui.

Cependant, la médecine est une profession exigeante et il est difficile d'y imposer des limites. Les défis viennent de l'exposition constante à la souffrance, de la lourde charge et des longues heures de travail, des contraintes de temps, des exigences physiques et mentales et du manque de ressources. Le caractère stressant du travail et du milieu de travail peut avoir des conséquences négatives. Les médecins sont bien conscients de la détresse des autres mais ils sont souvent moins attentifs au stress et à la fatigue qu'eux-mêmes ressentent. Le fait de s'occuper de façon intensive des autres mène souvent à la négligence de soi.

Nous savons que les médecins sont bien au fait des comportements qui contribuent à une bonne santé. Cependant, nous savons aussi que, lorsque les médecins sont submergés par les exigences de leur profession, ils ont eux-mêmes tendance à négliger ces comportements essentiels à une vie saine. Or, cette négligence compromet non seulement la santé du médecin, mais aussi sa capacité de continuer à prendre soin des autres.

## Lorsqu'on néglige de prendre soin de soi

Lorsqu'un médecin devient à ce point absorbé par son travail qu'il en oublie de s'occuper de lui, il s'ensuit généralement une cascade de symptômes induits par le stress. Le sentiment d'être constamment submergé crée de la frustration et de l'irritabilité. Le médecin peut devenir sujet à des emportements émotionnels ou avoir les larmes aux yeux face à des situations cliniques difficiles. Il peut perdre intérêt pour des activités qui lui procuraient auparavant beaucoup de plaisir. Parallèlement, le refus d'admettre l'importance de ces symptômes et la vulnérabilité qu'ils traduisent peuvent amener le médecin à travailler encore plus.

Les symptômes physiques peuvent inclure des maux de tête intermittents, des problèmes gastro-intestinaux et de la difficulté à dormir, la personne ayant souvent tendance à se réveiller entre 2 h et 4 h du matin. Ces symptômes peuvent aussi s'accompagner de changements dans l'appétit qui se transforment peu à peu en de mauvaises habitudes alimentaires, p. ex., se tourner vers la restauration rapide plutôt que de prendre le temps de se préparer de bons repas. L'énergie diminue et le sentiment d'épuisement devient persistant.

Lorsqu'une personne se sent épuisée affectivement et physiquement, l'idée de faire de l'activité physique est peu attrayante. L'activité physique devient donc une faible priorité, et le manque d'exercice mine encore plus l'énergie de la personne et son sentiment de bien-être.

La fatigue émotionnelle et physique mène à des changements de comportement. La baisse d'intérêt pour des activités que la personne aimait auparavant pratiquer durant ses temps libres mène à un repli sur soi et à l'isolement personnel. Les relations avec la famille et les amis sont compromises et les relations professionnelles interpersonnelles peuvent être perturbées. La personne adopte de mauvaises stratégies d'adaptation qui peuvent inclure une augmentation de la consommation de café, d'alcool ou de drogues illicites.

La personne qui ressent une partie ou la totalité de ces effets risque également d'avoir un piètre sentiment de satisfaction et d'être démoralisée. Il est en effet facile de perdre de vue ses réalisations lorsqu'on est submergé de travail. La personne est désabusée et ressent un malaise, voire se sent carrément malade. Ce sont là des signes de stress important.

Mais y a-t-il une solution, étant donné les demandes omniprésentes de la profession? Et bien, la solution n'est peut-être pas aussi difficile qu'on le croit. Cependant, elle requiert d'abord et avant tout une prise de conscience des risques présents, ainsi qu'une attention réfléchie aux mesures nécessaires pour prendre en main sa santé. Prendre soin de soi est pour le médecin l'occasion idéale de mettre en pratique les mesures de prévention.

## Solutions : Penser « prendre soin de soi »

Dans son ouvrage *Les sept habitudes de ceux qui réalisent tout ce qu'ils entreprennent,* Steven R. Covey présente des arguments irréfutables en faveur des « principes de l'auto-renouvellement équilibré », qu'il décrit comme le moyen de protéger et d'améliorer ce que nous avons de plus précieux : nous-mêmes. Covey définit quatre domaines : ph ysiques,émotionnels,spirituels et mentaux, à explorer afin de bien prendre soin de soi. Pour être efficace, il faut tenir compte de ces quatre domaines et également prendre en main les éléments qui peuvent être maîtrisés.

La planification d'une saine alimentation est un bon point de départ dans la prise en charge de sa condition physique. Nous pouvons décider quoi et quand manger. Le fait de prendre le temps d'acheter des aliments sains et de préparer des repas nourrissants contribuera à améliorer la sensation d'énergie et le sentiment de bien-être d'une personne. Il est également crucial de planifier du temps en dehors du travail pour faire régulièrement de l'activité physique.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Les données indiquant que l'activité physique est essentielle à la santé physique et mentale sont nombreuses, et la pratique régulière d'une activité physique est l'un des meilleurs outils pour réduire le stress. Choisissez une activité que vous aimez. Trouvez quelqu'un avec qui pratiquer cette activité et engagez-vous à le faire régulièrement. Une saine alimentation et la pratique régulière d'une activité physique, combinées à une consommation réduite de caféine et d'alcool, augmentent notre niveau d'énergie, nous font voir les choses sous un jour meilleur et favorisent un sommeil adéquat et réparateur. Cependant, même si ces stratégies de soins autodirigés sont simples et accessibles, on les oublie souvent lorsqu'on est occupé.

Pour aborder la question des soins nécessaires d'un point de vue affectif, il faut d'abord reconnaître qu'un besoin exagéré d'autosuffisance peut mener à la solitude et l'isolement. Le bien-être émotionnel exige d'une personne qu'elle s'autorise à se considérer elle-même comme une priorité. Le fait de s'investir dans des relations interpersonnelles améliore notre conception de la vie. Réservez-vous du temps durant la semaine pour être avec les autres. Sachez apprécier l'entraide qu'engendre la collégialité. Passez du temps avec votre famille et vos amis, à rire et à vous amuser. Apprenez des stratégies comme les techniques de relaxation pour développer la résilience émotionnelle dont vous aurez besoin en situation de stress.

Chaque personne peut nourrir sa spiritualité de différentes façons. L'essentiel, c'est d'apprendre à s'écouter . Quelles sont nos valeurs? Qu'est-ce qui nous motive et nous passionne vraiment? À quoi sommes-nous prêts à consacrer notre vie? Les réponses à ces questions guident chacun de nous dans notre quête du sens à donner à notre vie. La prise de conscience de son être spirituel requiert une attention réfléchie.

Les outils visant à assurer le bien-être cognitif incluent des stratégies qui utilisent l'intellect pour stimuler de façon positive notre pensée et donc notre perception. Le plaisir de lire procure un moyen de s'évader de la dure réalité quotidienne. La rédaction d'un journal est un excellent moyen d'évacuer le stress. Le fait de consigner ses sentiments par écrit peut en effet aider la personne à ralentir sa cadence et à réfléchir à sa vie personnelle et professionnelle. La rédaction d'un journal peut se faire sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Une stratégie cognitive qui permet de prendre délibérément soin de soi consiste à apprendre à se fixer des limites de temps et à utiliser son temps judicieusement. Il faut aussi prévoir du temps et des moments pour se ressourcer. Des temps d'arrêt quotidiens, hebdomadaires et annuels s'imposent.

## Récapitulatif

Les outils de soins pour répondre à leurs besoins semblent évidents pour la plupart des médecins : ne sont-ils pas des spécialistes dans l'art de mener une vie en santé? Cependant, alors qu'ils appliquent quotidiennement ces connaissances pour guider et éduquer leurs patients, les médecins constatent souvent que, face à leurs multiples obligations, la gestion de leur propre santé chute au dernier rang de leurs priorités. Les médecins doivent reconnaître que ces soins et l'utilisation des outils nécessaires pour répondre à leurs propres besoins sont des stratégies non seulement judicieuses, mais essentielles pour avoir et maintenir une vie professionnelle enrichissante.

## Principales références

Covey SR. 1989. *The 7 Habits of Highly Effective People*. New York: Simon & Schuster.

Sotile WM and MO Sotile. 2002. *The Resilient Physician: Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago: American Medical Association.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Conscience de soi et gestion du stress

John Smythe, MD BA FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons le concept fondamental de la conscience de soi,
- décrivons quelques techniques pour développer la conscience de soi,
- examinons des moyens d'intégrer ces techniques à la routine quotidienne.

### Cas

Un résident de troisième année a souffert d'anxiété durant toute sa formation médicale. Au cours de la dernière année, sa crainte d'être moins compétent que ses pairs a rendu son anxiété particulièrement aiguë. Pour faire face au stress, le résident sombre dans un cycle quotidien de frénésie alimentaire puis de purge. Le résident cherche à dissimuler son comportement aux autres, car ceux-ci considèrent l'anxiété et la boulimie comme des signes d'inaptitude. Le résident décide toutefois de s'inscrire à un programme d'introduction à la conscience de soi offert par l'école de médecine.

## Introduction

La route qui mène à l'exercice indépendant de la médecine est longue, exigeante et remplie de stress. La manière dont les résidents gèrent leur stress détermine en grande partie le plaisir qu'ils éprouveront durant cette période de leur vie. Un grand nombre gère le stress inévitable des années de résidence en se concentrant sur l'aboutissement – la « lumière au bout du tunnel » – et donc en maintenant des habitudes acquises avant même d'être admis en médecine : « Si je réussis à être accepté, tout ira bien par la suite ». Pour atteindre cet objectif, la personne met en veilleuse le temps pour elle, ses relations, son sommeil et d'autres besoins. Mais bien sûr, sa charge de travail continue d'augmenter : « Oh, ce sera différent durant la résidence; je ferai de l'argent et je pourrai finalement me concentrer sur ma réelle vocation ». Mais la résidence amène son lot de nouvelles exigences et de nouveaux facteurs de stress et, là encore, le résident cherche à se persuader que la « vraie vie » commencera plus tard.

Il est souvent judicieux de reporter certains choix dans l'attente de ce que l'avenir nous réserve. Nous savons très bien quels résultats nous obtiendrons si nous attendons la semaine précédant les examens pour commencer à étudier. Cependant, bien qu'il soit utile de planifier pour l'avenir, il est malsain de ne vivre que pour l'avenir. Quelle est la différence, direz-vous? Et bien, planifier pour l'avenir signifie axer ses actions de manière à ce qu'elles contribuent à la réalisation d'un résultat souhaité. Vivre pour demain signifie faire abstraction de ses sentiments actuels dans l'espoir que les choses iront mieux lorsque l'objectif aura été atteint. Pareille attitude équivaut à de la négligence de soi.

## Gérer le stress par la conscience de soi

Cette habitude de vivre pour demain est toutefois une mauvaise stratégie d'adaptation, car elle s'appuie sur la fausse prémisse que demain est plus garant de la réalité que ne l'est le moment présent. Or, le moment présent est le seul dans lequel nous existons. Certes, la nature du moment change et évolue constamment mais, quoiqu'il arrive, c'est maintenant que nous le vivons. Il faut donc gérer notre stress tout de suite ou pas du tout. Et l'élément central de la gestion du stress est l'attention que nous nous accordons au moment présent.

La conscience de soi signifie de porter attention à ce que l'on fait, au moment où on le fait. Il est utile de se demander dans quelle mesure nous sommes habituellement attentifs à ce qui nous entoure. Sommes-nous attentif à la moindre bouchée que nous prenons au petit déjeuner ou prenons-nous ce repas en toute hâte, en avalant notre café d'un trait tout en parcourant nos courriels et en portant une attention distraite à la radio en arrière-plan? Écoutons-nous attentivement ce que nous disent nos patients ou sommes-nous plus préoccupés par le désir de terminer l'examen de tous les patients avant le transfert de garde? Pour la plupart d'entre nous, l'oubli de soi est la norme. La conscience de soi n'est pourtant pas un concept qui nous est étranger, car nous y avons souvent recours. Ce concept désigne à la fois la capacité de concentrer notre attention sur ce texte en le lisant et la capacité qu'a notre cerveau de savoir quand notre attention est détournée. La conscience de soi n'est pas une réflexion, mais une prise de conscience qui donne naissance à nos pensées et à nos perceptions. Le fait d'approfondir notre conscience de soi par des exercices constituerait en quelque sorte une méthode d'inoculation contre le stress.

## La relaxation

Le stress est inévitable : le stress est provoqué par le changement et la vie est changement. Rien n'est immuable. Lorsque les résidents terminent leur formation, d'autres défis les attendent. Mais tout comme nous pouvons nous préparer à un examen en étudiant, de même pouvons-nous nous préparer au caractère inévitable du stress en nous habituant à sa présence. Le stress déclenche une cascade prévisible de réactions physiologiques, que l'on désigne réponse au stress. Cette cascade inclut une augmentation du flux sympathique, une accélération du pouls et une élévation de la tension musculaire, de

### La réflexion : la mise en pratique de la conscience de soi dans la vie de tous les jours

- Avant de vous lever le matin, prenez quelques respirations en portant attention à ces mouvements.
- Une fois par semaine, essayez de vous préparer un petit déjeuner et de le manger dans le calme, sans distraction.
- Soyez attentif à votre environnement.
- Respectez les limites de vitesse sur la route et arrêtez-vous lorsque le feu devient orange.
- À quelques reprises durant la journée, arrêtez-vous un moment pour prendre quelques respirations et vous recentrer.
- Soyez attentif au monde qui vous entoure : par exemple, lorsque vous entendez le téléphone sonner ou une porte claquer, prenez quelques instants pour prendre conscience de l'endroit où vous êtes et de ce que vous ressentez.
- Inscrivez-vous à des cours de méditation, de yoga, de tai-chi, etc.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

la tension artérielle et des taux d'hormones du stress. De nombreuses recherches montrent que les techniques de prise de conscience de soi provoquent une réaction de relaxation qui s'oppose à la réponse au stress et qui a pour effet d'apaiser le système nerveux autonome et de réduire les effets physiologiques du stress. Le degré d'apaisement physiologique ainsi obtenu dépasse largement celui atteint dans tout autre état, y compris le sommeil.

## Exercices sur la conscience de soi

La conscience de soi peut être mise en pratique de deux façons : d'une manière informelle, durant la pratique des activités quotidiennes et, d'une manière formelle, par des exercices de méditation structurés. En développant la conscience de soi par la pratique régulière d'exercices précis, il est possible de développer l'habitude de prendre conscience de ses activités quotidiennes. Essayez cet exercice au moment de votre prochaine « pause respiration ». Placez une main sur votre plexus solaire. Concentrez-vous sur les mouvements et la sensation de votre abdomen qui se contracte et se détend à chaque respiration. Avant longtemps, votre esprit se laissera sans doute aller à penser à cette expérience ou à autre chose qui n'y est d'aucune façon reliée. Lorsque vous vous rendez compte que votre esprit s'est égaré, dissipez ces pensées et concentrez-vous de nouveau sur votre respiration. Répétez cet exercice pendant quelques minutes. Il est à la fois simple et difficile de rester concentré : il faut de la discipline pour former son esprit à vivre uniquement le moment présent, alors que nous avons tendance à vouloir le contrôler.

## La crainte de se faire des amis

Le stress vient de notre désir de vouloir créer la certitude dans un monde incertain. Cette anxiété nous amène souvent à faire abstraction de nos sentiments (p. ex., procrastination, rester « écrasé » devant la télévision) ou à chercher à les contrôler (p. ex., faire sans cesse des listes, vérifier constamment son courriel). De telles activités peuvent soulager momentanément notre anxiété mais, lorsque l'anxiété prend le dessus dans notre vie, les activités motivées par l'anxiété deviennent alors des habitudes profondément ancrées. Pour gérer le stress efficacement, nous devons affronter adéquatement nos peurs. Et la conscience de soi est la clé pour y parvenir.

Lorsque nous sommes dans un état de prise de conscience de soi, nous nous permettons de ressentir tous les sentiments qui surgissent en nous. Que nous soyons rongés par la colère ou morts d'ennui, nous nous permettons simplement de prendre conscience de ce sentiment. En assumant nos sentiments désagréables et en acceptant ces expériences humaines naturelles, nous réduisons la maîtrise qu'ils exercent sur nous. Lorsque notre téléavertisseur sonne, notre patience et notre expérience nous permettent d'y répondre d'une manière calme et raisonnable, malgré la vague de pensées et de sentiments qui déferle en nous. L'apprentissage de la conscience de soi peut nous apprendre à être attentifs à nos sentiments et à chasser les pensées qui habituellement nous envahissent lorsque surgit la crainte ou l'impatience.

### Résolution du cas

En pratiquant des techniques de prise de conscience de soi comme la méditation, le yoga et l'exploration de soi, le résident parvient après quelques semaines à diminuer et finalement à éliminer ses épisodes boulimiques. Le résident commence aussi à s'interroger sur la perception négative qu'il a de lui-même et il consulte pour ses troubles de l'alimentation et sa faible estime de soi. Le résident parle de ses problèmes et de ses craintes à un ami proche; il se sent moins isolé et ressent moins d'anxiété par rapport à la vie en général. Le résident entend poursuivre régulièrement ses exercices de méditation.

## L'acceptation de soi

Lorsque nous prenons conscience de nos sentiments désagréables et des réactions habituelles qu'ils déclenchent, nous pouvons devenir critiques envers nous-mêmes : « Je ne peux pas croire que j'ai été à ce point sensible (ou insensible) ». Cependant, le but de la prise de conscience de soi est de s'accepter, et non de se juger. Que nous soyons grincheux ou fatigués, insatisfaits sur le plan sexuel ou sereins, ce qui importe est de pouvoir développer notre capacité de prendre conscience et d'être, quelle que soit la situation. L'acceptation de soi est le fondement de l'estime de soi. L'acceptation de soi nous donne la confiance nécessaire pour être vrai et authentique. Lorsque nous connaissons mieux notre propre nature et que nous acceptons davantage nos caprices et nos manies, il nous est naturellement plus facile d'accepter les autres. Dans l'exercice de la médecine, il n'y a pas meilleur service à rendre à nos patients que de leur offrir notre attention et notre acceptation. La prise de conscience de soi est donc un acte de bienveillance envers nous-mêmes, qui profite également aux autres.

## Principales références

Hassed C, de Lisle S, Sullivan G, Pier C. 2008 Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Advances in Health Sciences Education*. In Press.

Kabat-Zinn J. 1994. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion Press.

Wicks RJ. 2007. *The Resilient Clinician*. New York: Oxford University Press.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Rédaction d'un journal personnel

Helga Ehrlich, MD CCFP FCFP

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les bienfaits de la tenue d'un journal personnel pour guider l'autoréflexion,
- examinons comment la tenue d'un journal personnel peut aider à clarifier nos valeurs et nos convictions et ainsi nos réactions face à diverses situations,
- montrons comment la rédaction d'un journal personnel peut nous aider à ralentir notre cadence, à nous concentrer et à prendre conscience des émotions que nous ressentons.

## Cas

Un résident de deuxième année a commencé son stage en cardiologie il y a deux semaines. Le résident a eu une semaine particulièrement difficile, avec un nombre d'admissions supérieur à la normale. Au début de la deuxième semaine, le résident admet à l'unité des soins coronariens un architecte de 53 ans qui vient de subir un deuxième infarctus du myocarde. Ce patient avait été en bonne santé jusqu'à son 49e anniversaire de naissance, auquel moment il a commencé à ressentir des douleurs angineuses. Un mois plus tard, il était victime de son premier infarctus. Son rétablissement s'était alors déroulé sans complication et il avait repris son travail environ trois mois plus tard. Ce deuxième infarctus, qui survient quatre ans plus tard, a rendu le patient très anxieux et celui-ci ne veut plus suivre aucun schéma thérapeutique.

Face à l'apathie du patient, le résident se sent menacé et a des doutes quant à la marche à suivre. Durant les tournées des malades avec le cardiologue membre du personnel, diverses données médicales sont examinées et s'ensuit un vif débat entre les membres de l'équipe au sujet du traitement thrombolytique approprié pour ce patient. Durant ses évaluations et interactions quotidiennes avec le patient, le résident éprouve de plus en plus de frustration et devient de plus en plus perplexe quant à la manière de communiquer avec ce patient.

La semaine suivante, surmené mais déterminé, le résident sort finalement de sa réserve. Il demande au patient ce qu'il a ressenti au moment d'apprendre qu'il avait subi un deuxième infarctus alors qu'il est au faîte de sa carrière et qu'il a une famille relativement jeune.

## Introduction

L'exercice de la médecine a toujours été fondé sur l'intersubjectivité de la vie. La médecine consiste en une série de rencontres cliniques complexes ponctuées de récits – des exposés durant lesquels une personne écoute et apporte son aide à une autre. Tout comme la narration, l'exercice de la médecine exige l'engagement d'une personne envers une autre et reconnaît que l'engagement authentique a un effet de transformation pour tous les participants (Charon, 2001).

Dans la foulée des recherches sur les communications centrées sur le patient et de l'intérêt croissant pour les sciences humaines en médecine, l'art de la médecine a développé ses modes de narration du savoir, en particulier ceux utilisés par les patients et les médecins. Par la narration, les médecins peuvent mieux comprendre les expériences vécues par leurs patients, de même que leur propre parcours comme médecins (Charon, 2004). Et l'un des moyens de parvenir à cette compréhension est de consigner les expériences que nous vivons avec nos patients.

## Un journal du processus de deuil

La Dre Milne traversait un processus de deuil complexe. Elle était affligée par la perte de deux jeunes patients issus de deux familles très différentes, qui sont décédés au cours de la même semaine. Elle a entrepris d'écrire un journal personnel, dans lequel elle décrivait ses pensées et ses sentiments face à ces événements difficiles. Elle écrivait en laissant sciemment libre cours à sa pensée, sans interrompre le flux des mots et en laissant les sentiments faire surface.

Elle décrivit les chambres dans lesquelles Jason et Steven étaient morts et fut étonnée de la précision avec laquelle elle se rappelait certains détails : l'aquarium de Jason, la lumière du matin qui filtrait à travers les rideaux sur le visage fatigué de Steven, les bruits en sourdine et les rencontres avec les différents membres des familles.

Elle se rappelait le gros bouquet de ballons gonflés à l'hélium qu'elle avait acheté en quittant le travail, le lendemain de la mort de Jason. Elle rentrait à la maison où l'attendaient sa fille de deux ans et son fils qui était de l'âge de Jason. Elle voulait apporter à ses propres enfants un symbole de joie et d'espoir, et quelque chose qui pointait vers le ciel.

Durant les semaines qui suivirent, la Dre Milne relut à l'occasion son journal, y ajoutant d'autres souvenirs. Ce processus lui permit de réfléchir à sa réaction et d'examiner pourquoi elle s'était sentie si accablée. Elle se rendit compte à quel point elle s'était identifiée à la famille de Jason et qu'elle regretterait de ne plus voir Steven et sa famille. En exprimant ainsi ses pensées, elle apprit à être plus patiente envers elle-même. Elle commença aussi à parler avec un collègue plus expérimenté de la manière dont elle gérait les situations. Elle prit conscience que ces souvenirs étaient importants pour elle et que le fait de les consigner par écrit l'avait éclairée et lui avait permis de mieux accepter ses émotions, en plus de lui procurer un certain réconfort.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Discussion

La médecine est une profession basée sur des relations. Les médecins qui dispensent des soins cliniques sont inévitablement touchés par les complexités inhérentes au traitement des patients, à savoir la joie, la souffrance, le courage, le deuil et l'amour. Par la pratique réfléchie, les médecins apprennent à définir et à interpréter leurs réactions émotionnelles face aux patients et, ce faisant, sont en mesure de comprendre leur propre parcours dans la vie et de faire ce qui est demandé – et indiqué – pour les patients malades et vulnérables (Charon, 2006).

Dans une certaine mesure, les médecins souffrent avec leurs patients; ils sont conscients des effets de la maladie qui change tout, de ce que la maladie signifie et revendique, du caractère injuste et aléatoire de la maladie et du courage qu'il faut pour l'affronter pleinement » (DasGupta, 2006). L'encadré donne un exemple qui illustre comment la tenue d'un journal personnel peut faciliter ce processus émotionnel.

## Récapitulatif

La rédaction d'un journal peut nous aider à combler les lacunes professionnelles et personnelles. L'exercice kinesthésique de l'écriture et celui de la lecture attentive permettent aux médecins de faire ce que le sociologue médical Arthur Frank qualifie de « réflexion par le récit ». Pour reprendre ses propos, « Penser à un récit consiste à le réduire à son contenu puis à analyser ce contenu [...] Penser en fonction d'un récit consiste à en faire l'expérience dans sa propre vie et à découvrir dans cet effet une certaine vérité sur sa propre vie » (traduction).

Les renseignements consignés dans un journal personnel peuvent donner forme à des expériences cliniques et permettre au rédacteur et au lecteur de les voir et de les comprendre. « Les expériences auparavant dépourvues de forme deviennent comme un édifice autour duquel le rédacteur peut marcher, pour en observer toutes les facettes et en comprendre les aspects qui étaient invisibles avant qu'on y donne forme » (traduction) (Frank, 1995). En consignant par écrit les expériences que nous vivons comme médecins, nous apprenons la valeur de raconter et de répéter, d'apprendre à comprendre, de respecter les nombreux récits authentiques qui nous sont présentés et d'apprendre de ces récits.

## Résolution du cas

Après avoir hésité, le patient a finalement parlé, avec soulagement, de sa crainte de l'échec et de sa peur de mourir. Il a exprimé sa colère et son ressentiment d'être atteint d'une maladie qui met sa vie en danger alors qu'il est au sommet de sa carrière. Il ne veut pas de la sympathie des gens et ne veut pas être un fardeau pour personne. Au moment où le résident terminait son stage en cardiologie, après avoir suivi le patient en réadaptation cardiologique, l'humeur du patient s'était grandement améliorée et il acceptait beaucoup mieux l'idée que les changements dans son mode de vie seraient permanents. Il était mieux en mesure de discuter de sa véritable expérience de la maladie cardiaque. Le résident a appris la valeur thérapeutique de parler avec un patient de sa maladie, car cet exercice aide à préciser ce que cette expérience signifie pour le patient et le médecin.

## Principales références

Charon R. 2001. Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of the American Medical Association.* 286: 1897–902.

Charon R. 2004. Narrative and medicine. *New England Journal of Medicine.* 350 (9): 862–4.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Activités et aptitudes physiques

Andrew Pipe, CM MD LLD(Hon) DSc(Hon)

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- présentons des données attestant des bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique,
- décrivons l'importance d'intégrer la pratique régulière d'une activité physique dans son mode de vie,
- discutons de l'importance de promouvoir les bienfaits de l'activité physique auprès de ses collègues, des étudiants et de la communauté médicale en prêchant par l'exemple.

### Cas

Un résident de quatrième année constate qu'il est plus essoufflé qu'avant en montant l'escalier. Très actif à l'adolescence et durant ses études en médecine, le résident est devenu de plus en plus sédentaire durant ses quatre années d'études postdoctorales. Les exigences du travail et la nécessité de passer du temps avec sa partenaire et leur petite fille semblent désormais l'empêcher de pratiquer une activité qu'il aimait faire durant ses études de médecine et sa première année de résidence, c'est-à-dire faire du jogging en se rendant à l'hôpital.

## Introduction

Les bienfaits de l'activité physique pour la santé sont connus depuis longtemps et sont démontrés par des données incontestables et toujours plus nombreuses. La pratique régulière d'une activité physique diminue considérablement le risque de maladies chroniques et de mortalité prématurée. Tous les médecins reconnaissent le rôle important que l'activité physique peut jouer dans le maintien et l'amélioration de tous les aspects de la santé. Malheureusement, malgré ces connaissances, les médecins ne semblent pas plus actifs que la population en général. Et, tristement, bien que les étudiants en médecine fassent habituellement de l'activité physique de façon régulière, il arrive trop souvent qu'ils délaissent l'activité physique après avoir entrepris leur carrière.

Les difficultés liées à la conciliation de la vie professionnelle et de la vie personnelle, les contraintes de temps et les pressions que l'on s'impose souvent face à des responsabilités et des obligations qui s'opposent peuvent réduire sensiblement la probabilité que la pratique régulière d'une activité physique fasse partie du mode de vie du médecin. Parallèlement, bien des médecins abordent l'activité physique avec cette attitude axée sur la performance et l'accomplissement qui contribue en partie à leur succès durant leurs études et leur carrière. Cependant, bien qu'un modèle d'activité physique basé sur la performance athlétique puisse être motivant et gratifiant pour certains, il est décourageant pour bon nombre. Il est rassurant de savoir qu'il n'est pas nécessaire d'atteindre ce niveau de performance pour bénéficier des bienfaits de l'activité physique pour la santé; de fait, trente minutes d'activité d'intensité modérée et pratiquée presque tous les jours suffisent. Les données montrent également que les médecins actifs sont beaucoup plus enclins à conseiller leurs patients sur l'importance d'un mode de vie actif et ses propriétés bénéfiques pour la santé.

## Description

L'activité physique modérée peut améliorer l'état de santé général (condition physique liée à la santé) et une activité physique plus intense améliorera la capacité athlétique (condition physique liée à la performance). Bien des gens ne réalisent pas que les multiples bienfaits pour la santé liés à la pratique régulière d'une activité physique – amélioration de la performance cardiorespiratoire et musculosquelettique et diminution du risque d'obésité, de diabète, de troubles circulatoires, de dépression, d'anxiété et d'ostéoporose – sont associés à une activité régulière d'intensité modérée. Il n'est donc pas nécessaire de devenir un athlète pour profiter des bienfaits considérables de l'activité physique. Les avantages d'une activité aérobie soutenue d'intensité modérée sont variés et vont bien au-delà de l'amélioration de la santé cardiovasculaire. L'activité physique régulière peut aussi devenir un moment de loisirs – au sens le plus large. Trente minutes consacrées à la marche, au vélo, au jogging, à la natation ou au patinage peuvent offrir un moyen d'échapper au téléavertisseur, au téléphone et aux pressions de l'exercice de la profession, ainsi qu'un moment de réflexion. Il ne faut sans doute pas s'étonner que certains médecins abordent l'activité physique dans une optique pédagogique, en cherchant à calculer leur fréquence cardiaque durant l'entraînement et à établir des courbes intensité-durée, mais bien que cette démarche convienne au développement des athlètes, elle n'est pas nécessaire pour améliorer l'état de santé général. Le test dit « de la conversation » (faire une activité d'une intensité qui permet de maintenir une conversation avec une personne avec qui nous pratiquons cette activité) est un indicateur remarquablement précis d'un niveau d'activité qui optimise la fonction cardiorespiratoire et d'autres aspects de la santé.

Cependant, les difficultés sont évidentes. Comment le médecin à l'horaire fort chargé peut-il consacrer suffisamment de temps à la pratique d'une activité physique? Comment intégrer l'activité physique à son mode de vie personnel et professionnel? Comment normaliser cette activité au sein de la communauté professionnelle? Nous vous proposons ci-après quatre règles simples pour vous aider à atteindre ces objectifs : *l'activité physique devrait être agréable, pratique, pratiquée avec la famille et des amis et de façon continue.*

**Agréable.** L'activité physique doit être agréable. Les activités qui sont pénibles, désagréables ou gênantes ont peu de chances de jeter les bases d'un mode de vie sain axé sur l'activité physique. Trouvez une activité que vous aimez et que vous avez envie de pratiquer pour vous libérer des pressions de votre vie professionnelle.

**Pratique.** Les activités qui nécessitent beaucoup d'équipement, des installations spécialisées ou de longs déplacements sont difficiles à intégrer dans la vie quotidienne. En revanche, une marche à l'heure du dîner, une séance de jogging le soir ou une séance régulière de natation ou de danse aérobique dans un centre d'entraînement situé à proximité requiert peu d'équipement et peu de préparation et peut facilement être intégrée à la routine quotidienne. D'autres moyens d'intégrer l'activité physique dans son horaire quotidien consistent à se rendre au travail à vélo et à prendre l'escalier chaque fois que cela est possible.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

**Famille et amis.** Le fait de pratiquer régulièrement une activité physique avec des membres de la famille ou des amis ajoute un élément de motivation. De plus, en encourageant ainsi toute votre famille à faire régulièrement de l'activité physique, vous pourriez transmettre à vos enfants les « valeurs » de l'activité physique et ainsi optimiser leur croissance et leur développement. Ski, vélo, glissades en traîneau ou randonnée pédestre – les choix sont illimités.

**Continue.** La pratique d'une activité physique doit se poursuivre durant toute la vie. En adoptant tôt durant sa carrière une activité physique qu'elle aime, une personne aura plus de chance de maintenir des périodes d'activité physique régulières chaque semaine et d'anticiper ces périodes avec plaisir. Des attentes réalistes quant à l'intensité de l'activité physique aideront à prévenir les blessures et à accroître la probabilité que la pratique d'une activité physique demeure agréable durant toute la vie.

## Récapitulatif

La pratique régulière d'une activité physique est bénéfique. Outre ses bienfaits pour la santé physique, l'activité physique procure des moments pour soi, et du temps pour la réflexion et les loisirs. Il est important que les médecins intègrent l'activité physique à leur mode de vie personnel, d'une manière qui soit à la fois pratique et surtout agréable.

## Principales références

Frank E, Breyan J, Elon L. 2000. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Archives of Family Medicine*. 9: 287–90.

Gaertner PH, Firor WB, Edouard L. 1991. Physical inactivity among physicians. *Canadian Medical Association Journal.* 144: 1253–6.

## Résolution du cas

La décision de faire de sa santé une priorité est une étape importante pour favoriser l'intégration de l'activité physique. Il y aura toujours des visites de malades et des revues à lire; l'horaire d'un jeune résident est très chargé. En planifiant soigneusement le temps consacré à la pratique clinique et aux études, en acceptant la réalité des horaires de garde et en discutant de ces problèmes avec ses collègues résidents, ce résident a été en mesure d'intégrer la pratique régulière d'une activité physique dans son mode de vie. Le résident ne prend plus l'ascenseur, sauf en cas de nécessité absolue (le programme de résidence a même mis en place un programme « Escaliers vers la santé »). Deux fois par semaine, le résident se rend au travail en vélo; il s'est aussi inscrit à un cours hebdomadaire de yoga dans un centre communautaire de la région et, le samedi matin, une visite à la piscine ou une marche en famille fait désormais partie de la routine lorsqu'il n'est pas de garde. En sa qualité de résident en chef, il encourage ses collègues plus jeunes à prendre soin d'eux et à suivre son exemple. Les vacances en famille sont désormais choisies de manière à favoriser l'activité physique, par exemple, le canot-camping durant l'été.

En faisant la preuve à ses amis et collègues que l'activité physique est importante pour le mieux-être, le résident s'assure de leur compréhension et de leur soutien et optimise le temps consacré au maintien de sa santé personnelle. (Le chef du service a même commencé à venir au travail en vélo et est un nouvel adepte de la santé des médecins! Même son mot de bienvenue destiné aux nouveaux résidents inclut maintenant des conseils sur l'importance de la santé personnelle et de l'activité physique.) Certes, le résident et ses collègues comprennent que cet horaire ne pourra pas toujours être respecté. Le casque de vélo du résident sert de rappel aux collègues, ainsi qu'au personnel hospitalier et aux autres médecins que la santé personnelle et l'activité physique sont des éléments importants et essentiels du mode de vie des médecins d'aujourd'hui.

Par son exemple et son leadership, le résident a amené l'hôpital à installer des supports à bicyclettes et des douches pour le personnel. Le résident a aussi été invité à animer, le mois prochain, une séance matinale pour tous les participants au programme Médecin en marche de l'AMC, dans le cadre du stage annuel de mise à jour.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Spiritualité

John Smythe, MD BA FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- présentons un modèle pour examiner le rôle de la spiritualité dans le processus de prestation des soins,
- encourageons l'examen de la spiritualité dans la promotion de la santé et du mieux-être des médecins,
- proposons des outils et des méthodes pour réfléchir à sa propre résilience spirituelle.

### Cas

Un résident de première année se sent déçu par la médecine. Le résident s'est inscrit en médecine parce que son père est décédé d'un cancer du poumon lorsqu'il faisait ses études secondaires. Aujourd'hui, le résident ressent de la frustration face au décès inévitable d'un trop grand nombre de patients et il songe même à prendre une année de congé pour réexaminer ses options.

## Introduction

Essentiellement, la pratique spirituelle consiste à prendre conscience de la vie telle que nous la vivons. La sagesse et la compassion qu'engendre cette pratique ne font pas de nous de plus grands experts; elles nous rendent plus humains. La science nous enseigne comment *faire*; la spiritualité nous enseigne comment *être*. En tant que médecins, nous pouvons bénéficier de ces deux dimensions.

Les cours sur la spiritualité commencent à faire leur apparition dans les programmes d'études des écoles de médecine. Cependant, une grande controverse persiste toujours quant à la pertinence de la spiritualité en médecine. La spiritualité est essentiellement un domaine basé sur l'intériorité, alors que la médecine occidentale repose sur la science empirique objective. Que la spiritualité ait ou non sa place dans le programme d'études en médecine, des sondages laissent croire que la plupart des médecins praticiens estiment que les questions et les valeurs spirituelles sont pertinentes sur le plan personnel. À titre d'exemple, la compassion – un principe au cœur de toutes les traditions spirituelles – est également à la base de la prestation de bons soins médicaux. Fait intéressant à souligner, certaines données de recherche semblent indiquer que l'empathie et la compassion propres aux étudiants en médecine qui commencent sont moins apparentes à la fin de leur quatrième année de stage clinique (Newton et al., 2008). Peut-être ce changement est-il le résultat des connaissances scientifiques et techniques acquises durant la formation qui, combinées au stress de la formation médicale, mènent à une « objectivation » des patients et nous rendent moins sensibles et accessibles aux personnes qui souffrent. En d'autres mots, la prestation de soins empreinte d'empathie cède graduellement la place à la prestation de soins comme moyen de parvenir à une fin : guérir la maladie. Pourtant, ces deux dimensions – spirituelle et matérielle – de la prestation des soins ne s'excluent pas mutuellement.

D'un point de vue spirituel, la prestation de soins pourrait être considérée non pas comme un moyen d'arriver à une fin, mais comme une fin en soi. Fondamentalement, la spiritualité consiste à établir des liens avec quelqu'un ou quelque chose, autre que soi. En médecine, nous avons la possibilité d'approfondir ce sentiment de connexion en établissant des rapports francs et ouverts avec nos patients durant la prestation des soins. Il s'agit toutefois d'une tâche difficile, qui peut être épuisante et qui exige une autoréflexion et une attention continues.

## Fatigue de compassion

Malheureusement, il arrive parfois que l'on entende parler de médecins dévoués et pleins de compassion, inébranlables dans leur engagement envers leurs patients et leur profession, qui s'enlèvent la vie. Comment cela se peut-il? Et bien, la médecine a aussi son talon d'Achille. Nous avons tendance à oublier de prendre soin de nous, lorsque nous concentrons tous nos efforts sur l'idéal de la prestation des soins à autrui. Cependant, la compassion qui exclut sa propre personne est incomplète et elle mène souvent à l'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel est tristement répandu en médecine, comme dans d'autres professions qui se vouent au soutien d'autrui. Les personnes atteintes d'épuisement professionnel font état de sentiments d'isolement, de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel – ou « fatigue de compassion » – en plus d'avoir l'impression de ne faire rien qui vaille. Elles sont atteintes de ce que l'on pourrait qualifier de maladie spirituelle : si le niveau d'engagement dans sa vie est un signe de santé spirituelle, l'épuisement professionnel est le contraire. Des médecins qui se donnaient auparavant sans réserve à la médecine commencent à éviter le travail, à porter moins d'intérêt à leurs patients et à douter de leur choix de carrière.

Comme on peut s'y attendre, l'épuisement professionnel peut mener à la dépression, à la toxicomanie et au suicide. Comment la personne qui prend soin des autres peut-elle en arriver là? Les idéaux altruistes, les longues heures de travail, les conflits entre les obligations personnelles et professionnelles et l'insensibilité historique de la profession médicale à la santé de ses membres sont tous des facteurs qui contribuent à la vulnérabilité psychologique et émotionnelle des médecins. Cette vulnérabilité est exacerbée durant la résidence par le sentiment d'être privé de contrôle personnel, dû au fait d'occuper des postes subalternes. L'épuisement professionnel étant un risque lié au travail des médecins, il faut se demander comment l'atténuer. Un moyen important est de développer sa résilience spirituelle.

## La résilience spirituelle et la conscience de soi

Pour être immunisés contre le stress inévitable de notre profession, nous devons nourrir régulièrement notre esprit. Et un moyen essentiel d'y parvenir est d'approfondir notre conscience de soi en y prêtant sciemment attention. On parle beaucoup aujourd'hui de l'importance de l'équilibre. L'alimentation, l'activité physique, les relations, les études, les loisirs, le travail – toutes ces composantes doivent être intégrées pour former un tout équilibré. Mais qui décide du poids relatif à accorder à chacune des composantes qui forment ce tout et comment pouvons-nous savoir à quel moment l'équilibre est rompu? Et bien, par l'autoréflexion.

On ne parvient pas à l'équilibre en suivant une liste de contrôle, pas plus que l'équilibre ne peut être conféré par une autorité extérieure. L'équilibre vient de la prise de conscience de soi et du développement du sentiment de « l'ici-maintenant ». Le fait de prendre



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

conscience du moment présent et de prêter patiemment attention à son état d'esprit et à son corps aide à se recentrer lorsqu'on sent une perte d'équilibre. Peut-être éprouvons-nous une grande frustration à l'égard du patient de cardiologie pour lequel nous avons été appelés quatre fois aujourd'hui. Peut-être préférerions-nous faire totalement abstraction du téléavertisseur ou nous défouler sur le commis qui ne cesse de nous appeler. À la place, il serait peut-être judicieux de prendre quelques instants pour prendre conscience en toute honnêteté de notre frustration et de notre fatigue.

Lorsque nous prenons conscience de nos sentiments difficiles et que nous continuons malgré tout de nous accepter, sans critique ni abnégation de soi, nous développons une compassion envers nous-mêmes. Nous avons tous des traits de personnalité que nous préférerions supprimer ou oublier. Mais l'ouverture et l'acceptation de soi sont les fondements de la compassion. Lorsque nous prenons conscience de nous, ouvertement et en toute honnêteté, il devient plus facile d'être accessibles pour les autres. Il devient naturel pour ceux qui acceptent leurs propres craintes de prêter une oreille attentive aux anxiétés des patients.

### Réflexion : Suggestions pour favoriser le mieux-être spirituel

- **Se concentrer sur le but visé.** Qu'est-ce qui est important pour vous? Qu'est-ce qui vous touche? Avoir un but est une force énergisante, qui inspire et vivifie.
- **Se concentrer sur le moment présent.** Lorsque vous vous lavez les mains entre deux patients, prêtez attention à la manière précise dont vos mains bougent, à la sensation et à la température de l'eau qui coule sur vos mains, ainsi qu'à l'aspect glissant du savon. Prenez conscience de vos pieds qui reposent sur le sol et de l'environnement qui vous entoure.
- **Se centrer sur soi.** Il est facile de s'oublier soi-même lorsqu'on s'occupe des autres et de leurs problèmes toute la journée. Prendre le temps chaque jour de réfléchir ou d'écrire dans le calme, ou tout simplement d'être, peut aider à se recentrer sur soi.
- **Pratiquer la gratitude.** Rappelez-vous quelque chose dont vous êtes reconnaissant à la fin de chaque jour.
- **Garder son sens de l'humour.** Une touche de légèreté peut aider à mettre les choses en perspective.

## Possibilités spirituelles

Les personnes ont une résistance naturelle à l'ouverture : elles craignent que cela les rende vulnérables. Il faut du courage pour être ouvert et manifester de la compassion : c'est un travail difficile et parfois douloureux. Nous préférons généralement la présumée sécurité de la certitude, savoir ce qui devrait être plutôt que de vivre ce qui est vraiment; nous cherchons constamment à tout gérer au lieu de nous ouvrir à ce que nous sommes et à la vie. Mais qu'arrive-t-il lorsque la vie nous confronte à un événement manifestement impossible à gérer? Par exemple, nous sommes refusé dans le programme que nous avions choisi; une personne que nous aimons nous quitte ou reçoit un diagnostic de maladie terminale; un de nos patients meurt subitement. Des possibilités spirituelles se présentent lorsque la vie l'emporte sur les efforts que nous faisons pour la contrôler.

D'un point de vue spirituel, l'ouverture à la vie dans toutes ses manifestations, qu'elles soient douloureuses ou autres, constitue la voie à suivre. Au-delà de notre désir de vouloir tout contrôler ou guérir toutes les maladies se trouvent de nombreuses possibilités spirituelles : être touché par l'âpreté indescriptible de la souffrance d'une mère qui vient de perdre son enfant; tirer une leçon d'humilité de l'équanimité (sérénité) d'un patient cancéreux qui se meurt. Nous pourrions préférer faire abstraction de ces expériences ou les éviter en nous hâtant d'aller inscrire nos notes au dossier. Mais la médecine est une profession difficile, en grande partie parce qu'elle nous expose directement à la condition humaine dans son intégralité. Elle ne nous permet pas de nous cacher de la souffrance ou de la joie. Et c'est précisément pour cette raison que les médecins trouvent souvent un grand réconfort dans les pratiques spirituelles.

Il est possible de rester centré sur le moment présent en trouvant et en utilisant des pratiques qui nous amènent à prendre conscience de nos expériences, qu'il s'agisse d'écrire un journal personnel ou de faire de la contemplation ou de la méditation. En étant davantage conscients de nous-mêmes, nous pouvons être plus présents pour les autres. Notre prise de conscience de nous devient donc un point de départ propice à l'établissement de liens plus étroits avec nos patients et le monde qui nous entoure.

### Résolution du cas

Le résident fait part de ses sentiments à l'aumônier de l'hôpital avec qui il entame une discussion sur la mort. Le résident réalise qu'il n'a pas vraiment accepté le décès de son père et il se joint à un groupe de soutien pour les personnes en deuil, ce qui lui permet de prendre conscience de sa colère et de sa peine. Le résident commence à se sentir moins isolé et il a plus de facilité à comprendre ce que les patients et leur famille vivent. Le résident fait désormais des efforts conscients pour reconnaître les choses pour lesquelles il est reconnaissant. Le résident pense qu'il restera en médecine.

## Principales références

Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. 2005. Religious characteristics of U.S. physicians: A national survey. *Journal of General Internal Medicine.* 20: 629–34.

Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. 2009. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected ... a key to my survival." *Journal of the American Medical Association.* 301: 1155–64.

Larimore WL, Duininck MW, Morsch GB. 2007. Spiritual needs of physicians during and following a catastrophe. *Southern Medical Journal.* 100 (9): 940–1.

Newton B, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. 2008. Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine.* March; 83(3): 244-9.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Trouver un médecin de famille

Lee Donohue, MD MHSc

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons des stratégies et des ressources pour trouver un médecin de famille,
- définissons certains obstacles qui limitent la consultation d'un médecin avec un médecin de famille.

### Cas

Une résidente de troisième année veut recommencer à prendre des contraceptifs oraux. Elle choisit une plaquette parmi les échantillons qui sont disponibles au bureau communautaire où elle travaille.

La résidente est votre collègue et elle n'a pas de médecin de famille. En a-t-elle besoin? Savez-vous comment l'aider à trouver un médecin? Passez en revue la réglementation ou les recommandations de votre organisme de délivrance de permis à ce sujet.

Supposons maintenant que vous êtes le médecin de famille de cette résidente. Êtes-vous en accord ou en désaccord avec sa décision? Pour quelles raisons?

## Introduction

Quels sont les facteurs qui incitent les médecins à consulter un médecin au sujet de leur propre santé? Ces facteurs diffèrent-ils de ceux qui incitent les autres patients à consulter un médecin?

Dans l'ensemble, malgré leurs lourdes charges de travail et responsabilités, l'état de santé des médecins se compare à celui de la population en général. Comme d'autres patients, les médecins choisissent souvent de se soigner eux-mêmes pour des maladies ou des problèmes courants. À l'occasion, par exemple en cas d'urgence ou lorsqu'une intervention chirurgicale ou une procédure technique est nécessaire, le médecin n'a d'autre choix que de consulter un collègue. Le médecin patient ou médecin parent peut aussi décider de consulter un collègue lorsqu'il reconnaît ne pas être suffisamment objectif pour prendre une décision éclairée. Dans d'autres circonstances, la décision de consulter se situe dans une « zone grise », un peu comme dans le cas décrit ici, où la décision de se soigner soi-même peut sembler aller de soi pour le médecin patient, alors que n'importe quel autre patient aurait à consulter un médecin pour obtenir une ordonnance ou une demande de consultation signée.

## Les médecins qui ont besoin de médecins

Peu de recherches ont été menées sur le processus décisionnel utilisé par les médecins pour déterminer à quel moment, et qui, ils devraient consulter pour des problèmes de santé personnels ou familiaux. Au Canada, l'accès à un médecin de famille est un problème pour de nombreux patients, y compris pour les médecins patients.

Voici quelques questions courantes que devraient se poser les médecins patients :

- De qui devrais-je obtenir des soins? Dois-je consulter un spécialiste en médecine familiale ou est-il préférable que je consulte directement un chirurgien ou un interniste?
- Où puis-je trouver un médecin de famille?

Nous n'avons pas de mesures objectives qui permettent d'évaluer quelles sont les attentes des médecins envers leur médecin personnel, ni ne savons si ces attentes diffèrent de celles des autres patients. Nous possédons en revanche des données concluantes qui indiquent que l'accès à un médecin de famille aide à optimiser la santé. La médecine familiale consiste en des soins intégrés et longitudinaux, centrés sur le patient et la famille. Le médecin de famille examine l'ensemble des besoins du patient en matière de santé, et pas seulement le symptôme ou le problème présent.

Un médecin de famille est en quelque sorte un conseiller personnel en soins de santé, pour le patient et sa famille. Le médecin de famille peut diagnostiquer et traiter l'éventail complet de vos problèmes de santé ou vous diriger vers le professionnel compétent. Votre médecin de famille conserve un dossier de vos problèmes de santé et de ceux de votre famille et dispense une éducation sur la santé et des conseils sur la prévention et le dépistage. Le médecin de famille est un spécialiste de la coordination des soins et voit à ce que tous vos besoins en matière de santé sont pris en compte. Mais plus important encore, votre médecin de famille vous aide à prendre des décisions au sujet de votre santé et des services de santé.

## Comment trouver un médecin de famille?

- Informez-vous auprès de vos amis, collègues, directeur des services professionnels ou société médicale pour connaître le nom de médecins qui acceptent de nouveaux patients.
- Consultez le même médecin de famille que votre conjoint ou conjointe et vos enfants.
- Examinez les ressources disponibles à l'extérieur de la ville : certains médecins préfèrent consulter un médecin de famille de l'extérieur.
- Si vous déménagez, demandez à votre médecin de famille de vous recommander un médecin de famille là où vous allez.
- Communiquez avec le programme de santé des médecins de votre province pour obtenir des suggestions. Vous trouverez les coordonnées de ces programmes sur le site Web suivant : http://www.amc.ca/index.cfm/ci_id/25541/la_id/2.htm
- Renseignez-vous pour savoir si votre employeur, votre région sanitaire ou votre société médicale offre un programme qui pourrait vous aider à trouver un médecin de famille. Dans la négative, préconisez l'instauration d'un tel programme.

Contrairement aux autres patients, les médecins peuvent avoir accès au système de santé et pratiquer l'autodiagnostic, accéder directement à un spécialiste et se prescrire un traitement. On les encourage toutefois à ne pas agir de la sorte et à se comporter comme des patients



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

« normaux », c'est-à-dire à consulter un autre médecin plutôt que de se soigner eux-mêmes. De nos jours, un meilleur accès à l'information médicale, l'intérêt croissant pour les soins en collaboration et les réalités financières ont entraîné une modification du paradigme des soins en faveur d'une plus grande autonomie des patients, d'une prise de décisions éclairée, d'une intensification des soins autodirigés et d'un rôle plus actif des patients dans les décisions concernant leur traitement. Ces quatre caractéristiques ont toujours fait partie du traitement des médecins patients. Cependant, le remplacement de la démarche paternaliste par une prise de décisions commune qui tient compte des données de recherche, des risques et des avantages, ainsi que des besoins et des valeurs du patient s'applique aussi au traitement des médecins.

## Établir une bonne relation avec son médecin de famille

Robert Lamberts, un médecin qui exerce à Augusta, en Géorgie, a énoncé une série de règles pour l'aider à s'entendre avec ses patients et aider ses patients à s'entendre avec lui. Pensez à ces règles lorsque vous consulterez votre médecin de famille et traiterez vos patients, y compris des collègues médecins.

Règles pour aider les patients à s'entendre avec leur médecin :

- **Règle 1 :** Votre médecin ne peut pas agir seul.
- **Règle 2 :** Soyez honnête.
- **Règle 3** : Votre médecin ne peut accorder de préférences.
- **Règle 4 :** Évitez de vous en prendre au personnel.
- **Règle 5 :** Si vous n'avez pas confiance, partez. Mais faire confiance à un médecin ne signifie pas ne pas poser de questions. Poser des questions est souvent la seule façon de développer la confiance.

distractible.org/2008/08/11/getting-along-part-2-patient-rules/

Règles pour aider les médecins à s'entendre avec leurs patients :

- **Règle 1 :** Le patient ne veut pas être dans votre cabinet. Témoignez-lui de la compassion.
- **Règle 2 :** Il y a une raison pour laquelle le patient vous consulte. Essayez de déterminer la véritable raison (ou la véritable crainte) qui l'amène dans votre cabinet.
- **Règle 3 :** Le patient ressent ce qu'il ressent. Vous devez lui faire confiance.
- **Règle 4 :** Le patient ne veut pas avoir l'air stupide.
- **Règle 5 :** Le patient veut savoir ce qui sera fait et à quel moment.
- **Règle 6 :** La consultation doit porter sur le patient.

distractible.org/2008/08/06/getting-along-part-1-doctor-rules/

Dans un modèle de soins fondé sur la prise de décisions commune, le patient et le médecin prennent ensemble les décisions en matière de dépistage, de prévention, de diagnostic et de traitement. Cette démarche centrée sur le patient vise à faire participer le patient à toutes les décisions qui le concernent. Cela ne signifie pas que le patient doit toujours être d'accord avec la recommandation du médecin ou que le médecin doit se plier aux préférences du patient. Il s'agit plutôt, pour le médecin traitant et le médecin patient, de s'entendre sur une démarche pour le maintien de la santé et le traitement des maladies. À l'intérieur d'un tel partenariat, le médecin patient doit décider du degré de participation qu'il attend de son médecin de famille. Votre médecin doit faire de même et déterminer quel niveau de participation il attend de vous – le patient – pour l'aider à prendre des décisions et à dispenser des soins de qualité.

Les médecins doivent rechercher les meilleurs soins et être conscients des bienfaits, mais aussi des dangers, de leurs connaissances et de leur formation pour leurs décisions en matière de santé. Le médecin patient ne peut s'empêcher d'aborder ses problèmes de santé du point de vue d'un expert. Cependant, l'expertise du médecin n'aide pas nécessairement à la prise de décisions. Au contraire, brouillée par des préoccupations subjectives, cette expertise peut parfois nuire à la prise de décisions au sujet des problèmes de santé personnels.

En médecine familiale, notre habileté à poser des diagnostics et à donner des conseils repose en grande partie sur la relation de confiance que nous établissons et développons avec nos patients au fil des ans, en travaillant ensemble à résoudre des problèmes. Le médecin patient doit lui aussi trouver des occasions de développer une telle relation de confiance avec son médecin de famille, car c'est ainsi que celui-ci pourra apprendre à prendre soin de lui. Et cette relation, comme toute autre, ne pourra se développer qu'avec le soutien et la détermination des deux parties en cause.

Comme l'a souligné un commentateur, pour que s'établisse une confiance justifiée entre le patient et le médecin, « la consultation ne doit pas reposer uniquement sur le savoir, mais aussi sur la bienveillance entre le médecin et le patient et sur le respect que chacun porte à l'autonomie de l'autre [...] La confiance justifiée naît de l'expérience acquise dans le traitement responsable et sensible d'un grand nombre de patients réels : on pourrait dire familièrement que cela « fait partie du travail », mais c'est aussi un élément essentiel du développement professionnel » (traduction) (Black, 2000). C'est grâce à de telles relations de confiance que les médecins obtiendront des soins de qualité pour eux et leur famille.

## Résolution du cas

La résidente a fait appel au programme de santé des médecins de sa province pour trouver un médecin de famille. À sa première visite, la résidente a obtenu une ordonnance pour des contraceptifs oraux ainsi qu'une demande d'analyses de laboratoire pour la recherche de maladies transmissibles sexuellement, et un rendez-vous a été fixé pour une visite de suivi.

## Principales références

Réseau canadien de santé des médecins. Accès : www.amc.ca/index.cfm/ci_id/2419/la_id/2.htm (juin 2009)

Jadad AR, Rizo CA, Enkin MW. 2003. I am a good patient, believe it or not. *BMJ*. 326: 1293–4.

Lussier MT and C Richard. 2008. Because one shoe doesn't fit all: a repertoire of doctor-patient relationships. *Canadian Family Physician*. 54 (8): 1089–92.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# F. Alimentation

Jane Lemaire, MD FRCPC; Jean E. Wallace, PhD; Kelly Dinsmore, MSc et Delia Roberts, PhD

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons certains facteurs qui nuisent à une bonne alimentation au travail,
- décrivons les effets d'une mauvaise alimentation sur la vie personnelle et professionnelle des médecins,
- proposons des moyens par lesquels chaque médecin peut influencer le mieux-être au travail.

### Cas

Depuis deux ans, un résident de deuxième année a de plus en plus de difficulté à maintenir une bonne alimentation et un bon programme d'activité physique. Les longues périodes passées en salle d'opération et les longues heures de travail ont graduellement réduit l'attention qu'il portait habituellement à une saine alimentation. Le résident considère que les choix alimentaires qui sont offerts à l'hôpital sont inacceptables et constate qu'il saute des repas, perd du poids et se sent mal presque tous les jours.

## Introduction

Bien que les médecins aient généralement de saines habitudes alimentaires, ils disent souvent être incapables de bien manger, ou même de manger, durant les journées normales de travail et surtout durant les périodes de garde prolongée. La solution au problème de l'alimentation des médecins en milieu de travail peut paraître simple – il suffit de prendre le temps de bien manger. Cependant, la solution n'est pas aussi simple et, même si les médecins aiment prendre le temps de manger ou de se désaltérer, il leur est souvent impossible de le faire. Bien des facteurs peuvent influencer l'alimentation du médecin au travail, entre autres, la durée des journées normales de travail, la fréquence des heures de travail prolongées ou des heures de garde, le caractère urgent du travail, les attentes du public quant au rendement du médecin, ainsi que l'influence des ressources et des politiques mises en place par les organismes de soins de santé en matière de nutrition (p. ex., accès impossible à des aliments nutritifs en dehors des heures normales de travail). D'autres facteurs y contribuent également, notamment les traits de personnalité du médecin (par exemple, selon qu'il est un perfectionniste ou un bourreau de travail) et la pression exercée par les normes et les attentes rigoureuses de la profession.

## L'alimentation dans les établissements de soins de santé

Afin d'améliorer l'alimentation en milieu de travail, les médecins et les organismes de soins de santé doivent améliorer leur connaissance et leur compréhension des effets d'une mauvaise alimentation et des facteurs qui nuisent à une bonne alimentation. Sans cette sensibilisation, aucun groupe ne sera incité à améliorer la situation.

**Quelle est la fréquence des problèmes liés à une mauvaise alimentation?** Ces problèmes sont très fréquents. À titre d'exemple, une étude a décrit certains stress physiques auxquels sont exposés les résidents en soins intensifs durant leur formation, relevant entre autres les signes suivants attestant d'une mauvaise alimentation : la cétonurie, un indicateur d'une mauvaise alimentation, a été observée chez 21 % des participants à cette étude (Parshuram, 2004). Une autre étude a révélé que seulement 14 % des participants prenaient les six à huit verres d'eau recommandés chaque jour et la majorité d'entre eux (60 %) prenaient moins d'une collation par jour (Winston, 2008). Durant une étude qualitative interrogeant les médecins sur leurs habitudes alimentaires au travail, 19 des 20 participants ont déclaré qu'ils avaient parfois de la difficulté à manger ou à boire durant leurs heures de travail (Lemaire et al, 2008). Étant donné l'ensemble croissant de données corroborant le lien entre le mieux-être du médecin et la qualité des soins aux patients, une saine alimentation durant les heures de travail devrait être reconnue comme un facteur valable de mieux-être.

**Quelle est l'incidence d'une mauvaise alimentation sur les médecins?** Une mauvaise alimentation durant la journée de travail a de graves conséquences, à la fois pour le médecin et son milieu de travail. De fait, des médecins ont décrit le lien direct entre leur incapacité de manger et de boire suffisamment durant les heures de travail et la manifestation de symptômes émotionnels (irritabilité et frustration), de symptômes physiques (fatigue, faim, nausées) et de symptômes cognitifs (incapacité de se concentrer ou de penser clairement), ceci

### Suggestions pour améliorer l'alimentation en milieu de travail

À l'intention des médecins :

- Prendre un petit déjeuner.
- Apporter avec soi des collations-santé pratiques.
- Prévoir des pauses prioritaires pour manger durant la journée de travail (p. ex., en milieu de matinée, au dîner, en milieu d'après-midi, en soirée).
- Prévoir un apport nutritionnel équilibré (incluant des glucides, des protéines et des bons gras).
- Apprendre à reconnaître les symptômes émotifs et physiques qui indiquent qu'il est temps de manger ou de boire (irritabilité, fatigue et crampes de la faim).
- Donner l'exemple de saines habitudes alimentaires à ses collègues et stagiaires et éduquer les autres sur les effets bénéfiques des pauses repas sur l'amélioration du rendement.

À l'intention des organismes de soins de santé :

- Améliorer la qualité et la variété des aliments offerts en milieu de travail.
- Améliorer l'accès à des aliments nutritifs (p. ex., dans le salon des médecins, près des unités de travail, sur des chariots mobiles).
- Aménager des aires désignées où les médecins peuvent manger, boire et conserver des aliments apportés de la maison.
- Promouvoir et favoriser un milieu de travail sain, en reconnaissant le lien entre le mieux-être des médecins et la qualité des soins dispensés aux patients.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

menant à de mauvaises décisions et à un piètre rendement (Lemaire et al., 2008). Ils estiment également qu'une mauvaise alimentation nuit à leur capacité d'effectuer leur travail, ainsi qu'à leurs interactions avec leurs patients, leurs collègues et les autres professionnels de la santé. De plus, des essais objectifs ont révélé que les médecins qui bénéficient d'une alimentation adéquate durant la journée de travail ont de meilleures fonctions cognitives que ceux qui négligent leurs besoins nutritionnels.

**Quels sont les facteurs qui nuisent à la promotion d'une saine alimentation dans les milieux de travail de la santé?** Les médecins ont défini plusieurs obstacles pratiques qui nuisent à une saine alimentation au travail. Mentionnons entre autres le manque de temps pour s'arrêter et manger, principalement en raison de la pénurie de personnel et de la charge de travail, l'absence de pauses prévues, le manque d'un accès facile aux aliments, les piètres choix alimentaires et variétés d'aliments offerts, la distance entre les unités de travail et les services d'alimentation, ainsi que l'absence d'endroits désignés pour conserver des aliments apportés de la maison. En plus de ces obstacles pratiques, les médecins ont aussi indiqué que certains attributs du professionnalisme médical peuvent nuire à leur alimentation quotidienne (Lemaire et al., 2008). Les médecins ont notamment indiqué que leur grande éthique du travail et leur sens du professionnalisme les dissuadaient parfois de manger et de se désaltérer : leur sentiment que la priorité doit aller aux soins des patients, ou tout simplement leur désir de terminer le travail ou leur impression qu'il serait peu professionnel de manger ou d'apporter des aliments dans les aires consacrées au traitement des patients.

## Changer le statu quo

De nombreux médecins connaissent les choix alimentaires santé et font des efforts pour bien manger au travail. Cependant, en raison des obstacles pratiques et professionnels décrits par les médecins eux-mêmes, il n'est pas étonnant qu'ils n'y parviennent pas toujours. Afin de surmonter ces obstacles, il faut faire la promotion d'une saine alimentation en milieu de travail. L'éducation et le dialogue contribueront à mieux sensibiliser les médecins et les organismes de soins de santé aux habitudes alimentaires des médecins, à faciliter les changements positifs ainsi qu'à reconnaître le lien entre l'alimentation du médecin et son rendement au travail. Compte tenu du lien important entre le mieux-être du médecin et la qualité des soins aux patients, chacun bénéficiera des efforts faits par les médecins et les organismes de soins de santé pour promouvoir les bienfaits d'une meilleure alimentation et du mieux-être au travail.

## Récapitulatif

Divers facteurs personnels et d'autres liés au milieu de travail peuvent faire en sorte qu'il est difficile pour les médecins de bien manger durant leur journée de travail. Il appartient à la fois aux médecins et aux organismes de soins de santé d'améliorer l'alimentation en milieu de travail, par la sensibilisation, la modification des habitudes alimentaires et l'amélioration de l'accès à des aliments nutritifs sur les lieux de travail.

## Résolution du cas

Le résident fait face à un problème qui se pose à la plupart des médecins, c'est-à-dire la difficulté de manger adéquatement durant les journées de travail à cause d'un ensemble de facteurs qui viennent miner ses anciennes bonnes habitudes alimentaires. Le résident prend davantage conscience du lien entre l'alimentation et le mieux-être. Le résident prévoit une heure par semaine, en dehors de ses heures de travail, pour acheter des collations-santé équilibrées et faciles à emporter (noix, bagels avec fromage à la crème ou beurre d'arachide, fruits frais et séchés, riz cuit ou craquelins de blé entier, jus de fruit, yogourt et thon en conserve) et les diviser en portions. Le résident trouve des aires propres et sûres pour y conserver des aliments dans les unités où il travaille et garde aussi quelques collations dans son sarrau et son casier. Le résident prend le temps de manger un petit déjeuner sain et équilibré tous les matins. De plus, le résident incorpore, dans son horaire de travail chargé dans les différents services et en salle d'opération, des pauses de cinq minutes en milieu de matinée et d'après-midi pour prendre une collation et boire, et il encourage les autres membres de l'équipe à faire de même. Enfin, le résident fait pression auprès de l'établissement de soins de santé en faveur d'une amélioration de l'accès aux services d'alimentation et de la qualité des aliments offerts, ainsi que de l'aménagement d'espaces appropriés réservés pour les pauses-repas.

## Principales références

Lemaire J, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. 2008. *Well Doc? Module 1: Nutrition and Cognition. Report on Interview Data.* Prepared for Alberta Health Services, Calgary, AB.

Winston J, Johnson C, Wilson S. 2008. Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. *BMC Research Notes.* 1: 69.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Formation des médecins

Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

Le processus qui mène à l'obtention du diplôme en médecine est ardu. Pour la plupart, ce processus commence durant les années antérieures à l'université, lorsque la personne décide d'entreprendre des études en médecine. Cette décision est la première étape vers une carrière professionnelle très enrichissante et gratifiante sur le plan personnel. Cependant, c'est aussi une étape qu'il ne faut pas prendre à la légère, car les années de formation sont exigeantes et nécessitent de l'autodiscipline et du dévouement. Il s'agit d'une période de préparation intensive, qui sera suivie de nombreuses années de pratique et de formation continue pour assurer le maintien des compétences. S'engager en médecine signifie s'engager dans un processus d'apprentissage à vie.

## Admission à la faculté de médecine

L'admission en médecine est un processus compétitif. Les exigences incluent un excellent dossier scolaire qui indique une moyenne générale élevée. Les candidats doivent aussi avoir une large expérience de la vie, fondée sur du bénévolat, des expériences de travail, des activités parascolaires, une aptitude reconnue à assumer des responsabilités, une nature altruiste et de bonnes aptitudes interpersonnelles. La plupart des écoles de médecine exigent que les candidats passent le MCAT (Medical Colleges Admission Test). Cet examen d'admission standardisé comporte quatre sections portant sur les sciences physiques, les sciences biologiques, le raisonnement verbal et l'écriture. À ces exigences énormes s'ajoutent les coûts importants occasionnés par les études en médecine, depuis les frais à payer pour passer le MCAT et présenter la demande d'admission en médecine jusqu'aux frais de scolarité si le candidat est accepté. La décision de faire des études en médecine doit donc être un choix réfléchi et concerté.

## L'étudiant en médecine

Être admis en médecine est un accomplissement remarquable, qui procure la joie d'avoir réussi, suscite la fierté des amis et de la famille et promet un avenir gratifiant. Il est important de bien savourer cette euphorie initiale. Le souvenir de cet événement heureux sera en effet très utile aux candidats retenus, durant leur transition vers l'école de médecine. Loin d'être facile, cette transition procure cependant de grandes possibilités de croissance sur le plan personnel et professionnel. La quantité de matériel à apprendre est énorme et peut être intimidante. Cependant, tout ce matériel contribue à l'atteinte d'un objectif concret : devenir médecin.

Les études en médecine peuvent poser des difficultés sur le plan personnel. Elles peuvent en effet signifier une nouvelle université, de nouvelles conditions de vie, une nouvelle ville et la séparation de ses amis et partenaire. L'engagement personnel qu'exigent les études en médecine peut mettre les relations à rude épreuve : ce n'est pas tout le monde qui trouvera facile de se plier à l'horaire de l'étudiant en médecine et à ses exigences. Le fardeau financier des frais de scolarité ajoute à ces stress et peut créer des dettes ou augmenter le niveau d'endettement.

Tout étudiant sera confronté à ces difficultés à un moment ou l'autre de ses études en médecine. Les étudiants en médecine peuvent acquérir des habitudes de vie nocives pour la santé, et les risques d'abus de substances sont nombreux, qu'il s'agisse de caféine, de nicotine, d'alcool ou de drogues illicites. Une personne peut délaisser ses saines habitudes alimentaires et négliger ou carrément abandonner des intérêts et des activités qui occupaient auparavant une place importante dans sa vie. Tous ces facteurs – mauvaises stratégies d'adaptation en réponse au stress et aux contraintes de temps – peuvent rapidement causer d'autres difficultés.

Il est important de savoir que les écoles de médecine ont mis en place un large éventail de ressources personnelles et professionnelles pour appuyer leurs étudiants. Ces ressources sont facilement accessibles par l'entremise du bureau des étudiants en médecine de l'établissement. Les étudiants en médecine peuvent aussi avoir facilement accès à des conseils financiers auprès de la Financière MD (http://www.mdm.ca/fr/students-residents/), grâce à un service offert par l'Association médicale canadienne.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Le résident

Le terme « résident » vient d'une époque aujourd'hui révolue où les médecins nouvellement diplômés résidaient à l'hôpital pour parfaire leur formation clinique et leurs compétences. Le terme est resté, même si les temps ont bien changé. La résidence, dont la durée varie de deux à six ans, est déterminante dans l'acquisition des compétences nécessaires pour l'exercice d'une spécialité choisie. Durant la résidence, l'élargissement des responsabilités dans le traitement des patients, exige l'application des connaissances préalablement acquises et l'approfondissement des compétences dans de multiples domaines, crée de nouveaux défis qui viennent s'ajouter à ceux qui existaient durant les études en médecine et qui sont toujours présents. Les aspects intrinsèques du travail du médecin font également partie du travail du résident : le défi de poser le diagnostic; les interactions avec les patients et leur famille; la collaboration avec les collègues, et le sentiment d'aider à apaiser les souffrances. Il est important de garder à l'esprit ces aspects gratifiants du travail, car les tâches quotidiennes, combinées aux pressions du milieu de la santé, peuvent engendrer le doute et l'incertitude. Les pressions associées à la formation sont énormes, mais l'élaboration de stratégies qui prévoient certains moments de répit dans un horaire chargé peut aider à surmonter le stress. Les stagiaires sont à une étape de leur vie où ils peuvent envisager une relation à long terme, le mariage et des enfants. Et ces choix sont les bienvenus; les résidents ont accès à des congés parentaux. Tous les résidents doivent chercher à maintenir un équilibre. Ils doivent veiller à prendre les vacances et les congés de formation auxquels ils ont droit. Ils doivent aussi s'efforcer sciemment de maintenir leurs passe-temps et domaines d'intérêts, protéger et entretenir leurs relations personnelles. Ils doivent acquérir de saines habitudes sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique et de l'hygiène du sommeil. Ces années jetteront les bases de leur avenir.

## Récapitulatif

Devenir médecin exige de la résilience. Les médecins qui sont satisfaits de leur carrière sont non seulement disciplinés, efficaces et productifs, mais ils trouvent aussi du plaisir dans leur travail – sans que cela ne se fasse au détriment de leurs loisirs ni du temps consacré à eux et à leur famille. La gestion proactive d'une vie et d'une carrière exige un engagement considérable. Les années de formation servent de préparation à une façon d'être. Il est important que les résidents exercent la médecine d'une manière qui ne soit pas contraire à leur personnalité. Après tout, ce que tout résident peut offrir à la médecine est la raison même pour laquelle il a été choisi.

## Principales références

Danek J and M Danek. 1997. *Becoming a Physician: A Practical and Creative Guide to Planning a Career in Medicine*. Toronto: John Wiley and Sons.

Goldman LS, Dickstein LJ, Myers M. 2000. *The Handbook of Physician Health: The Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. Chicago: American Medical Association.

Sotile WM and MO Sotile. 2002. *The Resilient Physician: Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago: American Medical Association.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Déterminants de la santé du milieu de travail

Susan Edwards, MD CCFP FCFP

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- déterminons les éléments du milieu d'apprentissage et de pratique qui ont une incidence sur le mieux-être des résidents,
- décrivons comment ces éléments peuvent influencer le stagiaire sur le plan personnel et dans ses études,
- examinons des moyens d'améliorer le milieu de formation pour accroître la résilience des résidents.

### Cas

Un résident de quatrième année, réputé pour être un grand communicateur ayant le pouvoir unique d'apaiser les inquiétudes préopératoires de ses patients, constate qu'il commence à appréhender ses conversations avec les patients. Cette appréhension est alimentée par les contraintes de temps, les commentaires négatifs du personnel infirmier et du corps professoral, les multiples questions que lui posent des patients bien informés et la lourde charge de travail constante. Le résident a demandé conseil à des résidents plus avancés et à des médecins membres du personnel, qui lui ont dit qu'il est plus facile de se concentrer uniquement sur les renseignements à obtenir. Les effets des années de garde commencent à se faire sentir, et le résident a entendu des chirurgiens se plaindre du fait que les politiques de l'hôpital se traduiront par de nouvelles compressions et par une diminution du temps en salle d'opération et du nombre d'infirmières disponibles après les heures normales de travail. Même si le résident semble être en mesure de rentrer chez lui plus tôt, il a plus de difficulté à se rappeler des détails sur chaque patient, porte moins d'intérêt à leurs récits et, à vrai dire, apprécie moins ses journées. Le résident espère que, lorsque sa résidence sera terminée et qu'il commencera à exercer, il aura la volonté et l'influence nécessaires pour faire les choses différemment.

## Introduction

Les milieux de travail sains aident leurs employés à maintenir des modes de vie et des comportements sains et à acquérir des habiletés d'adaptation. Ces milieux créent des employés plus heureux, qui sont en mesure de faire un meilleur travail. Ironiquement, les établissements de soins de santé peuvent être parmi les pires lieux de travail et d'apprentissage pour la santé. Les expériences vécues par les stagiaires, en particulier durant leur formation clinique, peuvent avoir des effets nocifs sur leur mieux-être personnel, leurs comportements professionnels et leur rendement scolaire. Bien que les résidents soient généralement des personnes résilientes qui s'adaptent bien au changement et à l'incertitude, ils ne sont pas à l'abri des effets du stress, dont certains sont communs à tous les médecins et d'autres sont propres au statut de stagiaire.

## Facteurs de stress en milieu de travail

Comme tous les autres membres de l'équipe de soins de santé, les résidents sont exposés à d'importants facteurs de stress professionnel durant une journée de travail habituelle. L'exposition fréquente à la souffrance et à la mort, les situations cliniques aiguës qui exigent la prise de décisions rapides et complexes, les longues heures de travail qui s'accompagnent souvent d'un manque important de sommeil, les patients exigeants et de mieux en mieux informés, la surcharge d'information et de technologie, l'isolement social et la crainte des poursuites ne sont que quelques-uns des facteurs de stress qui, selon les médecins, nuisent à la satisfaction professionnelle, au rendement au travail et au mieux-être personnel. Les défis organisationnels, comme la pénurie de lits et les pressions exercées en vue d'accélérer le passage des patients à travers les différentes étapes du système, sont stressants pour tous les travailleurs de la santé, mais peuvent être particulièrement accablants pour les résidents, car ces derniers ont l'impression que bon nombre de ces problèmes, indépendants de leur volonté, nuisent à leur capacité de faire leur travail.

Les résidents sont également exposés aux pressions directement liées à leurs fonctions d'apprenant. Pleinement conscients du besoin constant de satisfaire aux normes externes de rendement dans ce milieu d'une grande intensité, les résidents peuvent avoir l'impression d'être constamment scrutés à la loupe et ils craignent de faire des erreurs, de prendre de mauvaises décisions ou d'être exposés pour ce qu'ils perçoivent être leur imperfection ou incompétence. La relation stagiaire-superviseur est lourde de défis, qui vont de normes d'évaluation non uniformes, à des malentendus intergénérationnels, à l'intimidation et au harcèlement. Une enquête menée aux États-Unis auprès de plus de 1 200 résidents a révélé que 93 % des répondants avaient été victimes de mauvais traitements à un moment ou l'autre de leur résidence et que ceci avait fortement influencé leur rendement (Mareiniss, 2005). Ces mauvais traitements à l'endroit des résidents peuvent être l'œuvre de membres du corps professoral, mais aussi d'autres résidents et professionnels de la santé, de patients et leur famille. Un autre sondage sur le stress, réalisé cette fois auprès de résidents de l'Alberta, a révélé que les infirmières étaient la principale source d'intimidation et de harcèlement (Cohen et Patten, 2005). Il est toutefois rare que les stagiaires signalent ces incidents, car ils craignent les répercussions sur leur formation.

Les résidents ne sont pas les seules victimes de comportements perturbateurs. Certains déclarent être témoins de ce qu'ils qualifient être des actes dénigrants à l'endroit d'autres professionnels de la santé, de patients et de leur famille. Ces incidents peuvent créer de graves dilemmes pour les résidents qui, d'une part, cherchent à s'intégrer au sein de l'équipe et, d'autre part, ne veulent pas transiger au sujet des normes qu'on leur a appris à respecter durant leur formation médicale. L'exposition continue à des comportements inadéquats peut influencer sensiblement la manière dont les résidents réagiront eux-mêmes à ces situations au fil des ans; certaines recherches laissent ainsi croire que l'empathie, l'humanisme et la compassion diminuent à mesure qu'avance la formation clinique.

## L'enseignement de la résilience

Bien que bon nombre de résidents possèdent de grandes habiletés d'adaptation qui leur permettent de faire face aux facteurs de stress et aux exigences en évolution d'une nouvelle carrière médicale, tous ne possèdent pas ces habitudes au début de leur formation. Cependant, la formation postdoctorale ne favorise pas nécessairement le développement de ces compétences. Des habiletés d'adaptation déficientes ont des effets qui varient de la crise de confiance temporaire



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

que traversent bon nombre de résidents durant leur formation à des troubles de l'humeur, d'anxiété , d'abus d'alcool ou d'autres drogues, à l'épuisement professionnel, une déficience potentielle et, tragiquement, au suicide. Des recherches menées aux États-Unis font état de taux d'épuisement professionnel atteignant jusqu'à 76 % parmi les résidents en médecine interne (Thomas, 2004). L'idée même que des médecins puissent souffrir d'épuisement professionnel alors que leur carrière n'est pas encore véritablement commencée devrait inquiéter vivement les professeurs de médecine, mais cette préoccupation ne devrait pas se limiter au mieux-être des résidents. Les résidents qui manifestent de plus en plus de comportements non professionnels risquent de faire plus d'erreurs médicales que la moyenne et de dispenser des soins sous-optimaux (West et Shanafelt, 2007).

Le programme officiel d'études postdoctorales sur les soins autodirigés et l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle est intégré au rôle de professionnel de CanMEDS. Les programmes officiels sur la gestion du stress et le développement d'habiletés d'adaptation ont une influence positive sur le bien-être des stagiaires, et ce, à plusieurs niveaux (Shapiro et al., 2000). Toutefois, ces programmes ne se reflètent pas toujours dans les lignes d'action non officielles et cachées dans lesquelles se fait l'apprentissage des résidents. Les résidents sont profondément influencés par les mots et les actions des membres du corps professoral avec lesquels ils travaillent quotidiennement (p. ex., médecins membres du personnel qui ont peut-être eux-mêmes de la difficulté à faire face aux facteurs de stress dans leur milieu de travail). Ces programmes officieux, qui consistent en des apprentissages et des mentorats individualisés, semblent avoir plus d'incidence sur l'apprentissage et les comportements des résidents que le programme d'études officiel (Thomas, 2004). Peu d'écoles de médecine ont mis en place des programmes de mieux-être pour aider les membres du corps professoral à gérer leurs propres problèmes et à renforcer leur capacité d'enseigner efficacement ces habiletés aux résidents. Qui plus est, les défis organisationnels et les incertitudes institutionnelles façonnent le caractère systémique de ce programme officieux, et ceci influence également la formation des résidents. Les médecins, qui ont tendance à ne pas se considérer comme de véritables employés de l'hôpital, ne jouent souvent pas un rôle déterminant dans les initiatives en faveur de changements organisationnels.

Les stratégies visant à promouvoir un milieu de travail et d'apprentissage sain pour les résidents doivent aider les membres du corps professoral et les organismes de soins de santé à améliorer la culture de travail. Certaines facultés de médecine y sont parvenues en élaborant des modèles de soins et d'enseignement ascendants novateurs et centrés sur les relations, qui sont en voie de transformer le milieu dans lequel les médecins et les équipes de soins de santé fonctionnent. Ces modèles mettent l'accent sur le mentorat, la communication et la compassion, et préconisent une augmentation du temps « en vis-à-vis » entre le résident et les membres du corps professoral pour promouvoir de sains modèles de rôles et réduire la détresse des stagiaires (Mareiniss, 2005; Cottingham et al., 2008). La formation des résidents à reconnaître et à soutenir leurs collègues en difficulté contribuera également à améliorer la santé des milieux de travail.

## Résolution du cas

Le résident doit composer avec les multiples influences du milieu qui minent sa satisfaction professionnelle. Ses grandes aptitudes de communicateur s'estompent, et l'influence de ses collègues et des membres du corps professoral ne fait qu'accentuer cette tendance. Les messages que le résident reçoit du corps professoral laissent entendre que le personnel exerce peu de contrôle sur son milieu de travail. Or, comme cela se produit souvent lorsqu'un médecin a l'impression de ne pas pouvoir influencer son milieu de travail, le résident semble perdre un peu de la joie et de la motivation qu'il manifestait auparavant durant sa formation et il risque de développer une complaisance qui pourrait nuire à ses compétences.

À ce stade, le résident doit se recentrer sur ses valeurs et ses convictions fondamentales qui l'ont amené à devenir médecin. Un modèle de rôle ou un mentor pourrait avoir une influence positive et importante. En partageant ses propres expériences et en transmettant ses habiletés en matière de pratique réfléchie, le mentor peut aider le résident à retrouver sa passion et son talent de communicateur. Le résident pourrait aussi bénéficier de séances de formation d'une demi-journée sur les soins autodirigés ou d'ateliers proposant des stratégies d'adaptation active pour faire face au stress. Des discussions régulières et informelles en petits groupes avec des pairs, suivant des séminaires plus officiels, pourraient aussi être l'occasion d'obtenir des conseils et du soutien. Un tel exercice de reprise de conscience favorisera en retour le développement de compétences et la résilience dans la pratique.

## Principales références

Cohen JS and S Patten. 2005. 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.* 5: 21.

Levey RS. 2001. Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine.* 76(2). 142-50.

West CP and TD Shanafelt. 2007. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education.* 7 (29).

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Santé et sécurité

Susan Edwards, MD CCFP FCFP

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- passons en revue les nombreux éléments qui ont une incidence sur la santé et la sécurité des résidents durant leur formation,
- étudions les multiples politiques qui régissent les questions de santé et de sécurité dans les universités et les hôpitaux,
- examinons la responsabilité des programmes de formation d'informer les résidents sur les questions de santé et de sécurité.

## Cas

Un résident de troisième année qui fait de la garde dans un hôpital communautaire de taille moyenne est appelé à la salle d'urgence pour une consultation avec un patient. En se rendant à l'hôpital depuis le bâtiment mobile dans lequel est située la salle de garde, le résident songe à la facilité avec laquelle il s'est adapté à l'autonomie de plus en plus grande dont il bénéficie durant ce stage, autonomie qui a raffermi sa confiance en ses compétences et ses connaissances accrues.

L'infirmière de triage dirige le résident vers la salle où l'attend le patient et elle referme la porte derrière elle. Le patient est manifestement agité et le résident tente de créer une atmosphère calme pour l'entrevue, mais en vain. Le résident conclut que le milieu n'est plus sécuritaire et il se lève pour quitter la pièce, mais le patient lui bloque la porte, bouscule le résident, saisit la chaise qui se trouve devant lui et semble vouloir la lancer sur le résident.

Après de nombreuses minutes, le résident réussit à calmer le patient et estime qu'il peut maintenant quitter la pièce sans danger; après sa sortie, le résident appelle son superviseur à la maison pour l'informer de l'incident. Bien qu'ils discutent du plan de traitement approprié pour le patient, en aucun moment le résident ou son superviseur ne discutent de l'incident violent en détail, ni n'abordent les stratégies de déclaration de l'incident, les sentiments ressentis par le résident ou ce qui pourrait être fait pour gérer ou prévenir de tels risques à l'avenir.

## Introduction

Le travail dans un établissement de soins de santé comporte des risques professionnels pour tous les employés. Ces risques incluent, sans s'y limiter, l'exposition à des matières dangereuses, à des pathogènes transmissibles et à des patients agressifs et violents, ainsi que les microtraumatismes répétés. Parallèlement, certains éléments de la formation postdoctorale exposent les résidents à des risques supplémentaires que les stagiaires et leurs programmes ou établissements ne connaissent peut-être pas suffisamment ou n'abordent pas adéquatement.

## Réduire les risques en milieu de travail

*Les Normes générales d'agrément* du Collège royal stipulent que « tous les centres participants doivent prendre les mesures raisonnables pour assurer en tout temps la sécurité des résidents ». De plus, presque toutes les ententes entre associations provinciales de résidents et hôpitaux d'enseignement clarifient le double statut des résidents, à la fois comme stagiaires inscrits à un programme universitaire et comme employés de l'hôpital. Les politiques en matière de santé et de sécurité qui régissent les hôpitaux et les universités s'appliquent donc aux résidents. Les bureaux de la formation médicale postdoctorale ont aussi élaboré des politiques en matière de santé et de sécurité qui sont adaptées à leurs stagiaires, sans doute pour définir les réponses locales appropriées pour corriger les lacunes ou les manquements relevés en matière de sécurité.

Les questions de santé et de sécurité se répartissent en trois grandes catégories : l'hygiène du milieu de travail, la santé au travail et la sécurité personnelle. Les risques liés à l'hygiène du milieu incluent les accidents et les expositions à des matières dangereuses comme les matières chimiques et les radiations. Les risques professionnels comportent l'exposition au sang et autres liquides organiques ainsi qu'aux pathogènes des voies respiratoires. Enfin, les risques liés à la sécurité personnelle incluent la violence de la part des patients et d'autres personnes.

Afin d'assurer la protection de leurs résidents, les bureaux de la formation médicale postdoctorale sont tenus de recueillir des données sur le statut d'immunisation de leurs stagiaires et de mettre en place une politique relative aux maladies transmissibles pour les résidents atteints ou susceptibles d'être atteints d'une maladie transmissible. Les programmes offrent habituellement des séances d'orientation sur la manière de travailler sans danger avec les matières dangereuses et sur les précautions à prendre et les protocoles à suivre en présence de maladies transmissibles. De plus, les programmes qui comportent des expositions ambiantes fréquentes particulières (p. ex., la radiologie, la radio-oncologie et la pathologie) offrent une formation plus ciblée qui vise à réduire au minimum les risques particuliers qui touchent les résidents inscrits à ces programmes. Cependant, comme l'information sur les questions de sécurité est habituellement communiquée aux résidents durant leur première semaine de formation – à une période où ces résidents, déjà débordés, peuvent avoir une capacité limitée d'absorber de nouvelles données – il est possible que le résident n'assimile vraiment la marche à suivre en cas de problème de sécurité que la première fois où il en fera l'expérience réelle, par exemple, au moment d'une piqûre accidentelle avec une aiguille.

Une autre difficulté de la préparation des résidents aux mesures de sécurité tient au fait que certains risques ne sont pas immédiatement apparents ou sont tout simplement acceptés comme faisant partie intégrante du travail. Bon nombre de ces risques sont liés au nombre d'heures passées dans les établissements de soins de santé, très souvent à des périodes où la sécurité est réduite au minimum. Les résidents de garde et leurs collègues infirmières se retrouvent fréquemment en première ligne, et souvent en salle d'urgence. Ces conditions, combinées à l'inexpérience relative des résidents dans la reconnaissance des situations susceptibles d'échapper à tout contrôle, peuvent accroître les risques d'être victimes d'agression de la part des patients. Bien que les résidents en psychiatrie puissent être particulièrement exposés à ces risques, compte tenu du profil de leur population de patients (36 % à 64 % des résidents selon différentes études), des données canadiennes semblent indiquer que les



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

taux d'agression par les patients sont également élevés pour d'autres résidents (40 % pour les résidents en médecine interne) (Waddell et al., 2005).

Ces incidents peuvent être extrêmement stressants pour les résidents, qui peuvent avoir l'impression qu'ils ne sont pas suffisamment formés pour gérer eux-mêmes de tels incidents et qui ne connaissent peut-être pas les protocoles de déclaration. Les visites d'agrément portent systématiquement sur l'aménagement physique des lieux de formation des résidents, afin de s'assurer que ces lieux disposent de l'équipement nécessaire, par exemple des systèmes d'alarme ou la proximité de personnel de soutien, pour prévenir les agressions violentes de la part des patients. Cependant, ces évaluations ne portent pas nécessairement sur d'autres lieux moins faciles à contrôler où les résidents examinent des patients, comme les cliniques communautaires et les domiciles des patients. Les résidents cherchent constamment à concilier leur crainte d'être exposés à des risques ou d'exposer leurs patients avec leur réticence à manifester leur vulnérabilité en demandant l'aide du personnel.

Les résidents et les étudiants sont plus susceptibles de signaler les incidents et d'obtenir l'aide nécessaire là où des programmes de formation et d'éducation précis ont été mis en place pour gérer la violence au travail. Les programmes de formation postdoctorale devraient veiller à ce que leurs résidents acquièrent les compétences nécessaires pour savoir reconnaître les situations à hauts risques, désamorcer les situations potentiellement violentes, réagir rapidement à une situation violente et instaurer une stratégie officielle de déclaration qui inclut l'examen, la documentation et le compte rendu de l'incident.

Parmi les autres problèmes liés à la sécurité personnelle, mentionnons l'accès sécuritaire aux salles de garde et les déplacements sur les lieux de travail (p. ex., escortes de sécurité pour se rendre à sa voiture le soir et la nuit). L'intimidation et le harcèlement de la part des membres du corps professoral, du personnel et des collègues peuvent présenter des risques pour la sécurité des résidents, mais ceux-ci sont généralement réticents à en parler. De plus, la fatigue extrême occasionnée par les longues heures de travail peut brouiller le jugement et ralentir le temps de réaction, augmentant de ce fait les risques de piqûres accidentelles par des aiguilles, d'événements indésirables, d'erreurs médicales et d'accidents de voiture.

## Récapitulatif

Les résidents savent que certains risques sont inhérents à leur travail. Certains de ces risques peuvent ne pas être perçus comme des dangers potentiels, alors que d'autres sont acceptés comme partie intégrante du travail. Que ce soit par sens du devoir, par désir de ne pas rater une incroyable occasion d'apprentissage ou par crainte de répercussions s'ils paraissent trop hésitants ou dépendants, les résidents peuvent oublier que les questions de santé et de sécurité sont un volet essentiel de leur formation. Les programmes de formation doivent déterminer les lacunes en matière de santé et de sécurité, exploiter ces lacunes comme d'importantes occasions d'apprentissage et veiller à ce que les résidents reçoivent une formation sur l'évaluation des risques et sur les politiques et les procédures à suivre en cas d'infraction.

## Résolution du cas

Comme de nombreux résidents à mi-parcours, ce résident tente de parvenir à un équilibre entre la confiance acquise par son autonomie au travail et les limites de son expérience. Il arrive que les résidents ne pensent pas qu'ils se retrouveront parfois dans des situations qui pourraient leur porter préjudice et ils se fient aux politiques et aux procédures mises en place par l'hôpital pour remplir leurs besoins en matière de sécurité. Or, dans le cas présenté ici, ces procédures se sont avérées déficientes. Le résident a concentré ses efforts sur l'établissement d'un bon diagnostic et d'un bon plan de traitement, sans évaluer les risques de la situation. Le résident a commencé sa consultation sans tenir compte de l'état du patient et de l'aménagement de la pièce et sans se demander s'il existait un système d'intervention adéquat en cas de danger (p. ex., personnel de sécurité, système d'alarme) ou s'il y avait dans la pièce des objets que le patient pourrait utiliser pour le blesser. De plus, le résident n'avait peut-être pas les compétences et la formation nécessaires pour calmer un patient de plus en plus agité, et il ne pouvait compter sur la présence d'un superviseur pour examiner la situation au préalable ou l'aider lorsque la situation a dégénéré.

Après l'incident, aucune procédure officielle de déclaration, de documentation ou d'examen de l'incident n'a été suivie. De plus, aucune séance adéquate de compte rendu n'a été organisée pour le résident et le personnel de la salle d'urgence, privant ainsi le résident, les membres du corps professoral et l'administration de l'établissement d'une occasion de tirer des leçons de cet événement.

Un autre risque pour ce résident découlait de l'emplacement de la salle de garde dans un bâtiment mobile situé à l'extérieur de l'hôpital principal, où le résident pouvait être isolé de tout service de sécurité et duquel il devait sortir dans le noir pour se rendre à l'hôpital.

## Principales références

Cloverdale JH, Louie AK, Weiss Roberts L. 2005. Protecting the safety of medical students and residents [editorial]. *Academic Psychiatry.* 29: 329–30.

Moscovitch A, Chaimowitz GA, Patterson PGR. 1990. Trainee safety in psychiatric units and facilities: The position of the Canadian Psychiatric Association. *Canadian Journal of Psychiatry.* 35: 634–5.

Waddell AE, Katz MR, Lofchy J, Bradley J. 2005. A pilot survey of patient-initiated assaults on medical students during clinical clerkship. *Academic Psychiatry.* 29: 350–3.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Heures de travail : faire face à la résidence

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les répercussions des heures de travail associées à la résidence sur la qualité de la formation, les soins aux patients et la sécurité des patients,
- résumons des stratégies de gestion des heures de travail qui peuvent avoir une incidence positive sur le stagiaire et le patient.

## Cas

Une des infirmières s'est plainte du niveau d'irritabilité d'un résident en chef et une autre a mis en doute la capacité du résident d'exercer en toute sécurité : le résident aurait fait deux erreurs de posologie durant sa garde. Le résident demande une rencontre avec la directrice du programme, qui note que le résident paraît épuisé. Le résident indique que tous les résidents sont épuisés. Il explique que les résidents doivent faire un maximum de gardes car un certain nombre sont en congé parental; la marge de manœuvre est donc limitée. De plus, le transfert de garde traîne en longueur et se prolonge généralement jusqu'en début d'après-midi. Les exigences sur le plan pédagogique demeurent constantes (les résidents jouent entre eux le rôle de mentors pour se préparer à leur examen de certification). À cela s'ajoute une grève des transports en commun qui prolonge le temps qu'il lui faut pour se rendre au travail. Le résident estime faire ce qu'il peut pour prouver ses compétences, mais il admet être épuisé. Le résident présente même une lettre de son médecin qui lui prescrit trois jours de congé pour des raisons de santé.

## Introduction

Hours Watch (www.hourswatch.org), une collaboration entre le comité des internes et des résidents des États-Unis et l'American Medical Student Association, a colligé les résultats d'un certain nombre d'études scientifiques qui indiquent ce qui suit :

Les gardes de 24 heures consécutives et plus sont associées à :

- une augmentation de sept fois l'incidence des erreurs médicales évitables;
- une augmentation de 35 % du risque de commettre une erreur médicale grave;
- une augmentation de 61 % du risque de blessures percutanées accidentelles;
- une diminution de la performance aux tests de réactivité et de vigilance;
- une augmentation du double du risque d'accidents de voiture après la fin de la garde,
- une baisse de rendement comparable à celle provoquée par un taux d'alcoolémie de 0,05 %.

Ces études révèlent également que :

- la diminution des heures de travail améliore les soins aux patients;
- la diminution des heures de travail s'accompagne d'une baisse de la mortalité chez les patients à haut risque ;
- malgré les données attestant des bienfaits de la réduction des heures de travail des stagiaires, de nombreux établissements et stagiaires résistent aux efforts visant à établir des horaires de travail plus sécuritaires.

Dans différentes régions du monde, y compris la nôtre, les systèmes de santé et d'éducation s'efforcent de trouver des solutions au problème des heures de travail des résidents. Au Canada, les heures de travail sont généralement négociées à l'échelle provinciale ou territoriale, en accord avec la structure fondamentale du système de soins de santé. En Europe et aux États-Unis, une attention considérable a été portée à l'examen à grande échelle des heures de travail des résidents et ceci a eu des effets bénéfiques, en favorisant une plus grande sensibilisation et attention à la sécurité des patients et à la gestion des résultats en regard de la fatigue des professionnels de la santé.

## Solutions potentielles

**Respecter les conventions collectives.** Comme les organismes de formation et les stagiaires peuvent faire abstraction des limites imposées par une convention collective, le défi est de créer une culture de double responsabilisation et observation pour favoriser le respect des règles établies. Dans certains domaines particuliers de la sécurité au travail, par exemple, la gestion de la fatigue, les conventions collectives ne sont utiles que dans la mesure où elles sont respectées.

**Adopter une culture de la sécurité.** L'adoption de la sécurité comme une des valeurs fondamentales du milieu de travail et d'apprentissage peut avoir une influence positive et durable, à la condition que cette valeur soit sincère et explicite et qu'on en fasse la promotion. Si tous les membres de l'équipe de soins reconnaissent franchement les problèmes de sécurité, l'adoption et la promotion des principes de gestion de la fatigue évolueront rapidement.

**Normaliser le transfert de garde.** Le transfert de garde est un moment particulièrement propice aux erreurs dans le traitement des patients. Il a été démontré que les pratiques de transfert écrites et verbales, interdisciplinaires et axées sur l'équipe réduisent ces erreurs. Par ailleurs, on reconnaît de plus en plus que le transfert de garde est une compétence qui doit faire l'objet d'une formation, d'une évaluation et d'une révision officielles. Cette période critique dans le traitement des patients a parfois été utilisée pour résister au changement dans l'éducation et la formation durant la résidence; la véritable question concerne toutefois la possibilité d'améliorer la qualité des résultats au moment du transfert de garde.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

**Encourager et récompenser l'innovation dans l'établissement des horaires de travail.** La réduction des heures de travail aux États-Unis et en Europe a été associée à des pratiques inhabituelles et novatrices. S'inspirant des modèles de travail par postes répandus en médecine d'urgence mais moins dans les autres domaines, certains programmes de chirurgie ont pu éliminer la nécessité d'instaurer des heures de garde. L'engagement croissant en faveur des soins interdisciplinaires, la plus grande reconnaissance des compétences des autres professionnels et des nouveaux professionnels, ainsi que les nouveaux modèles de fonctionnement des systèmes de santé après les heures normales de travail se sont attirés des éloges des deux côtés de l'Atlantique.

**Apprivoiser le téléavertisseur**. De plus en plus, les programmes mettent en place des politiques visant à réduire au minimum l'usage du téléavertisseur. Le renforcement de l'autonomie d'autres professionnels de la santé, l'utilisation de la messagerie texte et une formation accrue sur le rôle et le recours appropriés à la radiomessagerie ont été associés à une amélioration de l'efficacité, de l'apprentissage et de la résilience.

**Investir dans d'autres ressources humaines.** En optimisant la participation des adjoints aux médecins, des infirmières praticiennes, des phlébotomistes, des équipes d'intervention et d'autres professionnels de la santé, les systèmes de santé qui peinent pour offrir des soins de qualité avec des ressources humaines limitées peuvent éliminer de la charge de travail des résidents les tâches pouvant être confiées à d'autres; de cette façon, les aspects communs des soins peuvent être pris en charge sans que le stagiaire ne perde trop d'occasions d'apprentissage. Ces autres professionnels peuvent s'assurer que les besoins des patients sont satisfaits sans dépendre inutilement de la présence, au chevet des patients, de stagiaires épuisés et susceptibles de faire des erreurs.

**Offrir un transport gratuit après les services de garde.** Les résidents épuisés (et, de fait, tous les professionnels de l'hôpital) sont particulièrement vulnérables aux accidents lorsqu'ils quittent l'hôpital à la fin de leur période de garde. Par de faibles investissements dans un système de transport qui assurerait le retour à la maison des résidents en toute sécurité après leur période de garde, les établissements hospitaliers pourraient contribuer largement à la santé et à la résilience de leur personnel.

**Rendre la formation accessible.** Les résidents qui restent après leur période de garde pour assister à une séance de formation apprennent peu, perdent une occasion de se reposer et s'exposent à des risques d'accidents et d'erreurs. En favorisant le plus possible l'apprentissage électronique (p. ex., téléchargement de vidéos de conférences et de visites de malades, visionnement de séances d'enseignement en balado, maintien d'une base de données des diaporamas et de la documentation connexe et examen des programmes de formation continue offerts en ligne), on permet aux résidents de profiter des occasions d'apprentissage à des moments où ils sont alertes, motivés et capables de se concentrer.

## Résolution du cas

La directrice du programme approuve immédiatement la demande de congé. Elle informe ensuite le directeur du service des problèmes liés aux ressources humaines qui, admet-elle volontiers, sont plus graves qu'on le pensait. De nouveaux protocoles de garde sont mis en place pour réduire le nombre total d'heures de travail des résidents restants; une procédure généralisée pour le transfert de garde est également mise en place et un petit nombre d'adjoints aux médecins et d'infirmières praticiennes sont embauchés de façon permanente. Enfin, la directrice du programme commence à modifier les séances d'enseignement en faveur de modèles qui en facilitent la numérisation et l'accès à distance par les résidents.

De nombreuses autres solutions pratiques et globales visant à atténuer le fardeau associé aux longues heures de travail durant la résidence – dont celles décrites par Ulmer et ses collègues – pourraient être envisagées dans le contexte canadien. Si nous voulons continuer d'améliorer la sécurité des patients, la qualité des résultats et l'excellence de la formation et de l'enseignement durant la résidence, nous devons être ouverts à des interventions plus généralisées en matière de gestion de la fatigue.

## Principales références

Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA. 2006. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PloS Medicine.* 3 (12):3497.

Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA; Harvard Work Hours, Health, and Safety Group. 2005. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *New England Journal of Medicine*. 352 (2): 125–34.

Shetty KD and J Bhattacharya. 2007. Changes in hospital mortality associated with residency work-hour regulations. *Annals of Internal Medicine.* 147 (2): 73–80.

Ulmer C, Wolman, D M, Johns MME, eds. 2009. R*esident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety.* Washington (DC): National Academies Press.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Professionnalisme : Attentes raisonnables

Richard Cruess, OC MD FRCSC et Sylvia Cruess, MD CPSQ

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons comment les attentes raisonnables des résidents ou des médecins peuvent entrer en conflit avec celles de leur programme de formation, de la profession, des patients ou de la société,
- examinons comment gérer les attentes des patients, des résidents et des médecins praticiens,
- définissons les moyens d'établir des priorités de manière à assurer l'excellence des soins aux patients tout en ayant une vie saine et équilibrée.

### Cas

Un résident en chirurgie en dernière année est le médecin principal d'une veuve de 62 ans atteinte d'un cancer du côlon. Le résident pratique l'intervention chirurgicale avec l'aide du chirurgien traitant. La patiente fait confiance au résident et elle le considère comme son chirurgien. La patiente connaît son diagnostic et sait que certaines décisions doivent être prises concernant son traitement. Elle vit seule et veut que sa famille participe aux discussions sur ses options thérapeutiques avant d'obtenir son congé. Les membres de la famille habitent à une certaine distance de l'hôpital et le seul moment où cette discussion peut avoir lieu est à 19 h. Cependant, le résident est de garde depuis la veille au soir et, selon son contrat, il doit maintenant être dégagé de ses fonctions; de plus, il a des billets pour assister à une partie de hockey avec son fils, dont c'est l'anniversaire.

## Introduction

Le professionnalisme a été décrit comme le fondement du contrat social qui lie le médecin et la société. La profession et les membres qui l'exercent bénéficient des privilèges de l'autonomie de pratique, du monopole de l'exercice de la médecine par la délivrance de permis, du droit à l'autoréglementation de la profession en plus d'autres privilèges d'ordre financier et autres. En retour, on attend des médecins qu'ils fassent passer les besoins des patients avant les leurs, qu'ils voient au maintien de leurs compétences et de celles de leurs collègues en se soumettant aux processus de réglementation, qu'ils fassent preuve de moralité et d'intégrité, qu'ils se soucient des préoccupations de la société et qu'ils se vouent au bien public. Ce « pacte » avec la société engendre des attentes bien réelles, de la part des patients et de la société, mais aussi des médecins et de la profession. Le fait de vouloir satisfaire à toutes les obligations attendues des médecins, à l'intérieur d'un système de santé complexe, souvent sous-financé et qui manque de personnel, crée souvent des demandes auxquelles le médecin est incapable de répondre.

## Gérer les attentes

Les attentes des patients sont bien documentées et sont généralement raisonnables. Le patient s'attend d'abord et avant tout à ce que son médecin soit compétent. Le patient veut être écouté, être traité avec compassion, être en mesure de faire confiance à son médecin, compter sur un médecin qui fait passer ses besoins avant les siens et avoir un médecin présent et responsable qui respectera l'autonomie personnelle du patient.

Les médecins ont eux aussi des attentes envers leurs patients. Ils s'attendent à ce qu'on leur fasse confiance, car il est difficile de dispenser des soins en l'absence de confiance. Ils veulent disposer d'une autonomie suffisante pour exercer leur jugement professionnel et s'attendent à ce que les patients assument en partie la responsabilité de leur santé. Les médecins canadiens veulent également que le système de santé soit équitable, qu'il dispose d'un financement et de ressources suffisants et qu'il leur offre une liberté professionnelle raisonnable. Ils s'attendent à mener une vie où ils pourront concilier l'exercice de la médecine, la vie familiale et leurs autres intérêts. Enfin, ils espèrent une rétribution financière et non financière raisonnable.

Pour leur part, les résidents doivent composer avec les attentes de leurs mentors, de l'établissement pour lequel ils travaillent et de leur programme de formation. Au Canada, les grandes lignes de ces attentes sont définies sous forme de contrat. Cependant, les résidents se sentent souvent obligés de dépasser leurs obligations contractuelles et il y a, de fait, des situations où le professionnel doit le faire. Il serait par exemple inconcevable qu'un résident quitte l'établissement de soins à la fin de son quart de travail, si son départ avait pour effet de mettre en danger la vie d'un patient. Cependant, un des principaux objectifs de la limite des heures de garde est de protéger la santé des résidents pour le bien ultime des patients – il est en effet bien documenté que le jugement d'un résident ou d'un médecin fatigué ou surmené peut être affaibli.

Bien qu'il puisse parfois être difficile de satisfaire aux attentes légitimes des patients et de la société, la plupart de ces attentes prêtent relativement peu à controverse. La tension la plus importante découle d'un conflit entre l'altruisme – le sentiment d'avoir l'obligation de faire passer les besoins du patient avant les siens – et le besoin et le désir du médecin d'avoir un mode de vie équilibré. Au Canada, cette tension est aujourd'hui exacerbée par une réelle pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé, ce qui exerce une énorme pression pour que les médecins – y compris les résidents – voient davantage de patients. Personne n'aime qu'un patient soit privé de l'accès à un médecin ou soit forcé d'attendre longtemps avant d'obtenir un traitement. Chaque résident et médecin praticien cherche donc constamment à maintenir un équilibre entre les besoins des patients et de la société et leur mieux-être personnel.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

L'opposition entre la loyauté envers ses collègues résidents ou praticiens et les attentes du public, selon lesquelles la profession doit garantir les compétences de ses membres, est une autre source potentielle de tension. L'autoréglementation de la profession exige que chaque médecin accepte la responsabilité des compétences et des comportements de ses collègues. Le résident qui est témoin d'une conduite non professionnelle ou contraire à l'éthique de la part d'un autre résident ou d'un praticien doit prendre les mesures qui s'imposent. À cette fin, il est de la responsabilité du programme de formation de voir à l'établissement de processus et de les faire connaître, tant pour assurer la sécurité des patients que pour instaurer une marche à suivre pour le résident. Il est par ailleurs essentiel que ces processus veillent à ce que le résident qui divulgue la conduite inacceptable d'un collègue ne subisse aucun préjudice professionnel.

Le processus qui mène à l'exercice de la médecine est progressif; il s'amorce durant les études de médecine et la formation postdoctorale et se poursuit tout au long de la vie professionnelle. Il s'agit d'un processus de socialisation au cours duquel des personnes au départ non initiées acquièrent graduellement la culture de la profession médicale. Cet apprentissage se poursuit parallèlement à la transition du statut de non-spécialiste vers celui d'expert clinicien. Cette progression crée à l'endroit des médecins des attentes qui varient en fonction de leur niveau de formation, et ceci vaut non seulement pour leurs connaissances et compétences, mais aussi pour leur contrat social. Ainsi, à mesure que les étudiants et les résidents assument de plus en plus de responsabilités dans le traitement des patients, on s'attend à ce qu'ils acquièrent également une compréhension plus poussée de leurs responsabilités professionnelles et de leurs obligations envers les patients et la société. Le résident dans le cas présenté ici en est à sa dernière année de résidence et commencera sans doute sous peu à exercer. Les attentes à son égard, de la part du programme de formation et de la patiente, sont donc plus grandes que celles que l'on aurait envers un étudiant en médecine ou un résident de première année.

Il est important que les résidents comprennent que les enjeux en cause sont à la base de la relation entre la médecine et les patients et la société, et qu'ils soient en mesure d'analyser les diverses situations qui se présentent et de faire les choix personnels souvent difficiles qui s'imposent. Le résident doit pouvoir déterminer dans quelles circonstances ses besoins personnels doivent être relégués au second rang et quand le maintien de son bien-être personnel exige qu'il ne réponde pas aux attentes de son programme ou de ses patients. Les programmes de formation ont la lourde responsabilité de veiller à ce que les résidents ne fassent pas constamment l'objet de demandes déraisonnables et à ce que les tensions causées par la conciliation des priorités professionnelles et personnelles soient discutées ouvertement tout au long de la formation des résidents. L'adoption de comportements qui nuisent à un mode de vie sain survient souvent durant la résidence et il faut éviter que cela se produise. Sur une note plus positive, le fait d'être conscient des tensions inévitables qui surgiront durant la pratique et d'avoir la possibilité d'en discuter dans un contexte favorable peut favoriser l'instauration de comportements qui protègent le professionnalisme de la médecine et mènent à des modes de vie sains.

## Résolution du cas

Bien des problèmes en médecine n'ont pas de solution satisfaisante. Il faut souvent trouver la voie « la moins pire » pour tenter de satisfaire aux attentes légitimes des patients et à ses propres attentes. Pour un professionnel, les intérêts d'un patient inquiet et vulnérable doivent passer en premier. Cependant, si le résident dans l'exemple présenté ici reste pour rencontrer la famille de la patiente, il enfreindra les conditions de son contrat et décevra sa propre famille.

D'autres solutions pourraient être envisagées ici, par exemple : reporter le rendez-vous, ce qui sera difficile; demander l'aide du chirurgien traitant à qui incombe la responsabilité fiduciaire première de la patiente; ou manquer la partie de hockey ou arriver en retard, auquel cas les membres de la famille du résident seront appelés à faire un sacrifice personnel par respect pour les priorités professionnelles du résident. Il y a des moments où les responsabilités envers les patients doivent l'emporter sur les besoins familiaux ou les obligations contractuelles, mais des compromis sont certainement acceptables à l'occasion. Cependant, si « le devoir d'abord » devient la règle de conduite, la santé du médecin et ses relations personnelles risquent d'en souffrir. Cette question doit être abordée ouvertement durant la formation. Des modèles de rôles respectés sont importants pour aider chaque résident à comprendre l'importance des enjeux ainsi que l'importance d'établir des limites acceptables à l'égard des attentes de toutes les parties liées par le contrat social.

## Principales références

ABIM Foundation American Board of Internal Medicine, ACP-ASIM Foundation American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, European Federation of Internal Medicine. 2002. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine.* 136: 243–6.

Cruess RL and SR Cruess. 2008. Expectations and obligations: professionalism and medicine's social contract with society. *Perspectives in Biology and Medicine.* 51: 579–98.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Heures de travail : Faire face aux obligations professionnelles

Jason R. Frank, MD MA(Ed) FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons les problèmes que posent les longues heures de travail en médecine,
- décrivons des stratégies pour faire face au risque de fatigue afin de favoriser la santé des médecins, la sécurité des patients et la viabilité de la pratique.

### Cas

Un résident de première année a l'impression d'être emporté dans un tourbillon. Il se sent toujours fatigué et irritable, et tout son univers tourne autour de la médecine (faits, patients, lectures, visites des malades, procédures, résultats d'analyse, affectations et gardes). Sa famille, les repas cuisinés à la maison et la lecture d'un bon livre non relié à la médecine lui manquent. Il ne se rappelle plus la dernière fois où il est allé s'entraîner au gymnase. Il aurait aussi bien besoin d'une bonne nuit de sommeil, mais il est de nouveau de garde ce soir et sait donc qu'il ne dormira pas. Le résident commence à être agacé par les patients et leurs récriminations. Il constate que le superviseur avec qui il travaille aujourd'hui a l'air tout aussi fatigué. Le résident se demande s'il est vraiment fait pour la médecine.

## Introduction

Dire que l'exercice de la médecine se caractérise par des heures de travail longues et intenses serait un euphémisme. Les patients ne choisissent pas l'heure où ils seront malades, et la médecine du XXIe siècle est une entreprise qui exige un engagement 24 heures sur 24, sept jours par semaine et 365 jours par année. La pénurie de médecins, le vieillissement de la population et la difficulté d'accès aux soins de santé font en sorte que les patients ont des besoins de plus en plus complexes et sont plus malades. De plus, la croissance exponentielle des connaissances et des technologies médicales impose aux médecins praticiens et aux médecins en formation des demandes toujours plus grandes. On comprend donc facilement pourquoi de nombreux cliniciens ont de la difficulté à gérer leur charge de travail.

Les médecins ont tendance à travailler plus d'heures que la moyenne de la population. Selon le *Sondage national des médecins de 2007*, le temps moyen consacré aux tâches professionnelles, en excluant les heures de garde, a été d'environ 51 heures par semaine, tous âges, spécialités et pratiques confondus. Soixante et un pour cent des médecins ont déclaré de surcroît 30 heures de garde par semaine, et 10 % ont dit faire 60 heures de garde par semaine. Les médecins en formation à qui il ne reste que quelques années avant de pratiquer travaillent en moyenne de 60 à 80 heures et même plus par semaine, selon leur spécialité et leur province ou territoire de pratique. Ces longues heures de travail exposent les médecins à un certain nombre de conséquences négatives.

## Répercussions des longues heures de travail

Il peut être exigeant de travailler sans relâche, tant socialement, physiquement que psychologiquement. Les longues heures de travail peuvent amener le résident à s'isoler de ses amis et de ses réseaux de soutien, mettre ses relations à rude épreuve et l'empêcher de poursuivre des activités ou de maintenir des liens antérieurs. Les longues heures de travail peuvent aussi miner l'énergie et causer de l'irritabilité, une humeur dépressive, un abus d'alcool ou d'autres substances et d'autres problèmes de santé mentale. Qui plus est, les longues heures de travail sans relâche constituent un facteur de risque de gain de poids, de dysfonctionnement immunitaire, de stérilité, de diabète, de malaises gastro-intestinaux et de coronaropathies. De fait, lorsqu'on examine les effets sur la santé, on constate que les horaires extrêmes, comme des années de travail par postes incluant des quarts de nuit et la privation de sommeil, sont équivalents à la consommation d'un paquet de cigarettes par jour. Le fait de travailler en dehors des heures normales (p. ex., périodes de garde ou travail par postes) perturbe le rythme circadien essentiel au mieux-être. Ces conditions peuvent mener à une fatigue cumulative, à l'épuisement professionnel et aux erreurs médicales.

### Facteurs qui contribuent à la fatigue des médecins

Fatigue = caractéristiques personnelles X nature du travail X heures de travail X moment de la journée X milieu de travail / pauses

## Heures de travail et fatigue

On croyait auparavant que la fatigue relevait d'une équation simple : fatigue = heures de travail. On sait aujourd'hui que le travail qui occasionne de la fatigue chez une personne une journée peut ne pas avoir le même effet sur une autre personne et même sur la même personne dans d'autres circonstances. Aussi vaudrait-il sans doute mieux envisager la fatigue comme le résultat d'une interaction entre différents facteurs (voir l'encadré) : la personne (p. ex., conditions de sommeil, autres facteurs liés à la santé, stratégies d'adaptation, niveau de compétences), la nature du travail (p. ex., intensité, interruptions, ergonomie), les heures de travail et les possibilités de prendre des pauses (p. ex., siestes, repas, pauses), le moment de la journée (jour, soirée, nuit) et le cadre de travail (p. ex., sécurité, familiarité) (Frank et Ovens, 2002). En retour, la fatigue peut entraîner des déficits neurocognitifs au travail qui peuvent être la cause d'inattentions ou d'erreurs médicales, exposant ainsi les patients à des risques (Crosskerry, 2008). À plus long terme, la fatigue du médecin peut mener à des problèmes de santé physique ou mentale, à l'épuisement professionnel et à l'abandon de la pratique.

## Stratégies pour faire face aux longues heures de travail

Qu'est-ce que le médecin peut faire pour atténuer les effets des longues heures de travail? À moins de changements radicaux dans la formation des résidents, le nombre de médecins et la découverte de cures contre les maladies, la médecine continuera d'exiger de longues heures d'activité intense de la plupart de ses membres. Cependant, les cinq stratégies générales énoncées ci-après peuvent favoriser l'adoption de saines habitudes de travail, contrebalancer les effets de la fatigue, promouvoir une pratique sécuritaire et prévenir l'épuisement professionnel (voir le chapitre 11-E).



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

**Maintenir le rythme.** Le maintien de ses rythmes physiologique, social et psychologique est déterminant dans la prévention de la fatigue, de la maladie et de l'épuisement professionnel. Les rythmes circadiens ont un effet profond sur notre physiologie et il faut éviter le plus possible de les perturber. Une bonne hygiène du sommeil peut aider à compenser les effets du travail après les heures normales. De même, il est important que les médecins maintiennent leur rythme social et leur rythme psychologique, y compris le temps passé avec la famille et les amis, et qu'ils cherchent notamment à protéger farouchement leur participation aux principales activités familiales. Il est utile, pour préserver un sentiment de bien-être, d'envisager le déroulement de la semaine selon un cycle régulier, même lorsqu'il faut travailler durant la fin de semaine. Enfin, l'instauration d'un programme régulier d'activité physique est non seulement bénéfique pour la condition physique, mais elle améliore également la qualité du sommeil, les fonctions cognitives et la tolérance au stress.

**Contrebalancer les effets de la fatigue.** Il existe de nombreuses techniques pour contrer la fatigue, et la plus importante consiste à dormir lorsqu'on est fatigué. Les longues heures de travail peuvent toutefois rendre le sommeil impossible. Parmi les autres techniques, mentionnons faire une consommation judicieuse de café, éviter les autres substances comme l'alcool, prendre des pauses et faire des siestes, trouver des moyens d'évacuer le stress, faire de l'activité physique et travailler dans un environnement bien éclairé.

**Gérer efficacement son temps.** Même si la personne peut en apprendre passablement sur la gestion du temps durant sa formation et ses études en médecine, peu de programmes considèrent que cette question a une incidence considérable sur la santé et l'efficacité des médecins. La bonne nouvelle, c'est qu'il existe une abondance de conseils pour ceux qui veulent véritablement acquérir de bonnes techniques de gestion du temps. Il faut avant tout bien se connaître soi-même, définir ses objectifs et en établir l'ordre de priorité, suivre un plan, être bien organisé et tirer profit des ressources existantes. Pour devenir efficace, il faut connaître ses priorités, ses forces, ses faiblesses et ses valeurs, car ce n'est que de cette façon que l'on peut établir des priorités qui soient en accord avec ses objectifs fondamentaux. Il existe aussi diverses techniques pour aider à établir ses priorités, notamment préciser ses valeurs, rédiger un énoncé de mission et une vision personnels, et imaginer sa biographie ou l'héritage qu'on laissera.

Le temps et l'énergie sont des ressources précieuses et leur usage judicieux nécessite certaines compétences. Les techniques utilisées à cette fin incluent l'établissement d'objectifs personnels et professionnels (à court, moyen et long termes) et l'utilisation d'un agenda électronique (p. ex., logiciel MS Outlook ou Blackberry) pour gérer son horaire quotidien, hebdomadaire, mensuel ou annuel. On parvient à se concentrer en faisant une évaluation critique de ses décisions en regard des valeurs et de la mission que l'on s'est fixés et en disant « non » à certaines tâches. Le fait d'établir des priorités permet de rajuster ses activités en fonction de ses objectifs. L'essentiel est d'établir un plan et de le respecter le plus possible, tout en se permettant de le revoir fréquemment. L'établissement de listes de choses à faire, d'un plan de développement professionnel continu ou d'un plan de carrière sont quelques exemples de feuilles de route qui mènent à la réussite. Pour tirer le maximum de ces priorités, il est également essentiel d'avoir un milieu de travail et un système de classement bien organisés, de définir clairement le déroulement du travail et d'éviter les distractions. Enfin, il est important de gérer les ressources disponibles, qu'il s'agisse d'adjoints, de collègues, de mentors ou de technologies. La gestion efficace du temps est un volet crucial des habiletés médicales, qui non seulement permet au médecin d'être plus productif, mais l'aide aussi à concilier les besoins et les exigences de sa vie professionnelle et personnelle.

**S'assurer l'appui des autres.** Dans les discussions sur les heures de travail du médecin, on oublie souvent de parler de la valeur du dialogue avec les personnes clés. Il est pourtant essentiel que chacun de nous et que l'ensemble de notre profession veillions à ce que les autres comprennent bien la nature de notre travail. Nos absences fréquentes peuvent créer de la frustration chez nos proches et il peut être nécessaire de les informer de ce qui est exigé de nous. De façon plus générale, les décideurs publics doivent être bien informés de la nature du travail du médecin, afin que les politiques en matière de santé et les ressources allouées favorisent des pratiques durables pour tous les professionnels de la santé.

**Refaire le plein d'énergie.** Le renouveau et la revitalisation sont un autre ingrédient essentiel. La culture du médecin dévoué à son travail et à ses responsabilités peut faire en sorte qu'il lui soit difficile de prendre des vacances. Les périodes de vacances devraient être planifiées et prises et, dans cette optique, il serait bon de réserver ses prochaines vacances dès que se terminent les vacances en cours. Tous les professionnels ont besoin de temps pour évacuer le stress et réfléchir à leur carrière et à leurs priorités, refaire le plein d'énergie et se concentrer sur des priorités personnelles non liées à la médecine. Ces stratégies sont essentielles pour éviter l'épuisement professionnel et assurer le succès et la longévité.

### Résolution du cas

Le résident décide de parler de sa fatigue à un médecin membre du personnel. Ils ont une bonne conversation, et le résident est encouragé. Le résident décide de prendre congé de la médecine durant la fin de semaine pour passer du temps de qualité avec sa famille, aller courir et aller au cinéma. Le résident veut aussi réfléchir à la manière dont il organise sa semaine, pour voir comment il pourrait faire son travail plus efficacement. Enfin, le résident s'inscrit à un atelier sur la gestion du temps des médecins et décide d'abandonner un rôle dans son programme de résidence, pour se consacrer aux choses les plus importantes pour son mieux-être personnel et sa carrière.

## Principales références

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national des médecins, 2007.*

Frank J, Ovens H. 2002. Shiftwork and emergency medical practice. *Canadian Journal of Emergency Medicine.* 4 (6): 421–8.

Crosskerry P. 2008. Shiftwork, fatigue, and safety in emergency medicine. In Croskerry P et al, eds. *Patient Safety in Emergency Medicine.* New York: Lippincott.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# F. Intimidation et harcèlement durant la formation

Jordan Cohen, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- définissons les éléments de l'intimidation et du harcèlement et examinons leur incidence sur les résidents durant la formation,
- décrivons une démarche pour faire face à l'intimidation et au harcèlement dans le contexte d'un programme de résidence.

### Cas

Votre programme de résidence fera l'objet d'une visite d'agrément l'an prochain. (1) À titre d'administrateur de la faculté, nommez une activité que vous mettriez en place en prévision de cet événement. (2) À titre d'association de résidents, quel processus pourriez-vous mettre en œuvre pour vous préparer à l'agrément?

## Introduction

L'intimidation et le harcèlement en milieu de travail existent probablement depuis les débuts de la médecine, mais les facultés n'ont commencé à se pencher sur ces problèmes qu'au cours des deux dernières décennies. À la base, l'intimidation et le harcèlement se définissent non seulement par les comportements et les motifs de l'auteur de ces comportements, mais aussi par la réaction de la victime. Ces actions ont un effet négatif sur la victime (p. ex., causant du stress). Bien que l'intimidation ou le harcèlement ne soient jamais acceptables, ces actions doivent être persistantes pour qu'on parle vraiment d'intimidation. Un grand nombre d'administrateurs universitaires ne se sentiront pas habilités à donner suite à une allégation d'intimidation ou de harcèlement à moins que l'événement ne soit clairement documenté, que les personnes en cause soient identifiées et qu'il soit démontré qu'il ne s'agissait pas d'un événement isolé. Cela fait ressortir l'importance de signaler ces événements, non seulement pour que les stagiaires puissent se protéger, mais aussi pour éviter que de tels gestes soient portés contre d'autres. En agissant contre les comportements intimidants, les étudiants en médecine et les résidents pourront contribuer à modifier la culture de la médecine de demain.

## Où mènent l'intimidation et le harcèlement?

L'intimidation et le harcèlement peuvent entraîner une piètre satisfaction au travail et une détresse psychologique. Ils ont aussi été associés à des problèmes de santé mentale ainsi qu'à un désir d'abandonner la médecine. L'intimidation et le harcèlement ont une influence marquée sur la santé des médecins, la poursuite de leur carrière et, en dernier ressort, sur les soins dispensés aux patients.

## Où se produisent l'intimidation et le harcèlement?

Les médecins en formation peuvent être victimes d'intimidation ou de harcèlement dans tous les domaines de la formation médicale, qu'il s'agisse de la formation clinique, de la recherche, du domaine de l'administration ou de celui de la politique. Plus de la moitié des répondants à un récent sondage mené au Canada ont déclaré avoir été victimes d'intimidation ou de harcèlement durant leur résidence. Le statut de stagiaire et le sexe de la personne étaient considérés comme les deux principaux fondements de l'intimidation ou du harcèlement. Ces actions avaient été commises par du personnel infirmier et des membres du corps professoral et s'étaient manifestées le plus souvent sous forme de violence verbale. Parmi les autres formes d'intimidation et de harcèlement signalées par les résidents, mentionnons les contacts physiques inappropriés, le harcèlement sexuel, l'attribution de tâches à titre punitif, la perte de privilèges, d'opportunités et des représailles pour avoir signalé des comportements inacceptables.

## Gérer l'intimidation et le harcèlement

Pour gérer efficacement l'intimidation et le harcèlement, il est essentiel que les stagiaires disposent de mécanismes sécuritaires et efficaces. Dans certains cas, les membres du corps professoral peuvent être plus préoccupés par les répercussions que la déclaration pourrait avoir sur leurs stagiaires, lesquels peuvent naïvement croire que le processus de déclaration est adéquat et accessible. D'une part, les stagiaires doivent reconnaître que les auteurs de l'intimidation ne sont souvent pas conscients des effets de leurs actions. De fait, dans bien des cas, les auteurs d'intimidation ou de harcèlement ont besoin d'être renseignés sur les techniques efficaces de communication comme enseignants ou administrateurs plutôt que de faire l'objet de mesures disciplinaires. La plupart des écoles de médecine ont aujourd'hui des directeurs ou des doyens de l'équité à qui sont soumis les conflits entre membres du corps professoral et stagiaires. Bon nombre de ces personnes relèvent directement du doyen de la faculté de médecine ou de comités de professeurs de haut niveau qui ont les pouvoirs d'apporter des changements. Ces personnes s'intéressent essentiellement au contenu, aux enjeux psychologiques et aux procédures liés au conflit.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada exige la mise en place de mécanismes adéquats pour régler les conflits qui surgissent durant la résidence, y compris les problèmes d'intimidation et de harcèlement. Les directeurs de programme, les membres du corps professoral et les résidents doivent être informés de ces ressources et considérer qu'elles sont efficaces pour traiter ces problèmes. Les programmes incapables de prouver l'existence de tels mécanismes pourraient être mis sous probation et risquer de perdre leur agrément.

En accordant une telle importance à cette question, le Collège royal s'assure que les programmes veilleront à créer un milieu d'apprentissage qui limite l'intimidation et le harcèlement, qui traite adéquatement les problèmes et qui prend les mesures nécessaires pour éviter que se perpétuent les comportements inacceptables, pour le bénéfice des futures générations de stagiaires en médecine.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Principales références

Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, Ramchandar K, Martin J, Patten S. 2008. 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.* 1: 105.

Paice E, Aitken M, Houghton A, Firth-Cozens J. 2004. Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *BMJ.* 329: 658–9.

## Résolution du cas

Les directeurs des programmes de résidence devraient s'assurer que tous les membres du corps professoral sont informés des politiques et des procédures en place pour contrer l'intimidation et le harcèlement (en distribuant, par exemple, un diagramme de processus). Ils pourraient aussi organiser une rencontre avec les principaux membres du corps professoral et le directeur de l'équité de la faculté,(médiateur) afin de les informer de la marche à suivre pour régler les conflits avec les stagiaires.

Enfin, il importe que les résidents soient eux aussi bien informés des politiques et procédures établies. Cette information pourrait leur être communiquée durant une séance de formation avec présentation d'études de cas ou jeux de rôle, par le directeur de l'équité(médiateur). Enfin, il faut encourager les résidents à exprimer leurs préoccupations liées à l'intimidation ou au harcèlement, afin que l'équipe d'agrément puisse formuler des recommandations qui seront ensuite examinées par chaque programme.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Collégialité

Jordan Cohen, MD FRCPC

La collégialité désigne essentiellement la cohésion et la solidarité qui existent au sein d'un groupe engagé dans l'atteinte d'un objectif commun. La collégialité confère certains droits et est atténuée par des obligations précises. Dans le contexte de l'enseignement, la collégialité fait référence à un engagement en faveur du maintien, du soutien, de l'échange et de la diffusion du savoir. La collégialité permet aux médecins de se renseigner mutuellement sur des questions d'ordre clinique, de poursuivre des objectifs savants et, finalement, de se soutenir mutuellement dans leur développement professionnel continu. Les médecins ont toutefois l'obligation d'imposer certaines limites à leur collégialité, et notamment, de faire passer le bien-être du patient avant leurs relations collégiales.

Bien que la collégialité soit très prisée par les praticiens et les administrateurs médicaux, elle n'est pas toujours enseignée de façon explicite. Tous les rôles CanMEDS incluent l'attribut de la collégialité. Ainsi, on ne peut devenir un érudit ou un expert médical efficace sans échanger avec ses pairs. On ne peut être un bon promoteur de la santé sans la collaboration de ses superviseurs et de ses pairs – laquelle collaboration dépend du degré de collégialité existant. La personne apprend des techniques efficaces en s'inspirant de la sagesse et de l'exemple d'autres praticiens. Le rôle de gestionnaire exige (en particulier aujourd'hui, où les rapports entre les médecins et les autres membres de l'équipe de soins de santé sont moins hiérarchisés que par le passé) un sentiment de confiance et d'empathie entre les membres : autrement dit, un sentiment de collégialité. Pour satisfaire aux obligations de son rôle de professionnel en matière de soins, d'éthique et d'autoréglementation, le médecin ne peut travailler en vase clos. En plus d'appuyer ces domaines de compétences, la collégialité engendre par définition le type de respect et de soutien mutuels qui aide à prévenir l'intimidation et le harcèlement de la part des collègues. Qui plus est, là où il existe un esprit de collégialité, les médecins non seulement se soutiennent quand ça va bien, mais ils protègent aussi la santé des autres en sachant reconnaître les collègues en difficulté et en les aidant à obtenir l'aide dont ils ont besoin.

La collégialité dans le milieu médical favorise l'efficacité, l'amélioration de la santé des médecins et, dans le cas des établissements universitaires, un niveau élevé d'érudition et d'innovation. Les départements de médecine qui ne favorisent pas la collégialité souffrent du manque de communications entre collègues et ceci a pour effet de réduire la productivité, d'engendrer des problèmes de santé et de causer l'épuisement professionnel et l'attrition du personnel. La collégialité est un important prédicteur de la satisfaction professionnelle, et les efforts visant à accroître la collégialité ont souvent pour effet d'améliorer le moral.

Dans les sections qui suivent, nous examinons comment les médecins peuvent se soutenir mutuellement en tant que collègues. Nous y discutons de problèmes qui nuisent à la collégialité, en regard notamment des comportements perturbateurs des médecins, de la gestion des conflits, ainsi que des tensions liées aux sexes et aux générations. Nous discutons enfin des relations entre les médecins et l'ensemble des professionnels de la santé.

## Stratégies d'enseignement

Les résidents en chef, les professeurs de médecine et les directeurs de programme devraient tous chercher à favoriser la collégialité dans les rapports professionnels. Une façon d'y parvenir est d'encourager le mentorat des résidents par les membres du corps professoral, ainsi que des étudiants en médecine par les résidents, que ce soit en personne, par courriel ou au moyen de sites Web. À l'intérieur d'un programme de formation, différents sujets liés à la collégialité peuvent être abordés entre pairs à l'occasion d'événements de formation (p. ex., durant les demi-journées de formation), entre superviseurs et résidents, de même qu'entre résidents et directeurs de programme. Ensemble, les résidents pourraient définir un domaine lié à la santé des médecins qui pourrait bénéficier d'une meilleure collégialité (p. ex., le stress émotionnel lié aux contraintes de temps durant la formation), et demander à un membre du corps professoral qui est à l'aise de partager ses expériences personnelles de venir animer un groupe de discussion sur ce thème.

## Stratégie d'évaluation

Bien que les enseignants puissent évaluer la collégialité par des observations générales, il existe des méthodes plus officielles, notamment l'évaluation à 360 degrés, qui consiste en l'évaluation des résidents par tous les membres de l'équipe de soins de santé, y compris leurs pairs. La rétroaction par les pairs est souvent perçue comme constructive et moins critique lorsqu'elle porte sur la communication avec les collègues. Ce type de processus peut garantir que le résident sera évalué de manière équitable par tous les membres de l'équipe et enlever une certaine pression sur son précepteur, qui pourrait avoir de la difficulté à offrir une rétroaction critique. Enfin, cet exercice d'évaluation permet aux résidents d'acquérir des compétences sur la manière de commenter des questions professionnelles qui concernent des pairs.

## Principales références

Frank JR. *Le Cadre de compétences CanMEDS pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins,* Ottawa, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, éd. 2005.

Mangiardi JR and ED Pellegrino. 1992. Collegiality: What is it? *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 68 (2): 292–6.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Entraide

Paul A. Farnan, MB BCh FCFPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- appliquons le concept de la collégialité à un cadre de formation,
- discutons des responsabilités plus générales associées à la collégialité, en regard notamment des collègues médecins.

### Cas

Depuis trois mois, un résident de deuxième année, qui était jusque là un grand leader et innovateur auprès de ses pairs, semble s'isoler et se replier sur lui-même. Sa personnalité auparavant dynamique semble avoir cédé la place à des sautes d'humeur et à l'introversion. Fait très inhabituel, l'épouse du résident, avec qui il est marié depuis huit ans, était absente lors du dernier dîner du service et le bruit court que le résident aurait des problèmes conjugaux. Certains de ses pairs ont remarqué qu'il avait bu plus que d'habitude un certain soir, avant de rentrer chez lui en voiture. On dit également que le résident aurait eu récemment des ennuis avec la justice. De plus, une instance judiciaire concernant un de ses cas ayant connu un résultat défavorable il y a deux ans doit être entendue sous peu par le tribunal civil.

## Introduction

Collégialité, comme les mots collège et collègue, vient du latin *colligere,* qui signifie lire ensemble. Dans le milieu de l'enseignement, la collégialité est souvent envisagée en lien avec le concept de collège, c'est-à-dire un ensemble, un groupe ou une société de personnes engagées dans la poursuite d'objectifs communs ou ayant des obligations et des intérêts communs, et parfois liées par des droits et des privilèges particuliers conférés par une charte.

Une atmosphère de collégialité dans un milieu d'enseignement et d'apprentissage peut créer un contexte sécuritaire et productif à la fois pour les enseignants et les apprenants. La collégialité peut créer une culture au sein de laquelle l'incertitude, le manque de connaissances et le sentiment d'incompétence sont à la fois tolérés et discutés. La collégialité favorise au maximum des communications ouvertes et la diffusion des idées et de l'information. Dans une telle optique, une faculté collégiale en serait une qui privilégie un engagement à partager le savoir.

## Cultiver la collégialité

On connaît bien l'importance du contexte social de l'apprentissage. À titre d'exemple, l'apprentissage peut être facilité par des activités de groupe comme des ateliers et des séances de tutorat. Lorsque ces activités sont bien organisées, elles exposent les apprenants à un éventail de convictions et d'attitudes et elles favorisent le partage des points de vue et des opinions. En favorisant le respect mutuel de l'enseignant et de l'apprenant et en contribuant à élargir leurs horizons, cette démarche peut aussi servir de modèle pour assurer le maintien du respect dans la relation médecin-patient. En préconisant la collégialité, la médecine universitaire offre la possibilité d'améliorer la qualité des diplômés en médecine et de jeter de bonnes bases pour l'apprentissage futur.

Cependant, la collégialité ne se limite pas au cadre de l'enseignement. La médecine s'exerce à l'intérieur d'un système de santé qui évolue constamment et qui est de plus en plus exigeant. On connaît bien l'importance du travail d'équipe et des communications efficaces pour la prestation de soins médicaux de qualité, et le terme collégialité est aussi utilisé pour désigner des professionnels qui travaillent ensemble d'égal à égal dans la prise de décisions. Le traitement d'un patient peut être complexe et nécessiter les compétences d'un éventail de professionnels de la santé. On oublie parfois que les soins multidisciplinaires ne se limitent pas à un groupe multidisciplinaire de médecins. La véritable collégialité suppose la collaboration avec les autres disciplines de la santé, chacune pouvant avoir beaucoup à apprendre de l'autre. En réalité, les membres de l'équipe ont besoin les uns des autres pour former une équipe résiliente et durable. Mais la collégialité entre collaborateurs ne va pas de soi. Elle doit être entretenue et nourrie par le respect et par un désir véritable de travailler ensemble d'une manière productive dans un climat d'entraide.

La collégialité offre l'avantage de créer une communauté sûre et protectrice qui peut nous aider à faire face au stress du travail. La collégialité est toutefois plus qu'une simple camaraderie ou qu'un club privilégié : elle suppose certaines obligations et responsabilités. La société n'apprécie pas la collégialité autoprotectrice qui, par solidarité, ferme les yeux sur des comportements professionnels douteux ou sur la détérioration manifeste du rendement d'un collègue au détriment de la sécurité du patient. Aussi est-il important de se rappeler que les médecins vieillissent et peuvent être malades comme tout le monde, et que leurs compétences peuvent en être diminuées. Comme nous le mentionnons ailleurs dans ce guide, certains aspects de la culture de la médecine, conjugués aux attributs types qui dans d'autres circonstances sont très utiles aux médecins, peuvent expliquer la réticence d'un médecin à admettre qu'il est en difficulté. Cependant, la responsabilité du médecin de se garder en bonne santé pour exercer sa profession en toute sécurité englobe également l'obligation collégiale d'être attentif à la santé et à la bonne condition des autres. Mais ceci n'est pas toujours facile.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Le soutien des collègues devient particulièrement important lorsque nous sommes malades et que nous perdons de vue notre propre rendement professionnel. Par le passé, les médecins malades restaient silencieux jusqu'à ce qu'une plainte soit déposée auprès d'un organisme de réglementation ou qu'un événement fâcheux se produise, car ils craignaient que leur permis d'exercice ne soit révoqué. Leurs collègues, pour leur part, s'abstenaient d'intervenir. Même aujourd'hui, malgré la mise en place dans chaque province et territoire du Canada de programmes de santé des médecins bien structurés pour venir en aide aux médecins en difficulté, nous ne pouvons fermer les yeux sur notre responsabilité collégiale de nous entraider localement. Cependant, nous ne devons pas non plus attendre que les problèmes deviennent à ce point graves qu'ils requièrent l'intervention des organismes de réglementation. Les milieux de travail devraient mettre en place des mécanismes pour s'assurer que les médecins dont les capacités pourraient être affaiblies cessent rapidement d'exercer jusqu'à ce que leur aptitude à pratiquer puisse être évaluée. Voilà ce qu'est une véritable collégialité au niveau communautaire. Trop souvent, toutefois, animés par un sens erroné de la collégialité, les médecins hésitent à venir en aide à un collègue en difficulté ou ils l'encouragent à dissimuler ses problèmes et valident ainsi un rendement professionnel diminué ou inférieur aux normes.

Une façon responsable et structurée de traiter les questions liées à une diminution potentielle des capacités d'un médecin consisterait à cibler tôt les médecins qui pourraient avoir besoin d'aide et à leur offrir une intervention rapide et bienveillante lorsqu'ils en ont besoin. L'aide pourrait se manifester sous forme d'encouragement, de paiement des droits d'exercice, d'aiguillage vers un service d'aide et, finalement, de programmes de mentorat pour les médecins retournant au travail après une période d'absence. Enfin, bien qu'il faille espérer que les collègues dont les habiletés sont réduites réagiront positivement au soutien et aux conseils obtenus, nous ne devons pas oublier nos obligations juridiques et éthiques de signaler aux autorités compétentes les médecins qui insistent pour continuer de pratiquer malgré leurs aptitudes affaiblies et les offres d'assistance raisonnables qui leur ont été faites.

## Récapitulatif

Un groupe de soutien collégial est celui qui travaille ensemble de façon proactive, pour assurer le fonctionnement optimal de tous ses membres. Ce groupe ne s'intéresse pas seulement à la santé de chaque praticien, mais aussi à la santé et au mieux-être du groupe dans son ensemble. Ce groupe cherche à cerner les problèmes organisationnels qui contribuent au stress du personnel de la santé, et encourage l'instauration d'un milieu de travail sain et respectueux. Les activités collégiales incluraient généralement des initiatives de nature préventive ou proactive visant à réduire au minimum les facteurs de stress négatif en milieu de travail, de manière à développer des effectifs résilients et en santé.

## Résolution du cas

Il est important pour tout groupe ou organisme de cultiver la collégialité et le mentorat. Dans le cas présent, des bruits courent et des présomptions sont faites, sans que personne ne sache vraiment s'ils sont fondés. Le résident pourrait avoir un problème de consommation excessive d'alcool ou de drogues, être atteint d'une grave dépression, présenter un trouble d'adaptation ou quelque autre problème qui expliquerait le changement apparent dans son comportement. Une chose est sûre : rester là à ne rien faire n'est pas la solution. Pas plus qu'il n'appartient à un collègue de tenter de diagnostiquer ou de traiter le problème du résident. Il serait en revanche indiqué qu'un ou que plusieurs collègues en qui le résident a confiance lui demandent, sur un ton respectueux, de les rencontrer en privé pour lui faire part de leurs véritables inquiétudes au sujet des comportements qu'ils ont observés. Il serait aussi indiqué d'offrir au résident de l'aider à trouver un médecin personnel s'il n'en a pas.

Dans le cas présent, il serait bon qu'un collègue ou que plusieurs collègues s'informent sur les ressources offertes par le programme de santé des médecins de leur province ou territoire et aident le résident à obtenir un rendez-vous auprès de ces ressources médicales. Il pourrait même être indiqué qu'un collègue accompagne le résident à ce rendez-vous, sans pour autant assister à la rencontre proprement dite. Un suivi pourrait aussi être fait auprès du résident pour tenter de savoir s'il a consulté ces ressources. Les départements des universités ou les pratiques de groupe devraient établir une liste de médecins de premier recours situés dans la communauté et qui ne seraient pas nécessairement associés à l'université. Ces fournisseurs de soins devraient avoir de l'expérience dans le traitement des collègues médecins et de leur famille, et être conscients de la nature délicate de la relation médecin-patient lorsque le patient est lui-même un médecin (ou un membre de sa famille).

## Principales références

Brown G, Rohin M, Manogue M. Culture, collegiality, and collaborative learning. In Sweet J, S Huttly, and I Taylor, eds. 2003. *Effective Learning & Teaching in Medical, Dental & Veterinary Education.* London: Kogan Page. pp. 18–35.

Mangiardi JR and ED Pellegrino. 1992. Collegiality: What is it? *Bulletin of the New York Academy of Medicine.* 68 (2): 292–6.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Gestion de conflits

Paul A. Farnan, MB BCh FCFPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons les hypothèses souvent formulées durant la caractérisation des conflits,
- décrivons les facteurs qui influencent les styles de gestion des conflits,
- discutons des attitudes de collaboration et des aptitudes en communication qui favorisent une résolution créative des conflits.

### Cas

Deux résidents dynamiques et ambitieux ont croisé le fer régulièrement et sur plusieurs sujets au cours des trois années de résidence qu'ils ont passées ensemble. Des conflits surgissent constamment pour diverses raisons, qu'il s'agisse de l'organisation de la liste de garde, du calendrier des vacances ou des thèmes à aborder durant les séances scientifiques. Qui plus est, les conflits semblent s'intensifier, chacun considérant l'autre comme une personne têtue et inflexible. Comme c'est souvent le cas dans les conflits non résolus, les attaques deviennent personnelles. Ainsi, chacun jette le blâme sur l'autre au lieu de se pencher sur les questions qui sont à l'origine du conflit. La situation devient difficile pour l'ensemble du service, chacun des deux résidents tentant de rallier ses collègues dans son propre camp.

## Introduction

Le terme conflit évoque souvent des images de violence, comme dans les conflits armés. Dans le présent module, nous nous intéressons aux conflits interpersonnels qui naissent lorsque des besoins ou des intérêts humains ne sont pas pris en compte. Le conflit a été défini comme une « situation où une ou les deux personnes dans une relation éprouvent de la difficulté à travailler ou à vivre avec l'autre. Le conflit résulte habituellement de besoins, d'objectifs ou de styles différents ou incompatibles » (traduction) (Fisher, 1977). Les conflits interpersonnels sont un sous-produit naturel du changement et de la croissance et se produisent dans toutes les relations; même les personnes qui ont de saines relations interpersonnelles ne sont pas à l'abri des conflits. Ces personnes acceptent toutefois le caractère inévitable des conflits et réussissent à cerner tôt les tensions et à les résoudre. Elles sont également sensibles à la manière dont leur propre expérience influence leur façon de percevoir les conflits et d'y réagir. Ces personnes connaissent les techniques de communication et savent que les conflits rendent difficiles les communications constructives. Comme les facettes de la résolution de conflits sont complexes, il serait sans doute plus approprié de parler de gestion des conflits, car tous ne peuvent pas être résolus.

## Sources de conflit

Aujourd'hui plus que jamais, les soins de santé sont un domaine complexe qui évolue rapidement et qui repose sur le travail d'équipe. Bien que les conflits dans les milieux de l'enseignement et de l'exercice de la médecine soient fréquents, ils peuvent être difficiles à traiter, surtout si l'on en comprend mal les déterminants. Comme personne n'est à l'abri des conflits interpersonnels, il est important d'apprendre des stratégies pour nous aider à gérer les conflits, que ceux-ci concernent des collègues, des partenaires, notre conjoint ou toute autre personne.

La plupart des conflits semblent avoir un élément déclencheur immédiat et observable, un « point sensible ». En réalité, toutefois, le problème est habituellement plus complexe et fait généralement intervenir de nombreuses autres variables dont les parties en cause ne sont peut-être pas pleinement conscientes. Ces variables incluent les relations de pouvoir, les besoins réels et non apparents et les styles de gestion des conflits. En présence d'un conflit interpersonnel, il est important de connaître la manière dont nous réagissons habituellement aux conflits – c'est-à-dire notre « style de conflits ». Pour ce faire, nous devons prendre conscience de qui nous sommes afin de savoir ce qui influence notre perception du monde qui nous entoure. Il est normal de faire des présomptions et des hypothèses en fonction de son expérience. Cependant, ces convictions ne sont pas toujours fondées. Si nous pouvons prendre conscience en toute honnêteté de notre perception du monde, nous pourrons commencer à percevoir nos biais et, à la longue, comprendre pourquoi nous sommes en conflit.

En présence d'un conflit, nous adoptons un comportement qui est soit défensif, soit ouvert. Le style défensif est habituellement plus propice à la confrontation et témoigne des efforts que nous sommes prêts à faire pour satisfaire nos propres besoins. Le style ouvert est plus coopératif et témoigne de notre volonté de satisfaire les besoins de l'autre.

Kenneth W. Thomas et Ralph H. Kilmann ont décrit cinq modes de traitement des conflits, caractérisés en fonction de leur position relative le long des deux axes de comportement précités (affirmation de soi ou esprit de coopération). Ces modes sont la compétition (pression), la conciliation (tolérance), l'évitement (retrait), la collaboration (résolution des problèmes) et le compromis (échange). Tous les comportements peuvent paraître raisonnables lorsqu'on comprend les besoins inassouvis de l'autre. Cependant, pour être en mesure de comprendre les besoins de l'autre, il faut créer un climat de confiance et d'honnêteté. Il faut également assurer une écoute attentive et examiner ce que l'autre cherche vraiment.

Comme un grand nombre de facteurs influencent nos comportements personnels face à un conflit, il est bon de se rappeler qu'en situation de conflit, une personne s'intéresse d'abord à sa propre personne et non à l'autre, et donc de se poser la question suivante : « Pourquoi suis-je en conflit? »



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Communication

On ne peut parler de conflit sans parler de communication. Nos rapports avec les autres dépendent de la manière dont nous interagissons et communiquons avec eux. La communication a toujours été essentielle à l'existence – c'est ce qui nous permet de satisfaire nos besoins fondamentaux pour notre survie et notre sécurité et de nous intégrer à des groupes sociaux. Même si nous utilisons le même langage ou les mêmes mots pour communiquer, nous ne les utilisons pas nécessairement de la même façon. Le sens n'est pas inhérent aux mots; il vient de l'interprétation de chacun. La communication ne se limite pas à ce qui est dit, mais englobe aussi ce qui est entendu ou ce qui est perçu. Le ton de la voix, la gestuelle, le langage corporel, le moment, le contexte, pour ne nommer que ceux-ci, sont tous des facteurs qui influencent ce qui est « entendu ». Le problème du non-dit est qu'il est souvent non intentionnel et qu'il est plus susceptible de traduire notre véritable pensée que ce qui est dit. La communication est un processus dynamique car, notamment durant une conversation, nous envoyons et recevons de l'information en même temps. La communication est également irréversible : après qu'un message a été envoyé, on peut tenter de se rétracter mais on ne peut nier l'existence du message.

Lorsque des émotions entrent en jeu, par exemple en situation de conflit, la difficulté inhérente à la communication augmente. Les conversations durant un conflit risquent d'alimenter la défensive, de favoriser l'interprétation erronée des messages et aussi, malheureusement, de créer des malentendus. Si nous voulons communiquer efficacement durant un conflit interpersonnel, il est important d'en éliminer la charge affective.

Les techniques de communication efficaces favorisent une meilleure compréhension entre les gens et réduisent les hypothèses qui ont pour effet de faire porter un jugement. Nous devons chercher à comprendre comment l'autre perçoit la question à l'origine du conflit, plutôt que de nous montrer inflexible quant à la manière dont l'autre devrait à notre avis percevoir le conflit. La résolution des conflits exige un désir sincère de comprendre. Elle requiert une volonté de participer à la recherche d'une solution avec l'autre partie, et exige l'établissement de règles de base qui favorisent des échanges ouverts et réduisent le besoin d'être sur la défensive. Heureusement, la résistance à l'envie d'être sur la défensive est une aptitude qui s'acquiert. La gestion collaborative des conflits consiste à envisager le conflit comme un problème que les deux parties doivent résoudre ensemble pour avoir l'impression que la solution leur est mutuellement bénéfique. Aucune relation ne peut durer et être enrichissante sans mécanismes de gestion des conflits. En définitive, il est bon de se rappeler que la relation est aussi, sinon plus, importante que l'issue du conflit.

## Résolution du cas

Ce conflit aurait pu être traité à un stade plus précoce, avant qu'il n'atteigne des proportions aussi dommageables. Les deux résidents se sont montrés insensibles à la manière dont chacun a contribué à envenimer le conflit. Chacun a rejeté le blâme sur l'autre, au lieu d'envisager les problèmes communs qu'ils auraient pu résoudre ensemble. Ils sont parvenus à un stade où ils sont incapables de communiquer, car le conflit est devenu trop tendu sur le plan affectif.

Le chef du service décide d'organiser un atelier sur la gestion des conflits pour tous les membres du corps professoral et tous les résidents. Cet atelier aide les participants à mieux comprendre la nature des conflits interpersonnels et insiste sur l'importance d'instaurer un climat de collégialité au sein du service pour favoriser un traitement proactif des conflits. L'animateur de l'atelier travaille ensuite en privé avec chacun des deux résidents, pour les aider à prendre conscience de l'importance d'acquérir des aptitudes de gestion des conflits dans le cadre de leur formation. Il les aide à examiner leurs attitudes enracinées face aux conflits, les expériences de vie qui ont façonné leur style de conflit et leur tendance à formuler des hypothèses fausses au sujet de l'autre. Il leur rappelle l'importance de la confiance et leur enseigne une technique d'écoute active qui utilise un vocabulaire non conflictuel. Il conseille aux parties impliquées dans un conflit de discuter des points suivants :

- **Observations.** S'en tenir aux faits personnellement vécus : « Je constate que… ».
- **Pensées.** Décrire les conclusions auxquelles vous êtes parvenus, à partir de ce que vous avez vu ou entendu : « Je pense que… ».
- **Sentiments.** Faire connaître ses sentiments aux autres, afin qu'ils puissent manifester plus d'empathie : « J'ai l'impression que… ».
- **Besoins.** Exprimer ses besoins sans jeter de blâme ni attribuer de faute. Énoncer simplement ce qui vous serait utile ou vous ferait plaisir : « Cela m'aiderait si… Ce qui serait bon pour moi, c'est que… »

(McKay et al., 1995).

## Principales références

Lindahl K and A Schnapper. 2002. *The Sacred Art of Listening: Forty Reflections for Cultivating a Spiritual Practice*. Vermont: Skylight Paths Publishing.

Rosenberg MB. 2003. *Nonviolent Communication: A Language of Life*. Encinitas (CA): PuddleDancer Press.

Stone D, Patton B, Heen S. 2000. *Difficult Conversations: How to Discuss What Matters Most*. London: Penguin Books.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Comportements professionnels perturbateurs

Paul A. Farnan, MB BCh FCFPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- définissons les comportements professionnels perturbateurs, en donnons quelques exemples et examinons leurs répercussions sur les organismes de soins de santé et les milieux de formation et d'apprentissage,
- examinons les caractéristiques personnelles et les éléments des cultures organisationnelles qui peuvent influencer les comportements des médecins,
- examinons comment élaborer une réponse généralisée cohérente et appropriée aux situations mettant en cause des comportements perturbateurs.

### Cas

Le résident en chef en médecine interne a demandé à parler au directeur de programme au sujet d'un des résidents de troisième année. Le résident en chef dit en avoir assez du comportement irresponsable de ce résident qui n'assiste pas aux séances de formation, n'arrive jamais à l'heure aux formations cliniques, est toujours en retard pour ses périodes de garde et donc ne reçoit jamais l'information pertinente au sujet des patients au moment du transfert de garde. Les autres résidents se sont plaints au résident en chef, et les infirmières sur l'étage ainsi qu'à la salle d'urgence ont commencé à appeler le résident en chef chaque fois que ce résident est de garde. Le résident en chef veut que les choses changent.

## Introduction

L'expression « médecin perturbateur » est souvent utilisée pour désigner des médecins qui ont des comportements désobligeants ou répréhensibles, par exemple qui réprimandent le personnel en présence de patients ou utilisent des tactiques d'intimidation durant la supervision des résidents. D'autres types de comportements perturbateurs – comme les réponses tardives ou inadéquates aux appels et aux gardes, les retards chroniques ou le défaut de se présenter à une réunion – attirent peut-être moins l'attention mais peuvent être tout aussi préjudiciables en minant le travail d'équipe.

De nombreuses définitions ont été utilisées pour décrire les comportements perturbateurs. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a proposé la définition suivante : « Le comportement perturbateur fait référence à une conduite inadéquate, en paroles ou en actions, qui nuit ou qui pourrait nuire à la qualité des soins de santé » (traduction).

## Effets sur les soins aux patients

Les comportements perturbateurs ont des effets négatifs sur la prestation des soins aux patients et sur le bon fonctionnement des services de médecine. Ils peuvent en outre accroître l'incidence des erreurs médicales et autres événements indésirables et risquent de miner la collaboration empreinte de respect et la collégialité interdisciplinaire si essentielles à la prestation de soins efficace dans le domaine complexe actuel des soins de santé.

Les comportements perturbateurs ont aussi des effets négatifs sur les milieux de l'enseignement de la médecine, en proposant des modèles de comportements inadéquats aux étudiants et aux résidents, en nuisant à leur capacité d'acquérir des aptitudes cliniques et en minant la culture de collaboration essentielle à l'apprentissage.

On estime que de 3 % à 5 % des médecins manifestent des comportements que l'on pourrait qualifier de perturbateurs. Il n'est pas inhabituel que ces médecins soient hautement qualifiés sur le plan technique, qu'il soient des spécialistes très en demande dans leur domaine et qu'il soient perçus comme des champions par leurs patients. Ces personnes estiment souvent avoir des compétences cliniques supérieures et insistent pour que les autres adoptent leur façon de faire. Elles sont aussi souvent insensibles aux effets qu'ont leurs comportements sur les autres.

## Causes

Il n'y a pas qu'une seule cause qui puisse expliquer les comportements perturbateurs. Bien que ces derniers ne soient généralement pas associés à des problèmes de consommation excessive d'alcool ou de drogues, d'autres problèmes de santé sous-jacents, comme le stress et l'épuisement professionnel, peuvent y contribuer. Les comportements perturbateurs peuvent aussi être associés à certains traits de personnalité, comme les personnalités obsessionnelles-compulsives ou narcissiques; il est cependant dangereux de présumer qu'un comportement perturbateur cache toujours un trouble de la personnalité. Ces comportements sont souvent le résultat d'une incapacité d'affronter un conflit inévitable face au stress et à l'évolution rapide du milieu de travail. De fait, les comportements perturbateurs peuvent être le signe de l'échec d'un système où les conflits deviennent personnels et où le leadership est déficient.

## Réagir aux comportements perturbateurs

Les organismes de soins de santé n'ont généralement pas en place de processus officiel pour gérer les comportements perturbateurs, même s'ils ont déjà eu à réagir à de tels incidents par le passé. Ils se concentrent souvent exclusivement sur le comportement de la personne, sans tenir compte des influences externes. Il est cependant peu productif de chercher uniquement à changer le comportement du médecin et il est essentiel d'examiner aussi les facteurs systémiques inhérents aux comportements perturbateurs ainsi que les réactions suscitées par ces comportements.

Pendant trop longtemps, la profession a présumé que la question du professionnalisme était traitée adéquatement dans les écoles de médecine. Il est clair toutefois que les médecins doivent eux-mêmes faire preuve de leadership et s'attaquer aux comportements perturbateurs dans leur milieu de pratique et d'enseignement. Cette question devrait être traitée de façon impartiale, par étapes logiques. Il faut d'abord définir clairement ce qui constitue un comportement perturbateur et en comprendre les conséquences. Il faut ensuite élaborer des lignes directrices sur la gestion des comportements perturbateurs et en informer tous les intervenants clés. Enfin, il est important d'élaborer un code de conduite professionnel pour encadrer les comportements interpersonnels en milieu de travail.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Sotile et Sotile proposent un modèle simple de code qui pourrait facilement être mis en place par tout organisme de réglementation du personnel médical ou toute unité de soins. Ce modèle s'énonce comme suit :

> « Pour respecter notre mission, tous les membres de l'équipe médicale et du personnel de la santé traiteront les patients, le personnel et leurs collègues médecins d'une manière empreinte de dignité qui témoigne d'un respect envers les aptitudes de chacun et d'une volonté de travailler en équipe. Les comportements jugés perturbateurs et nuisibles à la promotion d'une atmosphère de collégialité, de coopération et de professionnalisme ne seront pas tolérés. » (traduction).

Bien que certains puissent trouver inutile d'officialiser un tel code de conduite, il est essentiel de pouvoir s'y référer pour gérer un problème lié à un comportement perturbateur. Un tel code a aussi un rôle préventif, en aidant à créer une culture de respect et de collégialité et en proposant des principes directeurs pour tous ceux qui travaillent dans un établissement. Le code devrait être compatible avec la philosophie de l'organisme dans son ensemble, ou un code uniforme pourrait s'appliquer à l'ensemble des fournisseurs de soins de l'organisme.

Même lorsqu'un code de conduite reconnu existe, on peut souvent avoir l'impression que rien n'est fait pour traiter les comportements perturbateurs. Aussi faudrait-il également élaborer un ensemble clairement défini de politiques et de procédures qui soient connues de tous. Comme le code de conduite, ces politiques et procédures devraient être élaborées en collaboration avec tous les intervenants. Elles devraient faire l'objet de consultations et de consensus, être crédibles et prévoir la participation de la « base ». De plus, leur élaboration devrait être guidée par des principes généraux, incluant l'équité, l'objectivité, la transparence, la confidentialité et l'actualité. Les politiques et procédures devraient préciser les différentes parties qui auraient à intervenir aux différentes étapes du processus : acceptation et examen des rapports, notification et rencontre du médecin manifestant le comportement perturbateur, conduite d'une évaluation s'il y a lieu, définition des objectifs de résolution et de réconciliation, établissement d'attentes relatives au retour au travail, et suivi de la conduite après l'évaluation ou le traitement.

Après l'élaboration des politiques et des procédures, il est essentiel que les gestionnaires, les médecins chefs de projets et les nouveaux chefs de service soient informés de leur contenu et de leur mise en œuvre. En informant les médecins sur le code de conduite et les politiques et procédures établies au moment de l'attribution de leurs droits hospitaliers ou de leur entrée en fonction, il serait possible de prévenir les problèmes ultérieurs.

Il convient cependant d'insister sur le fait que la rédaction unilatérale et précipitée d'un code de conduite ou d'un manuel de politiques et de procédures, par des médecins administrateurs au beau milieu d'une crise causée par un comportement perturbateur, serait sans doute perçue comme une action punitive et personnelle et serait donc vouée à l'échec. Ces lignes directrices doivent être rédigées avant que surgissent les problèmes.

### Résolution du cas

Lorsque le résident en chef apprend qu'un résident n'assume pas ses responsabilités, il voit à confirmer les faits puis rencontre le résident pour l'informer des problèmes et en discuter. Le résident en chef obtient l'engagement du résident que ces comportements ne se répéteront pas. Le résident en chef fait un suivi auprès du résident et l'informe que toute transgression future devra être portée à l'attention du directeur de programme. Le directeur de programme veillera pour sa part à ce que soient mises en place des politiques ou des lignes directrices qui définissent clairement les attentes en ce qui a trait aux responsabilités professionnelles.

Enfin, il serait judicieux de faire participer le médecin en cause à l'établissement des attentes concernant la réintégration et des limites de conduite réalistes pour les médecins qui retournent au travail après un conflit dû à des comportements perturbateurs. Le moment pourrait également être indiqué de revoir avec le médecin le code de conduite, les politiques et les procédures en place, pour s'assurer qu'il sait parfaitement ce qu'on attend de lui. Après le retour au travail, un suivi continu et le renforcement des comportements appropriés seront essentiels pour assurer que le changement est durable.

## Récapitulatif

La réadaptation et le soutien devraient être la démarche à privilégier, de préférence aux sanctions. Les organismes doivent d'abord préciser ce qui constitue un comportement professionnel perturbateur. Les dirigeants doivent déterminer ce qui provoque les comportements perturbateurs et y contribue, afin que puissent être mis en œuvre des programmes d'éducation et de formation pour réduire la probabilité que de tels comportements se manifestent et améliorer l'efficacité globale de la communication au sein des équipes de soins de santé.

Chaque organisme devrait être prêt à faire face aux comportements perturbateurs, en adoptant des politiques et des procédures claires, non ambiguës et soigneusement élaborées, spécialement conçues pour faire échec à ces comportements. Il n'est plus acceptable de se fier aux cours sur le professionnalisme qui ont été dispensés au début de la formation ou de présumer que le médecin concerné aurait dû savoir comment agir. Les dirigeants devraient revoir leurs politiques relatives aux comportements perturbateurs, si de telles politiques existent, et obtenir des intervenants et des dirigeants de l'organisme l'engagement que ces politiques seront élaborées ou revues au besoin. L'organisme médical devra habituellement compter sur le soutien et la collaboration des administrateurs médicaux pour s'assurer qu'il s'agit d'un effort de collaboration. En définitive, l'objectif devrait être d'instaurer une gestion des comportements perturbateurs qui soit équitable, uniforme, pertinente et comprise de tous les membres de l'organisme.

## Principale référence

Sotile WM, Sotile MO. 2002. *The Resilient Physician: Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago: American Medical Association.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Conflits de génération en médecine contemporaine

Leah J. Dickstein, MD MA DLFAPA et Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les principales différences entre la génération Y, la génération X, la génération du baby-boom et la génération silencieuse,
- définissons les principaux domaines où les différences générationnelles peuvent être une source de conflits et examinons les possibilités uniques que présente l'éventail actuel de générations pour l'exercice de la médecine au Canada.

## Cas

Un médecin à mi-carrière qui travaille dans un hôpital d'enseignement très achalandé aime travailler avec les résidents et apprécie les perspectives et les énergies uniques qu'ils apportent à la formation clinique et à l'enseignement. Le médecin est toutefois de plus en plus préoccupé par ce qui lui semble être une dégradation des obligations, de l'engagement et de la formalité de la profession. Durant les visites des malades, le médecin a exprimé son insatisfaction envers une étudiante en médecine qui ne cessait de jouer avec son téléphone, un résident qui ne portait pas de cravate et un associé qui a déclaré devoir quitter à 17 h pour emmener sa fille au soccer. Les trois stagiaires se sont plaints à leur tour du comportement du médecin au directeur de la formation de l'établissement.

## Introduction

La communauté médicale canadienne est constituée d'un éventail varié d'apprenants et de praticiens. Cette diversité se manifeste sous de multiples facettes, notamment quant au sexe, à la race, au patrimoine culturel, aux allégeances politiques et à la philosophie des personnes. Une des facettes de la diversité qui influence de plus en plus les programmes d'enseignement est celle de la génération. Bien que tout cadre regroupant des personnes différentes en des catégories précises comporte un risque de généralisation excessive, les portraits suivants des générations d'aujourd'hui et de leurs caractéristiques peuvent être utiles pour conceptualiser les problèmes qui se posent dans les milieux de l'enseignement et de la pratique.

**Génération Y.** Cette cohorte est généralement constituée des personnes nées entre le début des années 1980 et le début des années 2000. Également désignée génération du millénaire et génération « Net », cette cohorte a atteint la majorité durant une période de stabilité politique, d'avantages économiques, d'encouragement et de soutien. Cette génération de la communication numérique est compétente et polyvalente et ne sera pas offusquée si quelqu'un entreprend des recherches sur Google sur son iPhone au beau milieu d'une conversation, répond à un message texte urgent durant une formation en petit groupe ou consulte les plus récentes données cliniques sur son Blackberry. Enfin, les personnes de cette génération ont souvent un langage imagé, préfèrent la libre expression à la maîtrise de soi et portent un regard sceptique sur les modèles traditionnels d'autorité, de pouvoir et de hiérarchie. Elles travaillent fort mais le font d'une manière très souple et à leurs propres conditions.

**Génération X.** Née plus ou moins entre 1960 et 1980, cette cohorte est également désignée « génération du moi » ou « génération perdue ». Il s'agit de la première génération ayant grandi dans la culture de l'assurance-maladie et dans un milieu de travail influencé par les associations de résidents. La génération X a atteint l'âge de la majorité durant une période d'instabilité dans le domaine de la médecine au Canada, à un moment où l'absence d'unité au sein de la profession a contribué aux tensions au sujet des restrictions imposées par les numéros de facturation, à la perte de flexibilité durant la formation et à la prise de décisions en début de carrière. Aussi cette génération est-elle méfiante à l'égard des structures et des établissements médicaux, protectrice de son propre cheminement professionnel et attirée par des carrières qui facilitent la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Cette génération travaille fort mais exige des négociations, du respect et des règles claires pour protéger l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle.

**Génération du baby-boom.** Née plus ou moins entre 1940 et 1960, cette cohorte est très axée sur le succès professionnel, la compétitivité, la productivité et les résultats, et elle respecte les hiérarchies et les rôles traditionnels. Cette génération ne craint pas de retrousser ses manches et est plus encline à l'abnégation de soi pour favoriser l'atteinte des objectifs de l'établissement. Le taux d'épuisement professionnel est élevé dans cette génération (jusqu'à 42 % au Canada), tout comme le taux de divorce et de séparation (52 %).

**Génération silencieuse.** Née généralement avant le milieu des années 1940, cette cohorte plus âgée de médecins possède énormément d'expérience et de talent. Bon nombre de ces médecins sont aujourd'hui retirés de la pratique active, mais ils ont eu une influence profonde et précieuse sur les structures traditionnelles de la médecine, y compris sur les normes de pratique, les méthodes de formation et le professionnalisme.

## Les sources de tension

Les expériences et les attentes variées de ces différentes cohortes générationnelles peuvent donner lieu à des malentendus et des tensions dus à des styles de travail différents et des valeurs en apparence différentes. Les sources de ces tensions peuvent être décrites comme suit.

**Perspectives sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle.** Il semble que les conflits sur cette question risquent surtout de survenir entre la génération du baby-boom et les générations X ou Y, car leurs perspectives sur le sujet sont souvent très divergentes. Cependant, quelle que soit la nature de ces différences, il faut les respecter. La génération du baby-boom doit favoriser l'instauration de milieux d'apprentissage et de pratique qui soutiennent les stagiaires, tout en les préparant aux difficultés de la pratique. Il ne s'agit toutefois pas d'une tâche particulièrement facile, et elle exige un mentorat attentif, une progression des responsabilités, le respect des limites et des conventions collectives ainsi que des communications interpersonnelles empreintes de respect.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

**Utilisation et adoption de la technologie.** La génération du baby-boom voit souvent avec mépris les multitâches, en particulier lorsqu'elle voit des stagiaires communiquer avec plus d'une personne à la fois (p. ex., envoyer un message texte à un pair durant un cours). Les multitâches doivent faire l'objet de discussions ouvertes et de dialogue et requièrent de la souplesse : les générations X et Y sont souvent en mesure de répartir efficacement leur attention entre différents domaines et le font sans l'intention de manquer de respect ou de désobéir.

**Absence de formalité et individualité.** La culture contemporaine de la médecine subit un changement notable, en s'éloignant des attentes liées à la hiérarchie dans les relations sociales. Le respect d'autrui ne découle plus automatiquement du seul fait d'occuper un poste d'autorité; ce respect doit être mérité et est géré en fonction de la relation. Les générations plus jeunes doivent être sensibles à la culture de leurs collègues plus âgés, tandis que la génération du baby-boom et la génération silencieuse gagneront à adhérer aux principes d'équité, de respect et d'autonomie. Il faut également rappeler aux cohortes plus jeunes, souvent par des jeux de rôles, comment projeter une image professionnelle en utilisant une tenue, un langage et un ton appropriés à chaque situation.

**Besoins en matière de ressources humaines en santé.** Il existe actuellement au Canada une grave pénurie de médecins, et un grand nombre de membres de la génération X (et, très bientôt, de la génération Y) accéderont bientôt à des postes de direction dans le milieu de l'enseignement et de la pratique. Par le passé, la génération du baby-boom et la génération silencieuse accédaient à ces postes après les avoir mérités, après avoir appris par la pratique et avoir eu le temps de se préparer à assumer des rôles de direction. Aujourd'hui plus que jamais, les jeunes générations ont besoin de mentorat et de soutien de la part de leurs collègues plus expérimentés, car ils doivent assumer de lourdes responsabilités tôt dans leur carrière.

De nos jours, aucune génération ne peut se permettre d'en rejeter une autre. La diversité intergénérationnelle offre au contraire une remarquable possibilité d'intégrer différentes perspectives et d'en tirer profit, et de créer ainsi de nouvelles synergies et énergies dans la pratique de la médecine.

## Messages à l'intention des milieux d'apprentissage et de pratique

Afin de gérer ou de prévenir les nombreux conflits qui peuvent survenir dans un cadre intergénérationnel d'apprentissage ou de pratique, il peut être utile de reconnaître les désirs et les besoins fondamentaux de chaque génération. De façon générale, les gens veulent simplement :

- être respectés, en ayant la possibilité d'exercer un travail intéressant, en étant traités équitablement et avec dignité et en ayant la possibilité de mériter la loyauté et la confiance d'autrui et de contrôler leur propre destinée;
- que leurs efforts, leurs réalisations et leurs innovations soient reconnus, par une compensation monétaire ou autre;
- qu'on se souvienne de leurs contributions utiles dans leur domaine;
- bénéficier d'un mentorat dans un contexte de soutien qui ne porte aucun jugement, afin de pouvoir réaliser leur plein potentiel, de gérer leurs faiblesses, de prendre conscience de leur propre nature et de pouvoir passer à l'étape suivante de leur carrière;
- être consultés pour toute décision qui les influencera, d'une manière qui reconnaît que leurs idées pourraient faire partie de la solution plutôt que du problème, et
- établir des liens significatifs et authentiques avec leurs pairs, leurs superviseurs, leur famille, leurs proches, leur communauté et leur moi intérieur.

En faisant preuve de souplesse, d'un sens de l'humour, d'honnêteté et de transparence, toutes les générations peuvent facilement compter l'une sur l'autre pour surmonter presque tous les défis.

## Résolution du cas

Le médecin assiste à un séminaire sur les possibilités intergénérationnelles et il réalise que bon nombre des comportements qui lui semblaient irrespectueux sont, en fait, l'opposé. Le médecin commence à questionner les stagiaires sur leurs multitâches et aime être renseigné sur toute l'information et toutes les connaissances qu'il leur est si facile de consulter et d'intégrer. Le médecin réfléchit également aux saines limites que les étudiants établissent entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle et il commence lui-même à apporter quelques changements dans sa pratique pour passer plus de temps avec sa famille et ses proches. Enfin, le médecin fait l'achat d'un téléphone intelligent et, après une séance de formation avec un étudiant en médecine, il constate que cet appareil lui permet d'être beaucoup plus efficace. Plus le médecin se montre ouvert et souple, plus les stagiaires font appel à lui comme mentor et conseiller.

## Principales références

Smith W. 2008. *Generational Differences: Fact, Fiction ... or Should We Just Get Back to Work?* New York (NY): Deloitte Development.

Puddester D, Gray C, Robertson C. 2005. Training generation x: A theme of growing importance. *Royal College Outlook* 2:1 Spring; 8–10.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Relations interdisciplinaires

Janet Wright, MD BSc(Pharm) FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons la façon dont de bonnes relations avec tous les membres de l'équipe de soins de santé peuvent améliorer la sécurité des patients, réduire l'incidence de l'épuisement professionnel et améliorer la satisfaction professionnelle;
- décrivons des facteurs qui influencent les relations de travail avec les autres professionnels de la santé, les pairs et les membres du corps professoral,
- proposons des mesures pour améliorer la collégialité.

### Cas

Une résidente de première année, enceinte de cinq mois, remarque que les infirmières avec qui elle travaille dans un grand hôpital urbain sont très gentilles avec elle. Elle passe de longues heures à discuter avec elles durant ses périodes de garde et estime avoir d'excellents rapports avec le personnel infirmier. Durant une de ses soirées de garde, elle reçoit une femme en travail qui commence à montrer des signes de souffrance fœtale. La résidente demande à l'infirmière d'installer la patiente dans une autre position, d'aller chercher un sac pour une perfusion intraveineuse et d'appeler le résident responsable de l'obstétrique. L'infirmière la regarde et quitte la salle sans répondre. La résidente modifie elle-même la position de la patiente et reste avec elle. L'infirmière revient avec le résident responsable de l'obstétrique et commence à lui expliquer l'état de la patiente. Il constate que la patiente est dans la bonne position et est d'avis qu'une perfusion intraveineuse est indiquée; l'infirmière se dépêche d'aller chercher le nécessaire. La résidente n'en revient pas que l'infirmière n'ait pas répondu à sa demande, mais qu'elle s'exécute en toute hâte lorsqu'il lui fait la même demande. Elle se demande comment elle aurait pu agir différemment avec l'infirmière et est en colère parce que l'infirmière n'a pas répondu à ses demandes.

## Introduction

La culture des soins de santé a évolué au cours des dernières décennies, passant d'une culture où le médecin était clairement aux commandes à une autre où le médecin fait partie d'une équipe interprofessionnelle multidisciplinaire. Si l'équipe fonctionne bien, il y a de grandes chances que les soins dispensés soient excellents et que la sécurité des patients augmente. En revanche, une équipe qui fonctionne mal et qui a notamment des problèmes de communication peut présenter des risques importants pour les patients. La capacité d'établir des rapports de collégialité entre les membres de l'équipe de soins de santé est donc essentielle.

Les médecins doivent non seulement travailler dans un esprit de collégialité avec les autres professionnels de la santé, mais ils doivent aussi établir de bonnes relations avec les cliniciens et les membres du corps professoral des autres spécialités. La collégialité favorise les échanges et la collaboration pour le traitement de chaque patient, le développement de nouvelles techniques de soins et les activités de recherche, et ceci contribue à améliorer les résultats dans toutes ces sphères d'activités.

## Rapports de collégialité

Deux thèmes communs se dégagent des ouvrages sur la collaboration et la collégialité professionnelles dans le domaine des soins de santé : la poursuite d'un but commun dans le traitement des patients et la capacité de traiter les autres avec intégrité et respect. Le manuel de l'American College of Physicians stipule ce qui suit :

> « Les médecins partagent leur engagement à prendre soin des malades avec une vaste équipe de professionnels de la santé. La capacité de l'équipe de traiter efficacement le patient dépend de la capacité de chacun de ses membres de traiter les autres avec intégrité, honnêteté et respect. Une attention particulière doit être portée à certains types de relations et de déséquilibres des forces […] par exemple entre un médecin traitant et un résident, un résident et un étudiant en médecine ou un médecin et une infirmière (ACP) » (traduction).

Murray Goldstein énonce cette idée plus simplement en déclarant que « la collégialité exige le développement d'une attitude où chacun se sent concerné » (traduction).

## Les avantages de la collégialité

L'établissement de bonnes relations entre les membres de l'équipe de soins de santé comporte des avantages bien établis, en contribuant notamment à l'amélioration des soins aux patients et de la sécurité des patients. Les échanges ouverts d'information et les attitudes qui acceptent le questionnement et la vérification favorisent des soins plus sécuritaires. Ainsi, il est essentiel qu'un pharmacien appelle pour signaler une erreur de médication ou qu'une infirmière, se basant sur son expérience passée avec un patient, mette en doute la prescription d'un médicament auquel, croit-elle, le patient est allergique. Les patients se disent eux-mêmes plus satisfaits des soins reçus lorsque les membres de l'équipe travaillent en collaboration.

Les médecins et infirmières qui travaillent au sein d'équipes qui fonctionnent bien éprouvent une plus grande satisfaction professionnelle, ont un meilleur moral, présentent moins d'épuisement professionnel, sont plus motivés et signalent moins de conflits. Selon Jensen et ses collègues, les relations d'entraide, qui se caractérisent par de bonnes relations personnelles, des relations professionnelles efficaces et de bonnes communications avec les médecins consultants et autres membres de l'équipe interdisciplinaire, sont l'un des facteurs les plus importants pour améliorer la résilience des médecins.

## Facteurs qui nuisent à l'établissement de rapports de collégialité

Comme la collégialité comporte de nombreux avantages, il est important d'examiner les facteurs susceptibles de nuire à l'établissement de bonnes relations de travail. Bulgar et Bulgar parlent des problèmes que les surspécialistes éprouvent dans leurs relations avec leurs collègues généralistes. Pour leur part, les médecins de famille soulignent souvent les commentaires désobligeants que formulent à leur endroit leurs collègues spécialistes. Nous oublions qu'il est impossible, voire inutile, de s'attendre à ce qu'un médecin ait en tout temps de bonnes connaissances pratiques dans tous les domaines de la médecine. Il peut être difficile de se montrer respectueux envers les autres lorsque les exigences du service sont élevées, qu'il faut agir rapidement et que l'on ressent la fatigue de la période de garde.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Il arrive également que les domaines de compétences et les champs d'activités des membres de l'équipe de soins de santé se chevauchent, et les médecins qui ne sont pas sûrs de leur rôle au sein de l'équipe ou qui privilégient une démarche différente pourraient se sentir menacés par ce chevauchement. Nous ignorons souvent les compétences et les connaissances des autres disciplines, parce que nous n'avons pas été formés ensemble, et ceci peut mener à des « querelles de clocher ». La politique de l'AMC sur la prestation de soins en collaboration centrés sur le patient insiste sur l'importance de clarifier les rôles et les champs d'activités, de même que la hiérarchie des responsabilités. Durant un examen des relations professionnelles entre médecins et infirmières, Zelek et Phillips ont constaté qu'un grand nombre d'infirmières et de médecins résistent toujours, ouvertement ou en secret, à l'égalisation des pouvoirs qu'exige le véritable travail d'équipe. Salvage et Smith notent pour leur part que les infirmières qui ont confiance en elles n'aiment guère être dénigrées par les médecins, et ces derniers n'aiment pas que les infirmières contestent leur autorité.

## Améliorer la collégialité interprofessionnelle

Il semble aller de soi que le fait de traiter les autres avec respect améliorera les relations, les communications et l'efficacité au sein de l'équipe. Y parvenir, toutefois, peut être plus complexe qu'il n'y paraît. Ainsi, dans le cadre d'une étude sur la collaboration interprofessionnelle au sein des unités de soins intensifs, Lingaard et ses collègues ont démontré que le niveau de collaboration ou de conflit au sein des équipes de ces unités et des autres spécialités varie en fonction de six critères principaux qui sont : l'autorité, la formation, les besoins du patient, les connaissances, les ressources et le temps. Ces auteurs ont défini deux mécanismes dominants qui régissent le fonctionnement des équipes :

1. **La perception de propriété :** ceci peut inclure le sentiment de posséder des connaissances spécialisées, des compétences techniques, de l'équipement, des champs d'activités techniques et même le patient. À titre d'exemple, une infirmière parle de la frustration qu'elle ressent lorsque des résidents se fient à ses évaluations puis en revendiquent la propriété durant les visites des malades.
2. **Le processus d'échange :** toutes les interactions se caractérisent par un processus continu d'échange. Les échanges peuvent viser des biens physiques concrets, tels de l'équipement ou des lits, mais aussi des biens sociaux abstraits comme le respect, la bonne volonté et le savoir. Pour les groupes d'infirmières, le respect constitue la principale monnaie d'échange. En échange de respect, les infirmières offrent de l'information, des connaissances, des ressources et de la bonne volonté. Le défaut de leur témoigner du respect peut mener à l'adoption de stratégies de vengeance qui se manifesteront sous forme d'embargo sur les échanges.

Bien que de nombreuses sources préconisent l'adoption de politiques et de procédures précises pour définir clairement les rôles au sein de l'équipe, il existe aussi des règles du jeu plus subtiles qui ne figureront jamais dans aucun manuel. Un résident a résumé ces faits en ces termes : « Il suffit d'une seule rencontre pour bâtir ou ruiner votre réputation – vous devez être très prudent car un seul ennemi peut vous mettre bien des gens à dos alors que, si vous êtes apprécié, vous le resterez » (Lingaard et al., 2004).

### Conseils pour améliorer la collégialité

- Chercher à développer des qualités personnelles comme la capacité d'accepter la différence, prendre des risques, travailler de façon autonome, préciser clairement les rôles et accepter l'examen et la contestation de ses idées.
- Prendre le temps de créer des liens avec ses collègues.
- Traiter les autres avec intégrité, honnêteté et respect.
- Promouvoir l'idée que c'est un travail d'équipe.
- Maîtriser les principes de la collégialité interprofessionnelle.

## Récapitulatif

Les soins de santé ont évolué rapidement et leur prestation relève maintenant d'une équipe de professionnels. Il serait utile que les médecins pour qui ce modèle marque un changement par rapport à leur style de pratique habituel pensent au rôle qu'ils ont à jouer au sein d'une équipe de collègues praticiens. Dans un tel contexte, il est inefficace, perturbateur et potentiellement dangereux de considérer sa pratique comme étant unique et indépendante du fonctionnement du reste de l'équipe. En résumé, l'établissement de rapports de collégialité avec les autres membres de l'équipe améliore non seulement les soins dispensés aux patients, mais aussi la santé et la satisfaction de tous les membres de l'équipe, y compris les médecins.

### Résolution du cas

La résidente parle au résident responsable de l'obstétrique de la situation et ce dernier propose de parler à l'infirmière en son nom. La résidente préfère régler elle-même le problème; elle attend donc qu'elle et l'infirmière se retrouvent seules pour aborder le problème. La résidente dit à l'infirmière qu'elle a été étonnée et furieuse que l'infirmière n'ait pas répondu à sa demande et que la patiente aurait pu subir des préjudices si ce résident d'obstétrique n'avait pas été disponible. L'infirmière est incapable d'expliquer vraiment son comportement, se contentant de dire qu'elle considérait la résidente comme l'une des leurs et non comme un médecin apte à prendre les choses en main en situation d'urgence. Elle admet néanmoins que la résidente a pris les bonnes mesures et elle s'excuse de son comportement.

La résidente commence à s'interroger sur son amitié avec le personnel infirmier et se demande s'il ne vaudrait pas mieux garder une certaine distance, mais elle décide de continuer à discuter du problème avec ses collègues et les infirmières.

## Principales références

Lingaard L, Espin S, Evans C, Hawryluck L. 2004. The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care.* 8: R403–8.

Spagnoletti CL and RM Arnold. 2007. R-E-S-P-E-C-T: even more difficult to teach than to define. *Journal of General Internal Medicine.* 22 (5): 707–9.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Santé des médecins et relation médecin-patient

Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

La relation médecin-patient est au cœur de l'exercice de la médecine moderne. Le modèle hiérarchique de prestation des soins, qui était auparavant accepté, n'a plus sa place dans le système actuel centré sur le patient. Les principes fondamentaux du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne insistent sur le fait que le médecin doit « [t]enir compte d'abord du mieux-être du patient » et « [e]xercer la médecine de façon à traiter le patient avec dignité et comme une personne digne de respect ». L'observation de ces principes est essentielle à la prestation de soins médicaux de qualité.

Les patients participent activement aux soins qu'ils reçoivent; ils apprécient l'autonomie, l'accès facile à l'information et la participation à la prise de décisions. Il est également important de reconnaître que la relation entre les médecins et les patients a aujourd'hui un caractère fiduciaire; cette relation est fondée sur des attentes en matière de loyauté, sur l'exigence que les conditions relatives à la confidentialité et au respect de la vie privée seront respectées et sur la reconnaissance de l'inégalité du rapport de force. Les observations qui suivent couvrent chacun de ces aspects.

**Confiance.** Le médecin a la responsabilité de créer un environnement qui favorise le respect et la confiance mutuels. En créant un environnement sûr pour leurs patients et en méritant leur confiance, le médecin pourra établir avec eux des relations productives axées sur la collaboration. En passant en revue les principes fondamentaux du consentement éclairé, en communiquant l'information et les décisions pertinentes et en invitant les patients à exprimer leurs points de vue et leurs convictions, le médecin favorisera la prestation de soins de qualité.

**Respect de la vie privée.** La confidentialité et le respect de la vie privée sont essentiels à l'exercice de la médecine. Par la mise en place de politiques qui respectent la portée et les limites de la confidentialité et du respect de la vie privée, les médecins facilitent l'établissement de saines relations avec leurs patients.

**Pouvoir.** Les rapports de force entre les médecins et les patients sont toujours en faveur du médecin. Les patients sont vulnérables du seul fait d'avoir un problème de santé, auquel s'ajoutent souvent la crainte et l'anxiété. Les médecins possèdent de vastes connaissances, ils sont habilités à poser des diagnostics et à dispenser des traitements et ils ont la responsabilité de formuler des recommandations et de pratiquer des interventions difficiles. En restant conscients de cet écart de force et en cherchant à maximiser le plus possible l'autonomie des patients, les médecins favoriseront une saine relation avec leurs patients.

## Les médecins qui traitent des collègues

Le médecin dont le patient est lui-même médecin fait face à des problèmes particuliers qui sont dus à cette double relation : le médecin traitant communiquera naturellement avec le patient comme avec un pair, mais aussi en sa qualité de médecin. Le patient peut être un collègue proche, par exemple un clinicien qui travaille dans le même service, ou une connaissance éloignée avec qui le médecin siège à un conseil d'administration ou au comité consultatif médical. Le patient pourrait aussi être un expert clinicien réputé pour ses compétences exemplaires en matière de diagnostic.

Tous ces facteurs peuvent nuire à la capacité du médecin traitant d'être objectif. Dans une situation clinique normale, le médecin est sûr d'avoir plus de connaissances que le patient, et une impression contraire peut être troublante. Mais le médecin qui traite un autre médecin peut se demander : « Ai-je les connaissances suffisantes pour traiter ce patient? » Si le médecin traitant s'attend à ce que le patient possède de vastes connaissances et qu'en plus il doute de lui, le patient risque de recevoir des soins inadéquats (p. ex., anamnèse incomplète et superficielle, examen physique abrégé ou défaut de bien informer le patient).

Cette double relation peut aussi créer une attente tacite, à savoir que le patient bénéficiera d'un traitement de faveur. Certes, la courtoisie professionnelle existe en médecine depuis l'époque d'Hippocrate. Cette expression fait référence à la prestation de soins à des collègues médecins avant les autres patients ou, ailleurs qu'au Canada, à un coût moindre. Bien que cette pratique ne constitue pas une exigence éthique, elle a été instaurée pour aider les membres de la profession à avoir accès aux soins et à poursuivre leur pratique. La courtoisie professionnelle n'englobe pas les traitements qui modifient la nature et la manière dont les soins sont dispensés, mais inclut par exemple recevoir un patient en dehors des heures normales de travail ou faire une visite à domicile même si cela n'est pas justifié. Ce sont là des changements dans la nature des soins ou la manière habituelle de les dispenser.

Dans le cas présent, le médecin traitant doit veiller à offrir au médecin patient le même haut degré de diligence qu'il offrirait à tout autre patient. Cela signifie que le médecin traitant ne doit pas relâcher sa surveillance et permettre par exemple au médecin patient de rédiger ses propres ordonnances, de modifier la posologie sans le consulter ou de prescrire ses propres analyses et examens. De plus, le médecin traitant ne doit pas présumer que le médecin patient connaît la prise en charge médicale habituelle pour son état et se montrer moins diligent dans l'obtention d'un consentement éclairé.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Ces types d'écarts constituent un dépassement des limites. Bien qu'il soit indiqué de témoigner du respect à son collègue et de reconnaître son statut professionnel, il est également essentiel de suivre son mode de pratique habituel. La perte d'objectivité peut nuire à la qualité des soins dispensés, et les situations délicates où il faut annoncer une mauvaise nouvelle, aborder des questions de consommation ou de surconsommation d'alcool ou de drogues ou examiner des problèmes liés à l'observation du traitement pourraient devenir trop difficiles à traiter.

Pour traiter un médecin, il faut être capable de surveiller ses propres réactions émotionnelles. Cette prise de conscience aidera le médecin traitant à gérer la relation d'une manière responsable et professionnelle. Il sera également bénéfique pour les deux parties de maintenir une démarche d'ouverture et de discuter des rôles et des attentes de chacun. Enfin, comme pour tout autre patient, il est important de faire participer la ou le conjoint du patient à la planification du traitement, si bien sûr le patient y consent. Les conjoints qui ne sont pas médecins se sentent déjà à l'écart lorsque leur partenaire médecin est malade, en raison de leur manque de connaissances médicales. Les faire participer tôt au processus de prise en charge pourrait les aider dans leur rôle de soutien.

## Les médecins patients

Il peut être inconfortable de passer d'une position d'autorité (médecin praticien) à une position où l'on se sent exposé et vulnérable (médecin patient). Les médecins qui se trouvent dans cette situation peuvent craindre une perte d'autonomie et de contrôle de même qu'une violation de leur vie privée. Ces craintes peuvent amener les médecins à reporter la consultation d'un médecin ou à minimiser des symptômes ou certains aspects de leur anamnèse. Pareille attitude nuit en retour à la capacité du médecin traitant d'offrir des soins appropriés et pourrait même menacer la santé du médecin patient.

Une complète confidentialité est importante pour tous les patients. Dans le cas des médecins, il existe un besoin particulier d'obtenir l'assurance que la confidentialité de leur dossier médical sera préservée, en particulier dans les cas où le problème de santé cause une stigmatisation, comme les maladies mentales, l'abus d'alcool ou d'autres drogues ou les maladies transmissibles par le sang comme le VIH. Les problèmes susceptibles de nuire à la compétence du médecin d'exercer sont particulièrement délicats. Le patient doit trouver un médecin qui saura être honnête et direct, tout en manifestant de la sensibilité, de l'empathie et de la compassion. Le médecin doit s'assurer que ses propres convictions et points de vue ne nuiront pas à la prestation de soins efficaces.

Les médecins sont sensibles à la charge de travail de leurs collègues et pourraient ne pas vouloir s'imposer à un collègue ou ajouter aux tensions d'un système de santé déjà surchargé. Ce point de vue peut amener les médecins à nier leurs propres besoins en matière de soins de santé, y compris les suivis périodiques. Il est essentiel d'encourager tous les étudiants en médecine, résidents et médecins praticiens à créer des liens avec un médecin de famille et à faire des examens périodiques de santé une de leurs priorités. Ce lien avec un médecin de famille pourrait devenir un précieux appui pour faire face au stress de la carrière médicale et faciliter au besoin l'accès à des soins de santé.

## Récapitulatif

Être un médecin patient, ou un médecin appelé à traiter un autre médecin, peut être une situation difficile pour toutes les parties en cause. Il est clair que le médecin traitant doit offrir des soins axés sur le patient. Le médecin doit manifester de la compassion, offrir une écoute attentive et communiquer clairement, faciliter la collaboration et dispenser en temps opportun des soins de qualité. Le patient s'attend pour sa part à des soins experts dispensés dans un environnement de confiance. La confidentialité est essentielle à l'exercice de la médecine et doit être maintenue. Les médecins ont besoin de services de promotion de la santé et de prévention des maladies, mais peuvent aussi être malades et nécessiter des soins. Le cas échéant, le médecin et le patient doivent tous deux manifester et exiger un respect mutuel.

## Principales références

Bleiberg E. 2003. Treating professionals in crisis: a framework focused on promoting mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 67 (3): 212–6.

Association médicale canadienne. *Code de déontologie* [politique], Ottawa, 2004.

Gabbard GO and C Nadelson. 1995. Professional boundaries in the physician–patient relationship. *Journal of the American Medical Association*. 273 (18): 1445–9. Published erratum appears in: *JAMA*. 1995; 274 (17): 1346.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Faire face à un événement indésirable, une plainte ou une poursuite

Association canadienne de protection médicale

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons des effets des erreurs médicales faites par des médecins durant leur formation et tout au long de leur carrière, et des plaintes et des poursuites dont ils font l'objet,
- proposons une démarche pour traiter les erreurs et les plaintes en médecine.

## Cas

Durant une journée fort occupée, une déclaration est délivrée à un jeune médecin. La réclamation en justice est présentée par la famille d'une femme de 59 ans, une patiente que le médecin a examinée et qui est décédée d'un infarctus du myocarde la journée même de sa sortie de l'hôpital.

Le médecin examine rapidement la déclaration mais doit retourner à son travail. Il a toutefois de la difficulté à terminer son quart de travail et ressent un sentiment d'insécurité qui frise la panique. Bien que le médecin croie qu'il pourra compter sur le soutien de sa famille, il a honte de leur parler de la poursuite et de l'erreur qu'il présume avoir commise dans ce cas.

## Introduction

Chaque médecin au Canada est susceptible de faire l'objet d'une poursuite médico-légale à un moment ou l'autre de sa carrière. Chaque année, environ 2 % des médecins sont cités dans une action en justice, et une proportion beaucoup plus importante est mise en cause dans une grande variété d'autres problèmes d'ordre médico-légal. Des patients ou d'autres parties peuvent se plaindre d'un médecin auprès d'un organisme de réglementation (ordre professionnel), de l'hôpital, d'un commissaire à la protection de la vie privé ou de la commission des droits de la personne. Les médecins peuvent être convoqués à une audience disciplinaire devant leur ordre professionnel, ou un examen de leur pratique peut être demandé. Les différends et conflits en milieu hospitalier peuvent impliquer des médecins et il arrive parfois que des accusations criminelles soient portées contre un médecin.

Les problèmes médico-légaux sont une source de stress pour les médecins pour plusieurs raisons. Dans certains cas, le problème vient d'un résultat clinique imprévu et même désastreux pour le patient. Il est normal qu'un médecin soit affligé lorsqu'un patient meurt subitement ou présente de graves complications. Lorsque survient un résultat tragique, les médecins éprouvent de l'empathie et du chagrin envers le patient et sa famille, et un sentiment de culpabilité se mêle parfois à ce chagrin. Les médecins peuvent s'en vouloir et se demander, rétrospectivement, s'ils auraient pu agir autrement pour éviter ce résultat tragique. Ils peuvent être rongés par le doute, même si leur prise en charge du cas, vue prospectivement, semblait raisonnable dans les circonstances.

Les médecins investissent énormément de temps et d'énergie dans leur travail et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes est souvent tributaire de leur situation comme médecin. Les allégations faites devant une instance judiciaire et les plaintes formulées par les patients donnent souvent du médecin l'image d'une personne insensible, négligente ou incompétente, et les médecins peuvent y voir une atteinte directe à l'essence même de leur personne. Face à un événement indésirable, à une plainte ou à une action en justice, les médecins entrevoient souvent des conséquences personnelles désastreuses, par exemple une atteinte à leur réputation, leur abandon par leurs patients, la suspension de leurs droits hospitaliers ou la révocation de leur permis d'exercice. Ils peuvent aussi appréhender une couverture médiatique de l'incident clinique, de leur procès ou de leur audience devant leur ordre professionnel.

### Réactions des médecins aux problèmes médico-légaux

**Émotions internes**

- chagrin
- culpabilité
- perte de l'estime de soi
- honte
- crainte

**Pressions externes**

- isolement social des amis et de la famille
- manque de connaissance du processus judiciaire ou réglementaire
- absence réelle ou perçue de soutien de la part de l'hôpital et des collègues
- risque d'exposition dans les médias

De plus, les médecins risquent de se sentir isolés durant les moments difficiles de leur carrière. La lourde charge de travail du médecin peut faire en sorte qu'il lui soit difficile de maintenir un réseau social d'amis et de collègues avec lesquels partager ses expériences et qui lui témoigneront de la sympathie. Les médecins peuvent aussi ressentir de la honte ou de l'embarras face à la présumée erreur médicale. Un grand nombre visent la perfection et, considérant l'événement indésirable comme un échec, ils pourraient vouloir cacher l'incident à leurs collègues.

## Ne pas perdre de vue le tableau global

Bien qu'il soit impossible d'effacer le sentiment de tristesse et les regrets qu'éprouve le médecin face à des résultats défavorables, les sentiments de culpabilité, d'incompétence ou de crainte peuvent être grandement atténués en gardant à l'esprit le tableau global. Les faits et observations qui suivent pourraient apporter un certain réconfort.

Un résultat défavorable chez un patient, même imprévu, ne signifie pas qu'une erreur médicale a été commise. Un diagnostic retardé ou erroné ou une complication chirurgicale n'équivaut pas à de la négligence. Le droit n'attend pas du médecin qu'il soit parfait. Les tribunaux canadiens ont établi que la norme de diligence clinique en vertu de laquelle une allégation est jugée n'est pas celle de la perfection, mais plutôt la norme de diligence que l'on peut raisonnablement attendre dans une situation similaire de la part d'un fournisseur de soins normal et prudent ayant une formation et une expérience comparables.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Cependant, il arrive parfois qu'un médecin cité dans une action médico-légale ait véritablement commis une erreur, par exemple une erreur de diagnostic, une erreur de traitement ou une erreur technique, ou ait omis de donner suite aux résultats d'une analyse de laboratoire ou d'un examen d'imagerie.

Même si les médecins visent l'excellence, il est utile d'accepter le fait que personne n'est infaillible. Les médecins sont des êtres humains et personne n'est parfait. Malgré un engagement profond envers les soins aux patients et malgré les meilleures intentions qui soient, des résultats défavorables peuvent malheureusement être associés à la prestation des soins.

De plus, les médecins travaillent souvent dans des conditions sous-optimales; ils peuvent être surchargés de travail et souffrir de fatigue ou d'un manque de sommeil. Bien que le médecin n'aime pas invoquer la fatigue comme excuse pour expliquer un résultat défavorable, de fait, la fatigue et d'autres problèmes liés au système et à l'organisation contribuent souvent à la manifestation des événements indésirables.

Tous les collègues et la plupart des patients savent que tout médecin, aussi compétent et expérimenté soit-il, peut éprouver une difficulté médico-légale à un moment ou l'autre de sa carrière. Il est cependant inhabituel qu'un patient abandonne un médecin parce qu'une plainte ou une action en justice a été déposée par un autre patient. Les collègues, les patients, les autres professionnels de la santé, la famille et les amis apprécient les médecins qui ont de la compassion, qui sont consciencieux et qui sont dévoués à leur travail, et les problèmes médico-légaux ont rarement une incidence sur l'appréciation et le soutien qu'ils témoignent à ces médecins.

Les inquiétudes des médecins au sujet des effets qu'une action en justice ou une plainte d'un patient auront sur leur carrière sont souvent exagérées. Même lorsque le problème médico-légal est traité dans les médias, il est dans la plupart des cas oublié, sauf par les parties en litige.

Il n'y a bien sûr aucun remède magique qui puisse éliminer les regrets et la tristesse qu'éprouvent les médecins à la suite d'un résultat défavorable; ce sont des fardeaux que tous les médecins supportent et qu'ils n'oublient jamais.

## Gérer le stress

Les médecins ne devraient pas avoir honte de demander de l'aide lorsqu'ils sont aux prises avec un problème médico-légal. Les membres de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) qui reçoivent une déclaration ou qui font l'objet d'une plainte de leur ordre professionnel devraient communiquer immédiatement avec l'Association. Les médecins-conseils de l'ACPM sont sensibles au stress engendré par l'événement indésirable et les problèmes médico-légaux, et ils écoutent et appuient les membres qui ont des doutes et des inquiétudes. Les médecins-conseils ou les avocats-conseils de l'ACPM expliqueront au membre la procédure judiciaire. En sachant ce qui l'attend, le médecin pourra se préparer et sentir qu'il maîtrise mieux la situation, ce qui réduira habituellement son anxiété. Les différentes étapes d'une action en justice au Canada, ainsi que les stratégies pouvant être utilisées pour faire face au stress qui en découle, sont décrites sur le site Web de l'ACPM (www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/publications/com_education-f.cfm - cliquer sur « Actions en justice »).

Le médecin ne devrait pas non plus se sentir empêché de consulter son propre médecin de famille, lequel sera habituellement en mesure de comprendre ce que ressent le médecin patient aux prises avec un problème médico-légal. En général, les amis, les collègues et les membres de la famille se montrent compréhensifs et d'un grand soutien. Le médecin ne devrait toutefois discuter des détails particuliers du cas qu'avec le médecin-conseil de l'ACPM, ou avec l'avocat de l'ACPM si l'affaire est portée devant les tribunaux, afin de conserver ses privilèges juridiques.

Les programmes de santé du médecin offerts par les provinces ou les territoires, les universités ou les communautés proposent des services de soutien et d'aide pour les médecins qui traversent des moments difficiles. Les coordonnées de ces programmes sont indiquées au chapitre 12-B du présent guide.

## Considérations pratiques

La plupart des médecins réussissent raisonnablement bien à faire face aux événements indésirables et aux problèmes médico-légaux, et bon nombre réalisent finalement que ces problèmes ne sont pas le cataclysme qu'ils avaient anticipé. Un problème médico-légal peut amener le médecin à réévaluer sa pratique et son mode de vie et à instaurer des changements constructifs. Les médecins devraient chercher à maintenir un équilibre satisfaisant entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle et, si une partie de leur pratique devient particulièrement stressante, ils pourraient décider de la modifier afin d'avoir plus de temps pour eux-mêmes. Les médecins ne doivent pas se prescrire eux-mêmes des médicaments, ni chercher refuge dans l'alcool ou d'autres drogues pour atténuer le stress. Il peut être utile de retenir les services d'un moniteur, d'un conseiller ou d'un thérapeute pour les aider à aborder et à traiter la complexité des problèmes qui se posent.

Des changements positifs dans le mode de pratique peuvent améliorer la sécurité des patients; le médecin doit cependant résister à l'envie de pratiquer une médecine trop défensive et de prescrire un nombre excessif d'examens non justifiés sur le plan clinique. Le médecin doit d'abord et avant tout chercher à faire de son mieux, être méthodique et consciencieux et admettre que la perfection n'est pas de ce monde.

### Résolution du cas

L'épouse du médecin est également médecin de famille et apporte à son conjoint un soutien indéfectible durant les procédures. Des paroles aimables de la part des collègues et des patients aident aussi à rétablir la confiance du médecin envers lui-même et le système. Le médecin modifie quelque peu sa manière d'aborder certaines plaintes des patients et il retrouve un sentiment de satisfaction professionnelle.

## Principale référence

Delbanco T and SK Bell. 2007. Guilty, afraid, and alone—Struggling with medical error. *New England Journal of Medicine*. 357 (17): 1682–3.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Faire face au choc des valeurs

Merril Pauls, MD MHSc CCFP(EM)

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons la différence entre les valeurs personnelles et professionnelles,
- décrivons les normes professionnelles et juridiques qui définissent les options qui s'offrent aux médecins pour faire face aux conflits de valeurs avec un patient,
- présentons des moyens de résoudre ces différends tout en optimisant les soins aux patients.

### Cas

Un résident en chef en obstétrique et gynécologie accepte de faire un stage facultatif dans une clinique de fertilité. Un couple de lesbiennes se rend à la clinique pour une fécondation in vitro avec don de sperme. Le résident refuse de participer à la prestation de ce traitement car, selon ses convictions religieuses, l'homosexualité est mal et les enfants doivent avoir un père et une mère.

## Introduction

Nous avons tous des convictions qui façonnent notre vision du monde et influencent nos actions. Comme ces visions diffèrent d'une personne à une autre, elles peuvent donner naissance à des conflits, et ceci pose particulièrement problème dans le contexte de la relation médecin-patient. Les médecins et les patients s'engagent dans cette relation en reconnaissant que la priorité ira aux besoins du patient. Mais cela signifie-t-il que le médecin doit renoncer à ses propres valeurs? Même si les médecins devraient être en mesure d'exercer leur profession d'une manière qui soit en harmonie avec leurs convictions personnelles, ils doivent respecter les normes et les attentes de leur profession. Lorsque des valeurs s'opposent, il est crucial que les médecins comprennent leurs convictions, qu'ils examinent les attentes des patients et qu'ils se familiarisent avec les normes professionnelles qui s'appliquent.

## Le débat de l'objection de conscience

Dans la société pluraliste d'aujourd'hui, un certain nombre de traitements médicalement et légalement acceptables contreviennent au code moral ou aux croyances religieuses de certains médecins. Un médecin peut-il refuser de participer à ces traitements en invoquant l'objection de conscience? De tels traitements pourraient inclure par exemple la pratique d'un avortement thérapeutique ou l'aiguillage d'une patiente vers les ressources compétentes, la prescription d'une contraception post-coïtale et la prestation de services de fécondation in vitro à certaines patientes. On ne s'entend toujours pas sur la façon appropriée pour un médecin de gérer ces situations et cette question fait actuellement l'objet de débats. La question de l'avortement thérapeutique est celle qui a été la plus débattue et examinée dans ce contexte.

Les personnes qui s'opposent au droit du médecin d'invoquer l'objection de conscience allèguent que les médecins ont été formés par la société et qu'ils ont une obligation fiduciaire envers leurs patients. Ces personnes soutiennent que, si les médecins avaient la possibilité de refuser de participer à certains traitements, des patients seraient inévitablement incapables de trouver dans leur région un médecin disposé à leur offrir un service donné et ces patients seraient ainsi privés d'un accès à des traitements légitimes.

D'autres soutiennent que, même si les médecins peuvent refuser de participer à une procédure pour des motifs d'ordre moral ou religieux, ils doivent en informer le patient et le diriger vers un fournisseur de soins qui sera disposé à exécuter la procédure.

D'autre part, il y a ceux qui soutiennent que les convictions morales et religieuses qui sous-tendent la plupart des objections de conscience sont partagées par une large proportion de la population et que les médecins qui ont certaines convictions ne devraient pas être exclus de la pratique de la médecine. Ils allèguent que les médecins sont plus que des techniciens; ils sont des agents moraux dont les convictions et les valeurs méritent une certaine considération. De nombreux médecins ont fait valoir que les codes des droits de la personne devraient protéger non seulement les droits des patients, mais aussi le droit des médecins de ne pas faire l'objet de discrimination fondée sur leurs convictions.

La politique de l'Association médicale canadienne sur l'avortement provoqué stipule qu'un médecin devrait avoir le droit de pratiquer un avortement provoqué, ou de refuser d'y participer, sans faire l'objet de discrimination. Elle précise également que le médecin qui ne peut, du fait de ses convictions, recommander un avortement ou pratiquer une telle intervention doit en faire part à sa patiente afin qu'elle puisse consulter un autre médecin si elle le désire. La politique ne stipule pas que le médecin doit diriger la patiente vers un autre médecin ou qu'il doit l'aider à trouver un autre médecin – une question qui s'est trouvée au cœur de nombreux débats (Rodgers et Downie, 2006). Plus récemment, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a élaboré une politique sur les médecins et le Code des droits de la personne de l'Ontario. Cette politique laisse entendre que le refus par un médecin de dispenser un service médical pour des motifs fondés sur le sexe, l'orientation sexuelle ou un certain nombre d'autres motifs illicites (définis dans le Code des droits de la personne de la province et la Charte canadienne des droits et libertés) sera considéré comme une violation du Code ontarien. Et le fait que ce refus soit fondé sur des convictions morales ou religieuses ne pourrait être invoqué en défense. Cette politique énonce également les attentes professionnelles à l'égard des médecins de l'Ontario.

> « qu'il discute clairement et dans les plus brefs délais avec le patient des traitements qu'il hésite à lui dispenser; qu'il ne dissimule pas au patient des renseignements sur son traitement parce qu'ils entrent en conflit avec ses croyances personnelles; qu'il ne porte pas de jugement personnel sur le style de vie ou les choix du patient; qu'il informe le patient qu'il peut consulter un autre médecin s'il le souhaite, et qu'il l'aide à prendre les arrangements nécessaires à cette fin. » [TRADUCTION]



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Certains éléments font généralement l'unanimité en ce qui a trait à l'objection de conscience en médecine, et les médecins devraient les utiliser pour guider leur prise de décisions :

- Vous devez dispenser un traitement à un patient qui a besoin de soins urgents ou très urgents, même si la situation découle d'un traitement auquel vous vous opposez (p. ex., une femme qui saigne après un avortement thérapeutique).
- Vous devez informer les patients que vous n'êtes pas disposé à participer à certaines procédures, si celles-ci devenaient nécessaires durant une situation clinique. Cette divulgation doit être faite le plus tôt possible, sans porter aucun jugement.
- Vous devez informer le patient que les opinions sur ces questions varient au sein de la communauté médicale et que le patient peut consulter un autre médecin, s'il le préfère.
- Si le traitement ou la procédure doit être exécuté dans un délai précis (p. ex., le traitement perd de son efficacité ou les options deviennent plus limitées à mesure que le temps avance), le patient doit en être informé.
- Les médecins qui travaillent dans un établissement ou un milieu où le traitement ou la procédure seraient normalement offerts doivent informer leur employeur ou le clinicien en chef de leurs préoccupations et négocier une marche à suivre appropriée avant de voir les patients.
- Les étudiants en médecine ou les résidents devraient discuter de leurs préoccupations avec leur établissement et leur clinicien en chef avant de commencer leur stage. La plupart des établissements ont établi des politiques à cet régard.

Les questions les plus litigieuses consistent à déterminer si un médecin doit aider le patient à avoir accès à un traitement (p. ex., diriger le patient vers un autre médecin qui dispensera le traitement) et si l'objection de conscience peut être invoquée dans les cas où le patient ne peut autrement avoir accès au traitement (p. ex., si tous les médecins de la communauté refusent de pratiquer des avortements). Certains médecins estiment que le seul fait de diriger le patient vers un autre médecin fait d'eux des complices dans l'exécution d'un traitement ou d'une procédure qu'ils jugent contraire à leurs valeurs et ils invoquent le Code de déontologie de l'AMC pour nier leur responsabilité à cet égard. Certains ordres provinciaux pourraient toutefois considérer qu'une telle pratique est inférieure à la norme de diligence si une plainte était portée.

## Récapitulatif

Bien que les choix du patient ne devraient pas être limités par les convictions morales ou religieuses du médecin, il est irréaliste de proposer qu'un médecin doit participer à une procédure à laquelle il s'objecte si aucun médecin disposé à exécuter cette procédure n'est disponible. Il semble également invraisemblable que des sanctions puissent être prises contre un médecin en pareille situation, même si cette situation est inacceptable pour le patient. Souvent, il appartiendra à l'établissement ou à la région d'offrir les ressources nécessaires pour que le patient puisse avoir accès à la procédure en temps opportun (p. ex., diriger la patiente vers une autre région où l'avortement pourra être pratiqué).

D'autres suggestions pourraient également mener à un règlement plus satisfaisant, à la fois pour les médecins et leurs patients. Si vous songez à invoquer l'objection de conscience, vous devez comprendre et étudier les fondements scientifiques et moraux de cette objection. Ceci vous aidera à clarifier dans quelles circonstances et à quels moments vous devriez prendre position.

Adoptez le plus possible une démarche proactive. Informez votre employeur ou votre établissement et vos collègues de votre intention et élaborez un plan qui tienne compte des différentes situations dans lesquelles le problème pourrait se présenter. Informez vos patients de votre position le plus tôt possible.

Bien qu'il soit inacceptable de juger les choix d'un patient ou de tenter de le convertir à ses convictions, il est acceptable de se préoccuper du patient et d'offrir de continuer à lui dispenser des soins dans d'autres domaines.

### Résolution du cas

Dans le cas présent, même si le résident a de profondes convictions religieuses, les motifs invoqués pour refuser le service (orientation sexuelle) figurent clairement parmi les motifs de distinction illicites prévus dans le Code des droits de la personne. Le résident communique immédiatement avec son superviseur et lui explique qu'il ne peut participer à la procédure demandée. Le superviseur prend le cas sous sa responsabilité et offre le service demandé par le couple. Après discussion avec le directeur de programme, il est décidé que le résident ne devrait pas terminer son stage facultatif et ce dernier décide de ne pas inclure la fécondation in vitro dans sa pratique. Le résident peut néanmoins terminer sa résidence; il devient un obstétricien-gynécologue agréé et s'assure désormais que ses patientes sont bien informées des limites de sa pratique.

## Principales références

Association médicale canadienne. *L'avortement provoqué* [politique]. Accès : http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD08-01F.pdf juin 2009).

College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2008. *Physicians and the Ontario Human Rights Code* [policy #5-08]. Last retrieved June 25, 2009, from CPSO's website: www.cpso.on.ca/uploadedFiles/downloads/cpsodocuments/policies/policies/human_rights.pdf.

Rodgers S and J Downie, « L'avortement : garantir l'accès » [éditorial]. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2006, 175 (1): 11.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Faire face au comportement d'un patient difficile

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les comportements de patients difficiles,
- résumons des méthodes pour prévenir ou gérer de tels comportements.

### Cas

Un résident de deuxième année s'occupe d'un patient qui, malgré des soins excellents et appropriés, présente de graves complications médicales. Lorsque le résident communique ces faits au patient et à sa famille, il est victime de violence verbale et commence à craindre pour sa propre sécurité. Durant les quelques semaines qui suivent, les conversations avec le patient et sa famille sont difficiles et les propos sont de plus en plus blessants. La famille du patient parle de renseignements à propos du résident qu'elle a trouvés sur Internet, et profère des menaces à l'endroit des membres de sa famille. Le résident se sent en danger et s'interroge sur la meilleure façon d'aller de l'avant.

## Introduction

Il peut être désagréable pour bien des gens d'assumer le rôle de patient. Lorsque nous nous retrouvons dans cette situation, nous pouvons passer par une gamme d'émotions qui vont d'un simple agacement à une véritable terreur. Peu d'entre nous aimons être confrontés à nos vulnérabilités ou, pire encore, à la perspective de la mort. Il est normal de vouloir que rien ne fasse obstacle à notre mode de vie. De leur côté, les médecins sont souvent les porteurs de mauvaises nouvelles. Et même si le rôle du médecin est d'aider le patient, le seul fait d'avoir besoin d'un médecin est, dans presque tous les cas, mal accueilli.

D'autres facteurs contribuent aux tensions inhérentes à la relation médecin-patient. Ainsi, les patients peuvent avoir des attentes et des convictions qui ne cadrent pas avec les compétences du médecin. Parfois, le patient peut avoir l'impression que son point de vue n'est pas pris en compte. Enfin, les patients et les médecins ont tous deux à composer avec le stress lié à l'accès aux soins dans un système de santé complexe et surchargé.

Tous ces facteurs de stress peuvent causer des problèmes de communication et de collaboration. Dans ce chapitre, nous examinons certains des principaux aspects des conflits qui surgissent entre les patients et les médecins et proposons des stratégies pour réduire les risques.

## Violence verbale

La violence peut être déclenchée par de nombreuses émotions, la peur étant sans doute la plus répandue. Si vous êtes victime de violence verbale de la part d'un patient ou d'un membre de sa famille, prenez acte de ses sentiments, sur un ton doux mais ferme. Demandez-lui ce qui lui serait utile dans le moment présent. Demandez-lui également de vous aider en restant calme. Dans certains cas, la violence verbale peut être un signe révélateur d'une pathologie sous-jacente et être utile pour établir le diagnostic différentiel. En pareilles circonstances, vous devez faire tout en votre possible pour offrir les interventions qui s'imposent.

Si vos meilleurs efforts échouent, vous pouvez offrir des excuses (p. ex., « je suis désolé d'avoir été incapable de résoudre ce problème pour vous ») et informer votre superviseur. Dans certaines situations, le patient ou les membres de la famille ne répondront qu'à une personne qu'ils jugent avoir plus d'autorité. Le cas échéant, vous ne devez pas vous sentir personnellement visé. Ce sont leurs problèmes, et non les vôtres. Observez votre superviseur pour voir comment il gère la situation, puis voyez si vous pouvez rétablir une relation de collaboration avec le patient ou les membres de sa famille.

### Principales stratégies pour assurer la sécurité physique

- Demandez qu'une formation sur l'intervention non violente en situation d'urgence soit offerte dans le cadre de votre programme.
- Veillez à ce que d'autres soient informés de vos va-et-vient en tout temps.
- Soyez bien au fait de la situation. Interrogez vos collègues sur l'état actuel du patient et lisez le dossier avant d'aller voir le patient.
- Apprenez à reconnaître les signes d'une violence imminente.
- Soyez sensible à l'affliction de la personne et offrez votre aide.
- Repérez toutes les sorties possibles d'une salle d'entretien ou d'examen.
- Si vous sentez un danger, mettez fin à l'entretien et sortez. Demandez de l'aide immédiatement, y compris auprès du personnel de sécurité ou de la police s'il y a lieu.
- Si vous examinez un patient violent ou agressif, veillez à bien connaître le protocole d'intervention normalisé, incluant les moyens verbaux, physiques ou chimiques.

## Menaces

Il arrive parfois que les patients ou les membres de la famille se sentent lésés ou profondément contrariés car ils n'obtiennent pas ce qu'ils veulent. De tels sentiments peuvent les amener à proférer des menaces physiques ou à remettre en question votre statut professionnel en vous menaçant de déposer une plainte officielle ou une action en justice. Proposez d'écouter à nouveau les préoccupations du patient ou des membres de sa famille. Il y a peut-être quelque chose qui vous a échappé et, en le reconnaissant, vous pourriez apaiser les menaces. Encouragez la personne à exprimer ses inquiétudes et les résultats souhaités par écrit. Envisagez de demander l'aide d'un tiers, par exemple le résident en chef ou votre superviseur. Enfin, respectez tout souhait de déposer une plainte en dirigeant la personne vers les ressources compétentes et en lui indiquant que vous êtes ouvert à ses commentaires.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Intimidation

Il est important de connaître ses propres réactions face à l'intimidation. Certaines personnes sont mal à l'aise en situation de conflit et elles préfèrent avoir une attitude de soumission pour éviter la confrontation. Cependant, dans une situation où des soins doivent être dispensés à un patient, pareille attitude peut être non professionnelle (p. ex., un patient qui exigerait des interventions inutiles). D'autres réagissent vivement à l'intimidation et le patient pourrait considérer cette attitude comme violente.

Il est en général préférable de rester neutre. Expliquez clairement que vous voulez travailler en collaboration avec le patient et lui offrir les meilleurs soins possible, en insistant sur ce que vous êtes prêt, et n'êtes pas prêt, à faire et pourquoi. Au besoin, indiquez au patient que vous pouvez prendre les mesures nécessaires pour qu'il soit vu par un autre médecin, s'il le préfère. Si des soins sont en cours, envisagez de demander à votre superviseur ou à un autre membre de l'équipe de vous accompagner auprès du patient. Demandez régulièrement au patient de préciser ses attentes et prenez des mesures raisonnables pour y répondre, en rappelant au patient ce que vous ne pouvez pas faire et pourquoi. Documentez vos observations et vos interventions et veillez à ce que votre superviseur soit informé de la situation.

## Questions liées au respect de la vie privée

Chacun d'entre nous laissons une empreinte numérique partout où nous allons et, dans certains cas (p. ex., les sites d'évaluation des médecins), des empreintes sont créées à notre sujet. Il est important d'être conscient de l'empreinte que l'on crée et de l'information qu'elle contient. Si des renseignements très personnels sur vous ou vos proches sont facilement accessibles sur le Web, d'autres pourront y avoir accès et les utiliser avec l'intention de nuire. De telles situations sont stressantes et peuvent être préjudiciables.

Protégez au maximum votre vie privée en faisant attention au type de renseignements personnels que vous affichez sur Internet, y compris sur les sites de réseautage social comme Facebook, MySpace ou Twitter. Choisissez les paramètres de confidentialité les plus élevés possible; limitez l'accès à des amis connus ou des membres de la famille et demandez-leur de ne pas afficher d'information sur vous ou sur vos proches sans votre autorisation explicite. Faites à l'occasion une recherche sur Internet à partir de votre nom. Les médecins sont souvent étonnés par l'abondance de renseignements personnels et professionnels qui peuvent facilement être obtenus en ligne. Selon le site, vous pourriez être en mesure de demander que l'information soit retirée ou modifiée; cependant, cela n'est pas toujours possible, en particulier si vous avez accepté les conditions d'utilisation du site en question.

Enfin, n'oubliez pas que des renseignements qui vous paraissaient amusants lorsque vous étiez étudiant en médecine ou avant pourraient nuire à l'obtention d'une nomination professorale ou d'une bourse d'études. Les établissements de formation et les employeurs consultent de plus en plus les sites de réseautage social dans le cadre de leur processus normal de présélection. Vous pouvez contrôler l'information que vous affichez et échangez. Ce que vous ne pouvez contrôler, c'est l'usage que les autres feront de cette information.

## Violence physique

Tous les médecins ont besoin d'une formation sur l'évaluation et la gestion des comportements violents. Si cette formation n'est pas offerte dans le cadre de votre programme de résidence, demandez à votre directeur de programme d'organiser un atelier axé sur l'acquisition de compétences. Le Crisis Prevention Institute (www.crisisprevention.com) offre un programme de certification largement reconnu sur les compétences pratiques pour évaluer et gérer la violence dans une multitude de contextes.

En général, les membres les moins expérimentés de l'équipe sont les plus à risque de blessures. Évitez d'intervenir si vous n'avez pas été dûment formé. Un patient ou un membre de la famille violent représente une situation d'urgence grave; alertez le reste de l'équipe, y compris votre superviseur, et demandez leur intervention immédiate. Enfin, n'oubliez pas que les étudiants en médecine que vous supervisez sont particulièrement à risque.

## Compte rendu d'incident critique

Les incidents critiques peuvent avoir une incidence majeure sur toutes les personnes en cause. Le compte rendu d'incident critique est un processus volontaire qui permet aux personnes de discuter d'un incident d'un point de vue personnel ou professionnel. Dirigés par des spécialistes qualifiés, ces exercices n'ont pas pour but de chercher un responsable ou de faire enquête sur les erreurs. Ils visent plutôt à favoriser une saine discussion de l'incident et à rationaliser les émotions complexes qu'il a suscitées. Si vous n'êtes pas inclus dans une séance de compte rendu qui vous concerne et que vous aimeriez avoir accès à ce service, faites-le savoir. Il peut être néfaste pour vous et votre pratique de chercher à réprimer les sentiments provoqués par un incident critique. Cherchez sans délai à obtenir du soutien et du mentorat. Vous ne le regretterez pas.

### Résolution du cas

Le résident finit par informer son superviseur de la nature tendue des rapports avec le patient et sa famille et le superviseur organise sur-le-champ une rencontre entre le patient, sa famille et l'équipe médicale. Avec la permission du patient, le représentant des patients de l'hôpital est également invité à y assister. La rencontre est difficile, mais révèle que la famille a mal compris un élément vital des soins dispensés au patient et a blâmé par erreur le résident des résultats. Une fois les malentendus dissipés, la famille présente ses excuses à l'équipe et dit regretter son comportement. Les relations entre le résident et la famille sont demeurées réservées, quoique beaucoup plus respectueuses. Le résident a aussi profité de l'occasion pour examiner et modifier certains renseignements sur Internet et a été étonné de l'abondance de renseignements personnels que l'on peut y trouver.

## Principales références

Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. 2005. Management of the difficult patient. *American Family Physician*. 72: 2063–8.

Hawken SJ. 2005. Strategies for dealing with the challenging patient. *New Zealand Family Physician*. 32 (4): 266–9.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Questions de limites acceptables

Michael Paré, MD MEd

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- définissons les limites acceptables, ainsi que le dépassement et la violation des limites,
- discutons de l'importance d'établir des limites dans les relations médecin-patient,
- examinons comment le maintien de saines limites peut favoriser la résilience du médecin et la qualité des soins.

### Cas

Un résident de troisième année en médecine familiale suit une jeune fille de 15 ans qui pourrait être sujette à la dépression et à la boulimie. Durant une visite de suivi, la jeune fille exprime sa déception et sa frustration face à son corps, déclarant « Je suis aussi plate que le désert du Sahara ». Le résident lui fait des commentaires encourageants, lui disant que son apparence physique est normale, que sa puberté semble évoluer normalement et qu'elle a de « beaux seins, bien développés pour une fille de son âge ». La jeune fille est visiblement perturbée par ces commentaires et se plaint à ses parents, qui signalent le résident à l'ordre professionnel.

## Introduction

Depuis l'époque du serment d'Hippocrate, le maintien de limites acceptables est considéré comme un volet important de la pratique de la profession. Cette exigence ressort clairement du serment d'Hippocrate, qui stipule que le médecin exercera dans « la pureté et le respect des lois », soignera les malades, ne causera pas volontairement de torts ou d'injustices, ne sera là que pour le bien des malades et s'interdira tout écarts de conduite (particulièrement relations sexuelles) envers les femmes ou les hommes.

Les limites clarifient la distance qu'il faut maintenir entre le médecin et le patient. Bien qu'il soit souvent automatique et habituellement facile de maintenir de saines limites, cela peut parfois être difficile à la fois pour le patient et le médecin. Il est important que la profession définisse des lignes directrices et des limites détaillées qui déterminent les comportements qui respectent ces limites; cependant, il est tout aussi important que la relation médecin-patient soit raisonnablement souple – pour que puisse s'établir une relation sincère et dynamique.

## Que sont les limites?

1. Les limites précisent les rôles et les attentes dans le cadre de la relation médecin-patient.
2. Les limites précisent la distance thérapeutique appropriée qu'il doit y avoir entre le médecin et le patient.
3. Les limites permettent donc de circonscrire la relation thérapeutique.

Il arrive parfois que les médecins aient à composer avec des limites difficiles et délicates, qui exigent une certaine souplesse. Cette adaptation doit cependant être réfléchie pour s'assurer que des limites sont maintenues.

## Dépassements et violations des limites

Le seul fait d'établir des limites laisse entendre que ces limites peuvent être dépassées, voire transgressées, et ces deux situations sont susceptibles d'être préoccupantes.

**Dépassement des limites :** Les limites peuvent être dépassées sans que cela ne constitue une transgression. De fait, de nombreux dépassements sont bénins et il est tout à fait possible que l'on choisisse sciemment de dépasser les limites pour favoriser le traitement de quelque façon. Le dépassement des limites peut aussi, dans certaines circonstances, marquer un virage exceptionnel, novateur ou intuitif par rapport au protocole de traitement établi. Dans d'autres circonstances, toutefois, le dépassement des limites est le résultat d'une négligence ou d'une action non réfléchie.

**Transgression des limites :** La transgression des limites est beaucoup plus grave que le dépassement, car elle est préjudiciable au patient de quelque façon. Par définition, le dépassement devient une transgression lorsque son résultat est préjudiciable pour le patient.

Une fois établies, les limites ne devraient pas facilement être franchies. Cependant, des dépassements se produisent et, souvent, ils ne portent préjudice ni au praticien, ni au patient. Si le dépassement d'une limite porte préjudice, on parle alors de transgression.

Le préjudice est généralement déterminé en fonction de ce qui, selon le patient et la population, constitue une pratique acceptable. À titre d'exemple, il est largement reconnu qu'avoir un comportement sexuel avec un patient est préjudiciable, alors qu'encourager gentiment un patient à cesser de fumer en provoquant chez lui une réaction de colère et de défense ne l'est pas.

Parfois, le dépassement des limites résulte d'une simple maladresse de communication. Dans d'autres cas, il témoigne d'un virage novateur ou intuitif par rapport au protocole habituel. Par ailleurs, ce qui constitue un dépassement dans une relation peut être parfaitement acceptable dans une autre. Les limites sont souvent très subjectives et dépendent beaucoup du contexte. Par exemple, s'adresser familièrement à une personne en l'appelant par son prénom est acceptable dans bien des relations (p. ex., entre collègues médecins) mais sera inacceptable dans d'autres (p. ex., une femme âgée très conservatrice qui insiste pour qu'on l'appelle madame Gertrude Green, et non « Gertrude » ou, pire encore, « Gertie »).

## Cadre thérapeutique

Les limites qui existent entre le médecin et ses patients sont particulièrement importantes, car elles définissent le cadre thérapeutique, un outil important pour guider l'application du concept des limites acceptables dans le contexte clinique. À l'intérieur de ce cadre se trouvent les traitements efficaces et éthiques et, à l'extérieur, les traitements inefficaces ou contraires à l'éthique, l'idée étant que le traitement doit se dérouler dans un espace structurel et conceptuel défini par certains paramètres.

D'autres expressions peuvent aussi être utilisées pour définir ce concept, par exemple les « règles » et les « normes » de la rencontre



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

thérapeutique, qui aident à définir un milieu thérapeutique propice au développement d'une expérience thérapeutique. Ces conditions sont jugées nécessaires, mais assurément non suffisantes, pour la prestation de soins efficaces et de grande qualité. Il convient également de souligner qu'en dépassant les limites du traitement efficace, le médecin peut entrer dans une « zone grise » (ou pour utiliser des termes plus optimistes, une « zone pastel ») dont les effets – positifs ou négatifs – sur le traitement sont quelque peu flous. Bien qu'il puisse parfois être utile d'entrer dans cette zone grise ou pastel, cet exercice comporte toujours des risques et pourrait certainement être nuisible. Même si la plupart des transgressions sont considérées comme des situations où l'on a dépassé les bornes (le médecin se montre indiscret ou injurieux), il est important de réaliser qu'il peut aussi s'agir de cas où le médecin n'a pas manifesté suffisamment d'intérêt au patient (le médecin se montre froid ou non réceptif).

L'article de Guthiel et Gabbard, *The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions,* présente une excellente vue d'ensemble des questions liées aux limites acceptables. Cet article définit clairement ce que sont les limites cliniques et l'importance de les respecter. De nombreuses facettes de la relation médecin-patient doivent être encadrées par des limites acceptables. Ces facettes incluent, sans s'y limiter :

- le rôle social;
- le temps;
- le lieu et l'espace;
- l'argent;
- les cadeaux et les services;
- l'habillement;
- le langage;
- la révélation de soi;
- les contacts physiques.

Comme la révélation de soi est une facette qui revêt une grande importance et que des révélations peu judicieuses ont été faites dans le cas présenté ici, il paraît indiqué de traiter brièvement cette question.

## Les confidences du médecin

La plupart des médecins sont d'avis qu'il est nécessaire et même utile de partager certains détails personnels avec les patients. Cependant, la communication de renseignements personnels peut mener à la divulgation de renseignements intimes et peut-être même délicats. C'est cette pratique qui risque de faire en sorte qu'un dépassement devienne une transgression.

Quatre principes pratiques et utiles ont été proposés pour guider les confidences faites par un médecin. Ces principes s'énoncent comme suit :

1. Les médecins doivent se rappeler qu'en se confiant à leur patient, ils le font pour le bien des patients; ils doivent donc le faire judicieusement.
2. Lorsque le médecin fait des confidences à son sujet, il doit toujours tenir compte du stade de sa relation avec le patient (à un stade plus avancé, des révélations plus importantes sont habituellement plus acceptables).
3. Les médecins ne devraient pas révéler des faits qui suscitent chez eux des conflits émotionnels.
4. Les médecins doivent penser à la manière dont les autres percevront leur révélation.

## Récapitulatif

Le maintien de limites acceptables est essentiel à la prestation de soins de qualité. En établissant puis en respectant des limites appropriées et raisonnablement claires, les médecins se facilitent la vie et augmentent leur chance de trouver du plaisir à exercer la médecine.

### Résolution du cas

Le résident est un excellent médecin qui n'a jamais eu de problèmes liés au dépassement des limites. Le résident admet toutefois que les limites ont été dépassées dans le cas présent et que, si l'incident n'était pas bien géré, il pourrait être perçu comme une transgression. Le résident reconnaît que ses propos ont été mal choisis et que ses commentaires étaient gênants et n'ont manifestement pas aidé la patiente. En passant en revue les principes entourant la divulgation d'information à son sujet par le médecin lui-même, le résident se rend compte que ses propos ont semblé mal choisis, à la fois pour la patiente et ses parents. Le résident propose de rencontrer la famille en présence d'un superviseur pour présenter ses excuses et expliquer son erreur. La rencontre est tendue mais néanmoins utile; la famille mentionne que les commentaires ont été jugés inadéquats et préjudiciables, mais reconnaît qu'ils visaient à soutenir la patiente et à normaliser l'image qu'elle avait d'elle-même. Le résident reconnaît que ses propos étaient blessants et montre comment une situation similaire pourrait être traitée différemment. La plainte est abandonnée; le résident fait désormais davantage attention aux termes qu'il utilise pour discuter de sujets délicats, et la patiente reste sous ses soins.

## Principales références

Gutheil TG and GO Gabbard. 1993. The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*. 150: 188–96.

Paré M. 2001. Boundaries in primary care medicine. *Patient Care Canada*. 12 (10): 76–112.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Le cycle de vie des médecins

Jordan Cohen, MD FRCPC

Le cycle de vie d'un médecin est un processus de développement complexe. À la base, la formation médicale doit suivre une séquence précise, pour que l'apprenant franchisse avec succès chacune des étapes. Parallèlement, l'apprentissage et l'acquisition de l'expérience qui permettent aux étudiants de devenir des résidents puis des médecins praticiens comportent plusieurs volets. Le Cadre CanMEDS du Collège royal vise à s'assurer que tous les médecins acquièrent des compétences essentielles dans chacun de leurs rôles (expert médical, communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, gestionnaire, érudit et professionnel), mais chaque personne devient un médecin unique selon l'importance qu'elle choisit d'accorder à chacun de ces rôles durant sa carrière.

Les principales transitions durant la formation d'un médecin sont le passage d'étudiant en médecine à résident, de résident à médecin praticien et, finalement, de praticien actif à retraité. Et selon le milieu de pratique que le médecin aura choisi, ces étapes peuvent être ponctuées de différents arrêts. À titre d'exemple, un médecin qui choisit d'ouvrir son propre cabinet et qui se concentre sur les aspects cliniques de la médecine ne sera pas soumis aux mêmes attentes et pressions que le médecin membre du corps professoral à temps plein duquel on attend une participation à la vie universitaire et aux recherches savantes. Le médecin diversifiera sa pratique entre le travail clinique, l'enseignement, l'administration et la recherche, dans des proportions qui varieront en fonction de ses choix de carrière et de ses intérêts personnels.

Un autre volet de la croissance concerne les dimensions personnelles de la vie, comme les relations intimes, le désir de fonder une famille, les problèmes de santé et les besoins des membres de la famille.

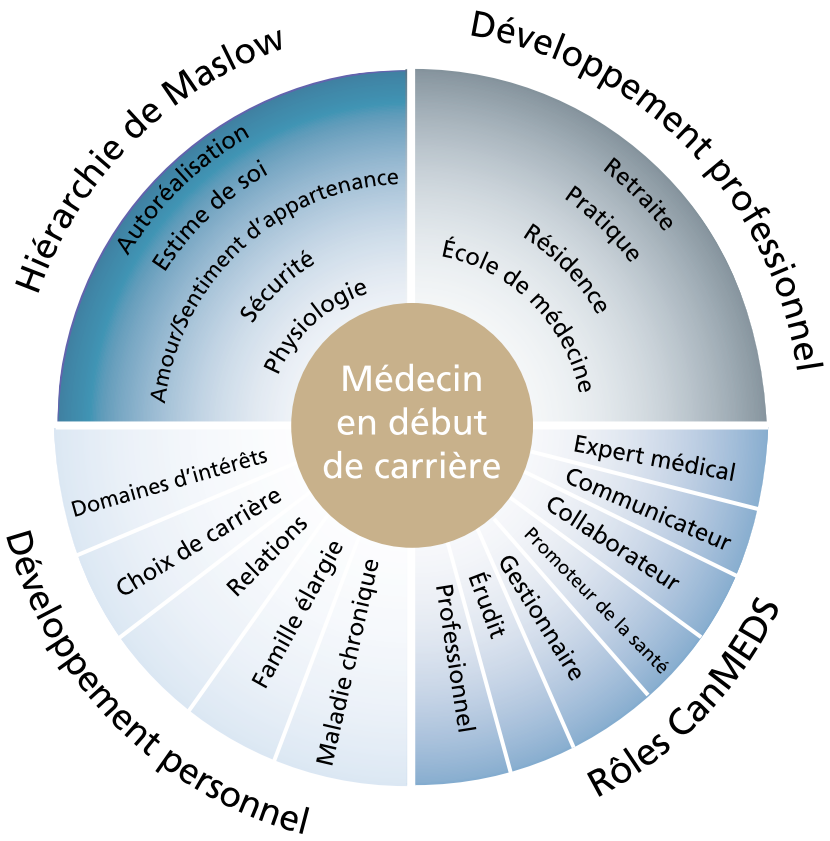
L'autoréflexion sur les conséquences personnelles et professionnelles des différentes voies de la médecine est un exercice important qu'il faut faire tôt durant sa carrière. Cette réflexion facilitera la planification des différentes étapes de la formation et favorisera la satisfaction personnelle et professionnelle. Des problèmes personnels (p. ex., la maladie ou le décès d'un membre de la famille) surgiront sans prévenir et pourraient forcer la personne à modifier son plan de formation et de carrière. Il faut toutefois se rappeler qu'il peut y avoir bien des façons de parvenir au même objectif.

## Principales références

Faulkner LR. 2007. Personal reflections on a career of transitions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online.* 35: 253–9.

Linzer M, Rosenberg M, McMurray JE, Glassroth J. 2002. Respecting the lifecycle: rational workforce planning for a section of general internal medicine. *American Journal of Medicine.* 113: 443–8.

Figure 3. Cycle de vie du médecin




© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Transitions majeures

Jordan Cohen, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- déterminons les principales transitions durant la carrière d'un médecin,
- examinons les difficultés qui peuvent survenir durant ces transitions.

### Cas

Les résidents de votre programme ont souligné le besoin crucial d'avoir accès à des services d'orientation professionnelle dès les premiers stades de leur formation. Ils ont expliqué que l'absence de ce type de ressources contribue à leur stress, mine leur sentiment de bien-être et pourrait les mener à planifier leur formation en faisant des choix inappropriés.

## Introduction

Tous les médecins passent par le processus progressif naturel qui va du statut d'étudiant en médecine inexpérimenté à celui d'expert médical. Ces transitions font partie intégrante de l'exercice de la médecine et se poursuivent durant tout le cycle de vie du médecin. Le fait d'apprendre à faire de ces transitions un moment de réflexion et de maîtrise peut être un moyen utile de développer sa résilience personnelle et professionnelle.

## Principales transitions du cycle de vie

**Transition vers la résidence.** Pour certains stagiaires, la transition du statut d'étudiant en médecine à celui de résident est à la fois bouleversante et inconfortable. Pour la plupart, toutefois, il s'agit d'une étape passionnante, troublante et profondément enrichissante. Du jour au lendemain, les stagiaires se font soudainement appelés « docteur », sont titulaires d'un permis d'exercer la médecine, commencent à superviser des étudiants en médecine et jouissent d'une certaine autonomie par rapport à leurs superviseurs. La courbe d'apprentissage est toutefois raide et le développement professionnel est rapide. Conscientes que cette transition peut être stressante, un grand nombre d'écoles de médecine ont entrepris de mettre en place des programmes de formation spéciaux (p. ex., ateliers sur l'enseignement et la supervision, séances sur la collaboration interprofessionnelle, séances d'information présentant un résumé des ressources communautaires et des partenariats disponibles, cours sur les erreurs médicales et l'éthique) pour aider les stagiaires à négocier ce changement en douceur.

**Transition vers la pratique.** Selon un modèle de la transition de la résidence vers l'exercice de la médecine, cette transition se déroule en quatre phases, comme suit (Misiaszek et Potter, 1989) :

1. **Conclusion :** chagrin de voir la résidence se terminer;
2. **Ajustement :** ambivalence au sujet de son nouveau rôle;
3. **Identité :** élargissement et perfectionnement de nouvelles compétences et intégration de l'engagement à poursuivre son apprentissage et son développement professionnel pendant toute sa vie;
4. **Consolidation :** récolte des fruits des efforts d'apprentissage et des compétences acquises durant toute la vie.

La première transition vers la pratique nécessite un haut degré de mentorat professionnel et de soutien personnel. De plus, les questions financières doivent être examinées avec soin (p. ex., régimes de retraite, polices d'assurance, procuration et testament, questions liées à la constitution en société, questions contractuelles); les questions professionnelles doivent être négociées (p. ex., attribution des fonctions cliniques, acquisition d'un cabinet ou d'un bureau et d'un soutien administratif, horaires de garde); les nominations professorales doivent être précisées (p. ex., rang au sein du corps professoral, parcours de carrière, niveaux et types de supervision) et des stratégies de développement professionnel doivent être élaborées (p. ex., choix de mentors, choix de cours de formation médicale continue, détermination des lacunes en matière de connaissances). Il convient d'encourager fortement les nouveaux praticiens à utiliser l'aide disponible dans chacun de ces domaines.

## Transition vers la retraite

La préparation psychologique à la retraite est sans doute l'élément le plus critique de cette phase du cycle de vie du médecin. Certains médecins se préparent soigneusement à la retraite et se font une idée précise de ce que sera leur vie post-professionnelle. D'autres cessent soudainement d'exercer. En général, les spécialistes de la retraite privilégient fortement la première stratégie, la deuxième étant plus souvent associée à la nervosité, à l'ennui, à l'insatisfaction et au regret.

Le retraite soulève également des questions pratiques (d'ordre financier, clinique, personnel et familial ou liées aux affaires) qui peuvent être résolues avec l'aide et les conseils de professionnels. Là encore, il faut encourager les médecins à planifier, à utiliser toutes les ressources mises à leur disposition et à aller de l'avant sans oublier que la retraite constitue une transition majeure dans la vie.

## Transitions normales de la vie

Tout au long de leur carrière, les médecins vivront de nombreuses autres transitions, comme le début et la fin d'une relation, l'acceptation ou l'abandon de fonctions et de rôles précis, la naissance et la mort d'êtres chers et les étapes du vieillissement. Comme pour tous les autres aspects de la vie, la souplesse, la prise de conscience et le soutien faciliteront ces transitions. Le fait de pouvoir compter sur un réseau proche d'amis, de collègues, de conseillers et de mentors favorisera la résilience tout au long de ce parcours.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Principales références

Association médicale canadienne. *Centre pour la santé et le mieux-être des médecins. Les aspects non financiers de la retraite des médecins : Sommaire de l'analyse documentaire et contextuelle*, Ottawa, 2004.

Misiaszek J and RL Potter. 1984. Transition from residency training to academia. *Psychiatric Quarterly*. 56 (3): 209–14.

Prince K, Van de Wiel M, Van der Vleuten C, Boshuizen H, Scherpbier A. 2004. Junior doctors' opinions about the transition from medical school to clinical practice: a change of environment. *Education for Health*. 17: 323–31.

## Case Resolution

Lors d'une retraite organisée par le département, les résidents demandent officiellement la mise sur pied d'un programme de mentorat et d'orientation professionnelle. Le corps professoral appuie leur demande, et indique que lui aussi bénéficierait de ce type de ressources. Le directeur du département et le directeur du programme acceptent de travailler avec l'université et ses hôpitaux affiliés en vue de créer de telles ressources.

Les principaux aspects du programme de mentorat comprennent :

- des séances individuelles de planification de carrière semestrielles réunissant le mentor et le mentoré (p. ex., le directeur du programme et un résident, le directeur du département et le corps professoral, le directeur et le doyen);
- du temps réservé au mentorat officiel par tous, de façon permanente;
- une liste de mentors qualifiés à soumettre aux mentorés pour prise en considération (incluant des membres du département actifs et à la retraite);
- des ateliers de mentorat annuels (définissant en quoi consiste le mentorat);
- des journées d'orientation annuelles (portant sur différents modèles de pratique et le perfectionnement professionnel);
- des séances annuelles de promotion universitaire;
- des ateliers annuels sur le développement des compétences en enseignement ou en recherche;
- la promotion d'une culture de soutien personnel et professionnel, par l'entremise de programmes de reconnaissance officielle (programmes d'excellence) et de célébrations non officielles (traditions telles que des retraites estivales annuelles, des repas des Fêtes et des barbecues printaniers).

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Importance du milieu de pratique et d'apprentissage

Leslie Flynn, MD MMus CCFP FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- déterminons les aspects du milieu de travail de la santé qui influencent la satisfaction personnelle et professionnelle du médecin,
- proposons un moyen de choisir le milieu de pratique qui répond le mieux à nos intérêts et besoins,
- examinons la façon dont les médecins doivent s'adapter au changement dans tout milieu de pratique.

### Cas

Un résident est en deuxième année. Plus il avance dans sa formation clinique, plus il s'inquiète des milieux dans lesquels se fait la prestation des soins. Un grand nombre de collègues du résident, d'autres professionnels de la santé et des employés administratifs semblent contrariés et à différentes phases d'épuisement professionnel. Quant à lui, le résident considère que le temps passé avec les patients et ses superviseurs est enrichissant, mais il se demande s'il pourra tolérer « le système » au fil des ans. Le résident se demande s'il a fait le bon choix de carrière et, malgré son amour pour la médecine clinique, il envisage de s'en retirer. Le résident fait part de ses intentions au résident en chef, qui l'écoute attentivement et lui suggère d'en discuter avec le directeur de programme.

## Introduction

L'évolution incroyablement rapide de la médecine est l'une des grandes joies, mais aussi l'un des grands défis de l'exercice de cette profession. Les connaissances dans le domaine biomédical progressent à un rythme sans précédent. Les innovations technologiques transforment la manière de faire les examens des patients et de dispenser les soins. Les débats en cours au sujet de la réforme des soins de santé, conjugués à l'évolution des attentes des patients, créent un milieu de travail difficile et souvent incertain.

Et cette évolution rapide a un prix. Les coûts des soins de santé, pour la plupart assumés par l'État, progressent de façon exponentielle. De nouveaux modèles de gestion sont constamment à l'étude au Canada, et un consensus de plus en plus fort veut que seule une réforme en profondeur permettra de préserver le système de santé. Des centaines de milliers de Canadiens n'ont pas de médecin de premier recours, les hôpitaux luttent pour conserver leurs infirmières et médecins, les salles d'urgence débordent et les temps d'attente ne cessent d'augmenter. Il faut remanier les services, revoir les rôles des professionnels et bloquer ou réaffecter les fonds. Nous traversons actuellement une période très préoccupante pour le système universel de santé du Canada.

Ces défis n'ont fait qu'exacerber les facteurs de stress déjà inhérents au travail du médecin. Les charges et les horaires de travail exigeants, la presque omniprésence de la souffrance et la difficulté à consacrer suffisamment de temps à sa famille et à ses amis ne sont plus les seuls facteurs de stress liés au système de santé. En réalité, il peut être difficile pour tous les professionnels de la santé de conserver une attitude positive et un bon moral.

Qui plus est, ces facteurs de stress peuvent, s'ils ne sont pas bien gérés, mener à des comportements inquiétants. Le sarcasme, les commérages, le cynisme, le protectionnisme et le repli sur soi peuvent tous devenir partie intégrante du milieu de travail de la santé. Le moral en souffre et le désir véritable d'instaurer une pratique axée sur la collaboration et l'innovation s'estompe. La frustration s'accentue et les professionnels commencent à sentir qu'ils ont peu de contrôle ou d'influence sur leur pratique et leur milieu de travail. Une culture de blâme et de honte commence à se développer et envenime le milieu de travail. Tragiquement, ces problèmes ne sont pas rares au Canada.

Heureusement, nous pouvons tous contribuer à créer un milieu de travail plus positif dans le domaine de la santé. Les gouvernements, les organismes professionnels, les systèmes de formation, les hôpitaux et les universités ont tous pour objectif de stabiliser et de consolider le système de santé du Canada. Et il y a bien des raisons d'espérer en l'avenir.

## Faire des choix judicieux

Quels sont les choix qui s'offrent au médecin? Bien que la situation actuelle puisse sembler désastreuse, les médecins doivent reconnaître que de nombreux choix s'offrent à eux. Ils peuvent choisir une spécialité, le type et le lieu de leur pratique, voire leurs heures de travail. Et même s'ils ont déjà fait ces choix, il demeure possible d'avoir recours à des stratégies positives pour optimiser le milieu de travail.

Le choix d'une spécialité exige la prise en considération de nombreux facteurs. Il pourrait être utile d'examiner avec soin les questions soulevées dans l'encadré.

Il est également sage de réfléchir avec soin à ses préférences quant au milieu de pratique. Par exemple, même si certaines spécialités ne s'exercent qu'en milieu hospitalier, des choix peuvent néanmoins être faits quant au type d'hôpital, entre un hôpital communautaire ou un grand centre urbain de soins tertiaires. Le choix peut aussi se faire entre un centre universitaire à vocation d'enseignement et de recherche et un centre sans affiliation universitaire qui n'a donc pas de mandat de centre d'enseignement. Si le milieu hospitalier ne constitue ni une nécessité, ni un attrait, il existe de nombreuses possibilités d'établir

### Quelques facteurs à considérer dans le choix d'une carrière

- Avez-vous besoin de beaucoup de temps de loisirs pour maintenir un sentiment de mieux-être?
- Préférez-vous travailler en équipe ou seul?
- La participation à la prestation de soins d'urgence est-elle un aspect qui vous plaît?
- Voulez-vous travailler en milieu hospitalier?
- Voulez-vous participer à la recherche, à l'enseignement ou à l'administration?



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

un cabinet axé sur les soins ambulatoires, seul ou en groupe. Un cabinet de groupe peut être constitué uniquement de médecins ou regrouper plusieurs disciplines de la santé à l'intérieur d'un modèle de soins en équipe. Les médecins ont aussi la possibilité de faire carrière en dehors du milieu clinique, à tout moment de leur cheminement professionnel. La politique, l'industrie pharmaceutique, la gestion hospitalière, les compagnies d'assurance, les services-conseils sur les politiques en matière de santé, la recherche et la rédaction médicale sont quelques-unes des possibilités qui existent, certaines nécessitant quelques études complémentaires, par exemple en gestion des affaires ou en administration publique.

Le médecin devrait aussi tenir compte de la philosophie du milieu de travail et de son style. Il est essentiel de se joindre à un organisme dont les objectifs et la vision sont compatibles avec nos propres valeurs et aspirations. La culture de l'organisme reflète-t-elle notre mode de pensée? Cette culture est-elle compatible avec notre perception de la vie et des soins aux patients? Cet aspect très important du choix d'un milieu de pratique peut être oublié dans le feu des négociations sur la rémunération, les locaux disponibles et le nombre d'heures réservées en salle d'opération.

Enfin, les membres du personnel déjà en place paraissent-ils heureux? Forment-ils un groupe collégial qui semble collaborer et se respecter mutuellement? Soyez attentif à la manière dont ils interagissent et communiquent entre eux. Un facteur important du maintien de la satisfaction professionnelle est de pouvoir travailler avec des gens qui inspirent confiance et qui sont dévoués à leur travail. Les données montrent clairement que les milieux de travail qui soutiennent leurs employés et les reconnaissent comme un atout, et où il règne une atmosphère positive, produisent des employés plus heureux et en meilleure santé et des patients plus satisfaits.

Comme le choix d'un milieu permanent de pratique exige que de nombreux facteurs soient étudiés sans précipitation, bien des gens font l'essai d'une variété de milieux de pratique avant de prendre leur décision finale. Pour ce faire, ils peuvent décider de faire quelques stages de remplacement à la fin de leur formation, ce qui leur permet de faire l'essai d'un milieu de pratique. Chacun peut se plonger dans différents milieux de pratique afin de découvrir les éléments qui répondent le mieux à ses besoins.

## Faire face au changement

Le milieu de travail de la santé n'est jamais statique et, quel que soit l'endroit choisi, il y aura toujours des défis à relever. Comme le changement est un facteur de stress, en particulier s'il s'accompagne d'incertitude, il faut s'attendre à ce qu'il influence le milieu de travail de façon négative. Lorsque cela se produit, nous avons besoin de stratégies d'adaptation efficaces.

Différents moyens peuvent être utilisés par les médecins pour améliorer leur milieu de travail actuel, notamment définir les problèmes d'une manière claire et objective, discuter des problèmes avec les autres en exprimant ses sentiments mais en évitant de formuler uniquement des plaintes ou de jeter le blâme sur autrui, et proposer des solutions potentielles. Il est possible d'offrir un modèle de rôle à tous les collègues du domaine de la santé en proposant de participer à la recherche d'une solution et en contribuant au milieu de travail par une attitude positive.

Les médecins cherchent à dispenser à leurs patients d'excellents soins cliniques dans un environnement qui favorise la collégialité, la collaboration et la satisfaction personnelle. Le médecin peut contribuer à créer et à maintenir un milieu de travail positif pour le bénéfice des patients et de l'ensemble de l'équipe de soins de santé.

### Résolution du cas

Le résident rencontre le directeur des affaires étudiantes de son programme, qui le renseigne sur les nombreux choix et les nombreuses possibilités qui s'offrent aux médecins spécialistes. Ensemble, ils examinent des choix de carrière fondés sur différentes spécialités et différents milieux de pratique. Ils examinent également la façon d'aborder le milieu de travail que le résident trouve actuellement difficile. Le résident choisit un mentor pour l'aider à apprendre à gérer les problèmes liés au système et il commence à envisager sa pratique future avec plus d'optimisme.

## Principales références

Lindström K. 1994. Psychosocial criteria for good work organization. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 20: 123-33.

Sotile WM and MO Sotile. 2002. *The Resilient Physician: Effective Emotional Management for Doctors and Their Medical Organizations*. Chicago: American Medical Association.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Planification de carrière : Les premières étapes

Meridith Marks, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons l'importance de la planification de carrière durant tout le cycle de vie du médecin,
- résumons cinq thèmes communs propres à la planification en début de carrière.

### Cas

La résidence se déroule rapidement et, de façon générale, tout de la médecine plaît au résident – les procédures, les volets cliniques, la recherche, l'enseignement, les soins communautaires, etc. En réalité, toutefois, le résident est anxieux du choix de surspécialité qu'il doit faire. D'une part, il ne veut pour l'instant écarter aucune option. D'autre part, il reconnaît qu'il devrait sans doute limiter davantage ses domaines d'intérêt pour planifier la prochaine étape de sa carrière. Le résident ne sait tout simplement pas quoi faire.

## Introduction

Pour bon nombre de résidents, l'attention requise par les études en médecine puis par la résidence laisse peu de temps pour penser au déroulement de leur carrière, une fois les examens d'agrément terminés. La planification de la carrière devrait pourtant commencer dès le début de la résidence, car les décisions prises à ce moment auront une grande incidence sur l'orientation future de la carrière. Parallèlement, il importe de n'écarter aucune possibilité et de réserver son jugement. De nombreux résidents changent leurs plans à mesure que leur résidence progresse et qu'ils font l'expérience de différents champs de pratique. Le travail idéal pourrait ne pas être disponible au moment où vous serez prêt à l'assumer; il est donc important de se préparer au fait que l'atteinte de ses objectifs professionnels pourrait devoir s'échelonner sur un certain temps.

## Questions liées à la planification en début de carrière

**Pratique universitaire ou privée.** Le choix entre la médecine universitaire et la pratique privée est souvent l'une des premières questions que les résidents envisagent durant la planification de leur carrière. En réalité, ces ceux options ne s'excluent pas mutuellement. La pratique universitaire fait habituellement référence à une pratique affiliée à un centre de santé universitaire et exige une nomination professorale auprès d'une université. Ce type de pratique suppose la participation à la formation des étudiants en médecine et des résidents et à l'avancement du savoir médical. La plupart des médecins intéressés par une carrière en recherche opteront pour une pratique universitaire. En général, les pratiques universitaires sont des pratiques de groupe qui fonctionnent selon différents modèles de rémunération allant d'une rémunération fixe à une rémunération à l'acte. Il peut également s'agir d'un modèle selon lequel le revenu du groupe est réparti en fonction du nombre de cas et des activités d'enseignement.

L'expression pratique privée est habituellement utilisée pour décrire une pratique principale indépendante d'un hôpital ou d'une faculté de médecine. Le médecin est rémunéré à l'acte et il doit assumer l'ensemble des dépenses associées au fonctionnement du cabinet. De fait, la mise sur pied d'un cabinet privé n'est pas différente du démarrage d'une entreprise, et bon nombre de médecins se disent mal préparés à assumer ce volet de leurs fonctions lorsqu'ils commencent à exercer. Il est judicieux d'obtenir des conseils financiers avant d'ouvrir un cabinet. Bien que ce ne soit pas une exigence, un grand nombre de praticiens privés sont aussi affiliés à une école de médecine ou y occupent des fonctions professorales à temps partiel, contribuant ainsi à la formation des étudiants et des résidents. Selon l'école de médecine, une allocation peut être rattachée à ces affiliations.

**Pratique en milieu hospitalier ou médecine communautaire.** Il est certainement possible de combiner la pratique en milieu hospitalier et dans la communauté, en particulier dans les milieux non universitaires et les communautés plus petites. De nombreux médecins qui ont un cabinet dans la communauté ont aussi des droits hospitaliers. Ces situations favorisent habituellement une meilleure continuité des soins et une pratique plus polyvalente. Cependant, de telles conditions exigent également la capacité de répartir le travail de la journée pour satisfaire aux multiples demandes.

Certains médecins ne dispensent des soins que dans un milieu, souvent parce qu'ils se concentrent sur des soins primaires ou secondaires. À titre d'exemple, les pédiatres, les médecins de famille et les psychiatres en milieu communautaire qui n'hospitalisent pas de patients travaillent exclusivement dans le domaine des soins primaires, tandis que ceux qui dispensent des soins tertiaires ne travaillent qu'en milieu hospitalier. Le type de patients traités, les besoins des communautés particulières, ainsi que les désirs personnels et professionnels sont tous des facteurs qui influencent les décisions professionnelles.

**Pratique spécialisée ou générale.** Il existe différents degrés de spécialisation au sein de la médecine familiale et des spécialités du Collège royal. Par exemple, un chirurgien généraliste peut se surspécialiser dans les maladies du côlon irritable, tandis qu'un médecin de famille peut axer sa pratique sur les personnes âgées. Il arrive aussi que certains médecins de famille soient les seuls médecins praticiens dans de petites communautés. La portée d'une pratique peut donc en déterminer également d'autres caractéristiques. De plus, il est important que les résidents n'oublient pas que, même s'ils désirent opter pour une surspécialité particulière, ce type de pratique peut prendre un certain temps à se développer. Il est prudent de se préparer à tous les aspects de la pratique, car on ne sait jamais quelles possibilités pourraient se présenter.

**Médecine de groupe ou en solitaire.** Les véritables pratiques en solitaire sont de plus en plus rares et les cabinets de groupe sont en voie de devenir la norme. Ces cabinets de groupe peuvent toutefois varier considérablement. Ainsi, certains ne partagent que les infrastructures et les dépenses alors que d'autres se partagent la prise en charge des patients. D'autres encore ont une vocation interdisciplinaire : on peut trouver par exemple un orthopédiste, un neurochirurgien et un physiatre réunis dans une même clinique spécialisée.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Bien que la plupart des pratiques universitaires soient réunies en groupe, il arrive qu'un seul spécialiste dispense des soins à une population précise de patients. Ce serait le cas par exemple d'un médecin spécialisé dans le traitement des maladies gastro-intestinales qui exécute des traitements nécessitant des compétences particulières, comme la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique. Lorsqu'un seul médecin offre un type particulier de soins, il peut arriver que les patients et certains administrateurs aient des attentes irréalistes quant à la disponibilité du praticien. Le cas échéant, il est particulièrement important de penser à qui remplacera le médecin en cas de maladie ou d'obligations familiales, ou durant ses vacances.

**Pratique en milieu urbain ou rural.** Le choix entre une pratique en milieu urbain ou rural déterminera de nombreuses autres caractéristiques de la pratique. Les médecins qui exercent en régions rurales ont tendance à être des généralistes et sont plus susceptibles de travailler seuls. En régions rurales, les médecins apprécient généralement le caractère diversifié de leur travail et l'autonomie qui y est associée. Parallèlement, ils doivent être prêts à composer avec des ressources limitées et à reconnaître qu'ils devront parfois transférer des patients dans un hôpital de soins tertiaires en milieu urbain. À l'opposé, les médecins intéressés par un domaine hautement spécialisé de la médecine auront probablement besoin des ressources qui ne sont disponibles que dans les grands centres urbains.

## Savez-vous vraiment ce que vous voulez?

Le résident pense peut-être savoir comment il envisage sa pratique future, mais le sait-il vraiment? Saviez-vous réellement ce qui vous attendait lorsque vous avez entrepris vos études de médecine? Pour bien comprendre certains aspects de la pratique, vous devez en faire vous-mêmes l'expérience. Il est utile de faire des stages facultatifs et de discuter avec des collègues qui se trouvent dans une situation similaire, mais un mois de garde dans un milieu de pratique idéal peut suffire à confirmer les projets d'une personne – ou à les changer complètement.

Durant la planification des stages facultatifs, des bourses d'études et des études supérieures, il est important d'envisager ses objectifs professionnels futurs en fonction des différentes perspectives présentées ici. Cependant, il importe également de ne pas exclure trop d'options avant d'avoir fait l'essai de ce qui semble être la voie qui vous intéresse. La pratique qui vous semblait idéale pourrait se révéler moins intéressante ou moins enrichissante que vous ne le pensiez. Ou vous pourriez vous découvrir un intérêt inattendu pour un autre domaine. N'oubliez pas non plus que la vie est pleine d'imprévus : chacun d'entre nous peut être amené à prendre une direction inattendue à cause d'obligations familiales, de nouvelles possibilités, de nouvelles passions, de problèmes financiers ou de problèmes de santé. Il faut être prêt à envisager différentes possibilités durant sa carrière.

## Résolution du cas

Au cours des quelques mois qui suivent, le résident a des entretiens informels avec son mentor, le directeur de programme et quelques nouveaux diplômés du programme de spécialité. Le résident commence à se rendre compte que ses compétences cadrent bien avec un milieu universitaire, que les procédures doivent représenter un volet important de sa pratique et qu'il aimerait exercer dans un cabinet de groupe. Le résident opte pour une surspécialité dans un programme interventionnel avec un volet de clinicien chercheur, et il commence à penser à l'endroit où il aimerait établir sa pratique après sa résidence.

## Principales références

American Medical Association. *JAMA CareerNet: Networking for Physicians*. Last viewed on August 6, 2009: jamacareernet.ama-assn.org/

BMJ Publishing Group. *BMJ Careers*. Last viewed on August 6, 2009: careers.bmj.com/careers/hospital-medical-healthcare-jobs.html

McMillan J, Neligan P, Clegg D. 2009. *Career planning is key for medical graduates*. Target Jobs. Last viewed on August 6, 2009: targetjobs.co.uk/medicine/articleview-50s_34a_2253.aspx

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Faire face au changement

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- examinons pourquoi le changement est associé au stress et à la détresse,
- examinons des stratégies personnelles pour gérer le changement et y faire face,
- proposons des stratégies que les équipes de professionnels peuvent utiliser pour gérer le changement et y faire face.

### Cas

Un associé se réjouit du poste qu'il occupera au sein du personnel universitaire à la fin de sa formation. L'associé a eu comme mentor le directeur du département; il a de bonnes relations avec bon nombre de ses collègues et il entretient des liens avec la communauté de multiples façons.

Un vendredi, en fin d'après-midi, un courriel est envoyé à tous les membres du département pour les informer que le directeur a démissionné et a été remplacé. Le nouveau directeur a été recruté par le doyen, dans le but précis d'insuffler un vent de changement au sein du groupe. Il est prévu de doubler les infrastructures de recherche; de plus, tous les nouveaux spécialistes devront accéder au rang de professeur agrégé en cinq ans, et l'on vise une augmentation de 25 % des services cliniques d'ici trois ans.

Le résident espérait bâtir une pratique clinique et n'est pas particulièrement intéressé par une carrière universitaire. La carrière que le résident avait soigneusement planifiée semble désormais menacée par ces changements.

## Introduction

Une façon d'aborder le changement est d'examiner l'étape où nous nous trouvons dans le cycle de changement. Imaginez un graphique où la participation au changement est représentée en abscisse et l'acceptation du changement, en ordonnée. Divisez le graphique ainsi obtenu en quatre zones en établissant un parallèle avec le monde de la navigation. Dans la première zone de changement, les intervenants ont une grande acceptation du changement et un haut degré de participation au changement : ce sont les membres d'équipage. Dans la deuxième zone, les intervenants ont une grande acceptation du changement mais y participent peu : ce sont les passagers. Dans la troisième zone, les intervenants ont une faible acceptation du changement et y participent peu : ce sont les conteneurs de marchandises. Enfin, dans la quatrième zone, les intervenants acceptent peu le changement mais y participent fortement : ce sont les pirates. Un processus de changement bien géré est celui qui tient compte de ces quatre fonctions; un processus bien mené permet de manœuvrer le navire dans la tempête et de parvenir à bon port (figure 4).

## Stratégies pour faire face au changement

**Stratégie 1 : Apprendre à se connaître soi-même.** Nous insistons dans ce guide sur l'importance de se connaître soi-même et de connaître ses valeurs et ses convictions. Durant un cycle de changement, il est utile de réfléchir aux aspects fondamentaux de notre personnalité afin d'évaluer nos réactions au changement exigé.

L'associé amorce sa réflexion et réfléchit avec soin au choc qu'il a ressenti en apprenant le départ soudain de son mentor, au bouleversement de son plan de carrière et à son désir de mener une carrière largement axée sur la médecine clinique.

**Stratégie 2 : Revoir les hypothèses.** Le changement peut engendrer une profonde anxiété. Si le médecin voit le monde avec pessimisme, cynisme ou méfiance, il se sentira sans doute menacé par le changement. De graves préjudices peuvent survenir si cette perception du monde se traduit par des stratégies d'adaptation négatives, comme l'agressivité, la pensée catastrophique ou l'envie de saboter la situation. Revenons à notre parallèle : les pirates gagnent rarement, mais ils blessent les autres sur leur passage et se retrouvent dans une situation qui se caractérise par l'échec et l'isolement.

À l'opposé, le changement peut être stimulant pour le médecin qui a une vision optimiste, souple et positive du monde. Une telle perception, combinée à des stratégies d'adaptation positives, peut avoir des résultats positifs, novateurs et synergiques. Au sein de leurs équipes, les membres d'équipage s'épanouissent et se développent sur le plan personnel et parviennent à une destination caractérisée par le succès et la collégialité.

L'associé examine avec soin certaines des hypothèses qu'il a formulées. Il réalise qu'il ressent une profonde méfiance à l'égard des politiques internes de l'université, en raison du caractère soudain du départ de son mentor. Cependant, il réalise également qu'il ne connaît peut-être pas tous les facteurs en jeu et que ses sentiments personnels peuvent brouiller son jugement professionnel. L'associé téléphone à son mentor et apprend avec étonnement que ce dernier appuie totalement le changement de la direction, car il est atteint d'une maladie terminale. Il avait prévu en informer l'associé durant leur réunion de mentorat qui devait avoir lieu au début de la semaine suivante.

**Stratégie 3 : Demander de l'aide.** Chaque fois que nos mécanismes de défense sont activés, c'est que nous tentons de nous protéger d'un danger. Ces mécanismes de défense peuvent être positifs et constructifs, mais ils peuvent aussi nous amener à nier le bien-fondé d'autres points de vue, à mal interpréter la vérité et à faire abstraction de nos propres erreurs et vulnérabilités. Demander l'avis d'autres personnes peut être un moyen utile de corriger des perceptions unilatérales. Des amis et des membres de la famille qui nous connaissent bien peuvent souvent nous aider à faire face à des problèmes que nous pourrions autrement chercher à éviter. Des collègues peuvent aussi jouer ce rôle, en particulier s'il s'agit de problèmes ou de situations professionnels. Enfin, si nous avons de grandes vulnérabilités et que

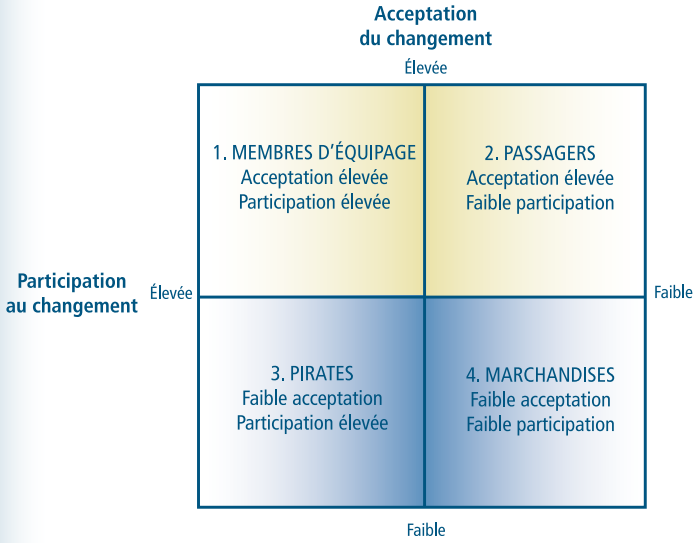


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

nos stratégies d'adaptation ne sont pas particulièrement saines, il peut être utile de travailler avec un professionnel (mentor, mentor spécialisé ou thérapeute).

L'associé discute avec les autres associés du département et constate que tous accueillent la nouvelle de la même façon. Ils discutent ouvertement de leurs craintes au sujet de la sécurité d'emploi, de la culture du milieu de travail et de la manière dont l'information leur a été cachée ou présentée tard durant le processus de changement. Plus important encore, ils discutent des éléments positifs que les changements annoncés pourraient engendrer. Un des associés souligne notamment que l'amélioration des activités universitaires pourrait favoriser le développement de nouvelles ressources pour les activités cliniques. La détresse de l'associé commence à se dissiper.

Figure 4 : Faire face au changement – Grille établissant un parallèle avec le monde de la navigation




**Stratégie 4 : Être souple et prévoir l'imprévu.** Lorsqu'un ouragan frappe terre, les objets les plus vulnérables sont ceux qui sont rigides. Les structures trop rigides ne peuvent résister aux contraintes et elles ont tendance à casser ou à se tordre de façon permanente. Cependant, la résistance au changement peut aussi être utile pour mettre en lumière les aspects qui méritent d'être examinés et étudiés plus à fond. Sur le plan pratique, cela signifie qu'il faut prendre le temps d'examiner avec soin les différents aspects du changement, en réfléchissant aux différentes façons dont nous pouvons et devrions réagir et en étant attentifs à nos réactions habituelles et à la manière dont elles sont perçues par les autres. S'ouvrir à d'autres possibilités, prendre soin de manifester une véritable empathie et éviter les réactions irréfléchies sont des moyens de maintenir une bonne position.

L'associé passe d'un sentiment de franche hostilité à l'égard du nouveau directeur à une ouverture face à son intégration éventuelle à la nouvelle vision du département.

**Stratégie 5 : Mettre les choses en perspective et maintenir un équilibre.** Lorsque la vague de changement est forte, il peut être difficile de se rappeler que le changement se fait par phases et que la tempête finit toujours par s'apaiser. Lorsqu'on se sent emporté par le changement, il est très important de s'obliger à penser à autre chose. L'activité physique, la réflexion, de saines distractions, le temps passé avec des êtres chers et de bons amis et la participation à des loisirs et des activités revêtent alors une grande importance. Ces activités nous libèrent du stress du changement et nous aident à mettre nos inquiétudes en perspective.

L'associé commence à passer plus de temps au gymnase; l'entraînement l'aide à avoir des idées claires et lui ouvre de nouvelles perspectives. Un soir, l'associé élabore un modèle de nouveau service clinique. Soudainement, il réalise les possibilités nouvelles et novatrices que l'intégration d'un tel modèle à un cadre universitaire pourrait créer. L'associé commence aussi à passer plus de temps avec les autres membres de son équipe de hockey et il apprécie la diversion que lui procure cette activité qui lui fait oublier ses préoccupations professionnelles.

**Stratégie 6 : Continuer à avancer.** Les périodes de changement intense finissent toujours par prendre fin. Il peut être utile d'envisager là où l'on aimerait se trouver à la fin de cette phase et de tenter de parvenir à cet objectif. Si nous acceptons d'avancer, d'être souples et de renoncer à certains aspects, nous nous retrouverons sans doute dans une position meilleure que celle que nous avons laissée derrière.

## Résolution du cas

L'associé rencontre le nouveau directeur et discute de ses objectifs et aspirations professionnels. Ensemble, ils réalisent qu'une nouvelle possibilité dans le domaine de la gestion de la qualité permettrait à l'associé de contribuer à la mission pédagogique du département tout en se concentrant principalement sur sa pratique clinique. Plusieurs années plus tard, l'associé est profondément satisfait de sa clinique privée et de sa position générale au sein du département.

## Principales références

Bridges W. 2003. *Managing Transitions: Making the Most of Change*. New York: Da Capo Press.

Flach F. 2009. *Choices: Coping Creatively with Personal Change*. New York: Hatherleigh Press.

Kotter JP. 1996. *Leading Change*. Cambridge: Harvard Business School Press

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Besoins des médecins en soins de santé : Problèmes particuliers

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

La santé des médecins est un nouveau domaine unique qui concerne à la fois la pratique clinique, l'enseignement et l'élaboration de politiques. Au départ, les efforts dans le domaine de la santé des médecins ont été axés essentiellement sur le dépistage, le traitement et la réadaptation des médecins ayant des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie. Les succès remportés dans ce domaine ont amené les intervenants à prendre conscience que les médecins avaient aussi besoin d'aide pour le traitement de problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel. Aujourd'hui, la santé des médecins est considérée comme un concept holistique et étendu selon lequel il est important de reconnaître les nombreux déterminants de la santé des médecins et d'insister davantage sur la promotion de la santé et l'adoption de comportements sains chez les médecins et les stagiaires.

Les chapitres de cette section décrivent un certain nombre de problèmes particuliers qu'il importe de traiter pour combler les besoins des médecins canadiens.

## Santé physique

Dans ce chapitre, nous insistons sur l'importance pour les médecins d'avoir eux-mêmes un médecin de premier recours, décrivons les problèmes particuliers auxquels font face les médecins, à la fois comme patient et comme médecin traitant d'autres médecins, et proposons des stratégies pratiques directement axées sur la promotion de la santé physique des médecins.

## Santé mentale

Il est troublant de constater que le taux de suicide chez les professionnels de la santé et les stagiaires est beaucoup plus élevé qu'il ne l'est dans la population en général. Heureusement, les médecins et les étudiants en médecine reconnaissent de plus en plus l'importance de la santé mentale, et les programmes de santé des médecins constatent une augmentation du nombre de demandes d'aide dans ce domaine. Nous décrivons dans cette section les problèmes de santé mentale les plus répandus chez les médecins, résumons les difficultés des médecins qui demandent de l'aide ou envisagent de le faire et insistons sur le haut taux de succès des traitements et des interventions disponibles.

## Consommation et abus d'alcool et de drogues, toxicomanie et alcoolisme

Huit pour cent des médecins seront aux prises avec un problème d'abus et de dépendance à l'égard de l'alcool ou de drogues à un moment ou l'autre de leur carrière. Cette dépendance peut avoir de graves conséquences et il est parfois difficile pour les membres de la famille, les collègues et les patients de savoir comment exprimer le mieux leurs inquiétudes au sujet de ce qu'ils croient être un problème d'abus d'alcool ou de drogues chez un médecin. Dans ce chapitre, nous décrivons des stratégies pratiques que les lecteurs peuvent utiliser pour reconnaître les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, suggérons des interventions et résumons le pronostic positif associé à ce type de problèmes.

## Soigner ses collègues

Il est essentiel que les médecins aient accès à des services cliniques qui reconnaissent les particularités uniques des soins associés à leur santé. Ce chapitre vise à informer les fournisseurs de soins sur les questions qui exigent une attention particulière, notamment la production de rapports, l'établissement de limites acceptables, la confidentialité et le respect de la vie privée.

## Déclaration obligatoire

La déclaration obligatoire est sans doute l'aspect qui crée le plus de confusion et de malaise, autant pour les médecins patients que pour les médecins qui traitent des collègues. Nous décrivons dans ce chapitre certains principes clés de la déclaration obligatoire, offrons quelques conseils pratiques et stratégies pour étayer la décision de faire ou non une déclaration, et proposons d'autres ressources que les médecins peuvent consulter.

## Programmes de santé des médecins

Le Canada dispose d'un réseau national de programmes de santé des médecins, grâce auxquels tous les étudiants en médecine, résidents et médecins praticiens peuvent avoir accès à des services et à des programmes axés sur leurs besoins uniques en matière de santé. Nous résumons dans ce chapitre l'historique de ces programmes, décrivons d'autres efforts nationaux sur la santé des médecins (programmes d'éducation, énoncés de position et activités de recherche) et proposons aux lecteurs des ressources accessibles à l'échelle locale ou nationale.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Stress et adaptation

Ce chapitre met en lumière les faits saillants d'une enquête menée auprès d'un large échantillon de spécialistes canadiens sur les profils normaux de stress et d'adaptation. On y résume les principaux aspects de la résilience ainsi que plusieurs sources uniques de stress dans le milieu de travail du médecin.

## Médecins atteints d'une maladie ou d'une incapacité

Il y a étonnamment peu d'ouvrages qui s'adressent aux médecins atteints d'une maladie ou d'une incapacité durant leur formation ou leur pratique. Il est pourtant essentiel que ces médecins puissent avoir accès à des services de réadaptation de qualité, à des accommodements appropriés ainsi qu'à des possibilités raisonnables de servir la population. Nous abordons ces thèmes dans cette section et décrivons d'autres ressources que les lecteurs peuvent consulter.

Il y a, il va sans dire, de nombreux autres aspects de la santé et de la résilience qui concernent les médecins. Bon nombre d'autres sections du *Guide CanMEDS pour la santé des médecins* seront utiles pour trouver de l'information et des moyens pratiques d'aller de l'avant dans l'élaboration d'une stratégie axée sur la santé personnelle et la résilience professionnelle.

## Principales références

- **www.e-santedesmedecins.com** Cette ressource en ligne, gratuite et anonyme, a été rédigée et conçue par des spécialistes canadiens de la santé des médecins. Interactif et pratique, cet outil inclut des sections sur les relations, la dépression, l'anxiété, la résilience, l'abus d'alcool ou de drogues, les soins personnels et bon nombre d'autres questions.
- **www.eworkplacehealth.com** Autre ressource en ligne gratuite et anonyme, ce programme met l'accent sur les besoins des professionnels de la santé dans leur milieu de travail. On y propose des exercices interactifs visant à favoriser l'acquisition de connaissances et de compétences – dont un grand nombre sont examinées dans la présente section du guide – ainsi que des méthodes pratiques d'améliorer le milieu de travail de la santé.
- **www.amc.ca** *Le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins* de l'Association médicale canadienne se veut un riche centre d'information qui propose des ouvrages de référence sur la santé des médecins, des renseignements sur les conférences et les ateliers à venir et d'autres ressources didactiques sur la santé des médecins.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Santé physique

Lee Donohue, MD MHSc

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- énonçons des lignes directrices en matière de soins préventifs,
- discutons de programmes de dépistage et de prévention adaptés à l'âge,
- décrivons les problèmes méthodologiques liés à l'étude de la santé physique des médecins.

### Cas

Un résident de quatrième année planifie des vacances de rêve avec sa conjointe en Afrique. La conjointe est inquiète car le résident ne cesse de reporter sa vaccination et elle l'a informé qu'elle annulera le voyage si le résident ne prend pas rendez-vous avec son médecin de famille pour régler cette question. Contrarié, le résident demande l'aide d'un associé en maladies infectieuses, car il estime ne pas avoir le temps de consulter son médecin de famille.

## Introduction

Les médecins reçoivent des soins qui diffèrent de ceux dispensés au reste de la population, car ils sont des « médecins patients ». Il serait irréaliste de s'attendre à ce qu'un médecin patient se comporte comme un patient qui n'a aucune formation médicale. Il serait tout aussi irréaliste de s'attendre à ce que le médecin traitant dispense des soins médicaux généraux sans tenir compte des questions professionnelles propres aux médecins. Les médecins ont de vastes connaissances médicales, ont accès à une abondance d'information sur la santé et possèdent généralement un haut niveau d'autonomie en matière de santé. On ne sait toutefois pas comment les médecins appliquent leurs connaissances et leur expérience aux décisions qui concernent leurs propres soins médicaux. Et malgré leur vaste formation, il est possible que les médecins n'aient pas toute l'information nécessaire sur les mesures de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement dans certains domaines.

La sous-utilisation des médecins de famille et des services de médecine préventive par les médecins est à la fois appréciable et préoccupante, si l'on considère que les médecins ont dans l'ensemble les mêmes problèmes de santé physique que le reste de la population. Bien que certains médecins soient en meilleure santé (p. ex., parce qu'ils fument moins et font davantage d'activité physique), ils forment sous d'autres aspects une population plus à risque (p. ex., risque de suicide et d'abus d'alcool ou d'autres drogues). Les examens médicaux périodiques sont parfois les seules consultations que les médecins patients ont avec un professionnel de la santé. Et même si certains économistes de la santé soutiennent qu'un examen annuel ne constitue pas un usage efficace des ressources en santé, patients et médecins s'entendent généralement pour dire que ces examens annuels peuvent consolider la relation médecin-patient. Le patient moyen consulte son médecin de famille de trois à six fois par année, et près de 80 % des conseils en matière de soins préventifs sont offerts durant des consultations sans but préventif. Le nombre de visites de routine par les médecins patients, même ceux qui ont des problèmes ou des inquiétudes en matière de santé, est généralement bien inférieur à celui du patient moyen; d'où l'importance de l'examen médical périodique dans ce groupe.

Quelques études sur la santé physique des médecins ont examiné les indicateurs de qualité. Yizchak Dresner a comparé les indicateurs de qualité des médecins à ceux des non-médecins. Parmi les patients hypertendus, 56 % de ceux qui étaient des médecins patients faisaient vérifier leur tension artérielle, contre 77 % des personnes hypertendues dans la population en général. Chez les médecins, le taux de colonoscopie de dépistage est plus élevé, mais la recherche de sang occulte dans les selles l'est moins. Pour des raisons complexes, il semble que les soins reçus par les médecins patients n'équivalent pas à ceux dispensés au reste de la population, mais l'écart entre les deux n'est pas toujours à l'avantage du médecin.

## Problèmes uniques propres aux médecins patients et à leurs fournisseurs de soins

Tous les patients posent des autodiagnostics et les médecins patients ne font pas exception. Mais comme tout autre patient qui fait son propre diagnostic, le médecin risque ainsi de retarder l'obtention des soins nécessaires. Le médecin patient peut ne pas reconnaître la gravité d'un symptôme, ou des symptômes non spécifiques peuvent passer inaperçus. Enfin, il peut éviter de se faire soigner, par gêne ou par crainte d'un bris de confidentialité.

De plus, les médecins patients ont tendance à écarter les renseignements qui ne concordent pas avec leur autodiagnostic initial même si cette certitude clinique est injustifiée. Le médecin personnel qui s'occupe de vous – le médecin patient – tiendra compte de ce que vous savez, de ce que vous pensez savoir, de ce que vous aimeriez savoir et de ce que vous devez savoir pour bien gérer vos soins de santé.

### Se préparer à une consultation avec un médecin de premier recours : conseils destinés au médecin patient

- Prenez un rendez-vous en précisant les questions dont vous aimeriez discuter afin que suffisamment de temps vous soit réservé.
- Allez à votre rendez-vous avec un membre de la famille : d'autres patients le font.
- Faites une liste des questions dont vous voulez discuter avec votre médecin.
- Classez les éléments de cette liste par ordre de priorité.
- Apportez avec vous tous les médicaments prescrits et en vente libre que vous prenez, y compris les échantillons.
- Apportez une copie des résultats d'analyses que vous ou d'autres avez prescrites.
- Prenez des notes durant la consultation.
- Si vous devez annuler votre rendez-vous, appelez pour en fixer un autre immédiatement.
- Passez un examen médical périodique.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Récapitulatif

Les médecins de famille sont des spécialistes qui ont un rôle essentiel à jouer dans le maintien de la santé de leurs collègues professionnels de la santé, y compris les médecins. Comme les médecins ont des besoins à la fois communs et uniques en matière de soins de santé, il est important que chacun trouve et consulte un médecin de famille.

## Résolution du cas

L'associé refuse sur un ton poli et respectueux de traiter le résident et lui suggère de consulter un médecin de famille, car son dernier examen remonte à trois ans. Ensemble, ils examinent l'horaire de travail du résident pour trouver un moment où le résident pourra s'absenter sans nuire aux soins des patients ou aux exigences de sa formation. Le résident consulte son médecin de famille et entame une série de vaccinations. Durant la consultation, le résident est étonné d'apprendre qu'il a pris 15 livres, ce qui les amène à discuter d'autres importants problèmes de santé. Le médecin donne des conseils au résident sur le contrôle de son poids; ce dernier accepte de passer les tests de dépistage recommandés pour son âge et prend rendez-vous pour une visite de suivi.

## Principales références

Dresner Y. 2008. Do doctors look after their health as well as their patients? Results from the quality indicators program in our district. Presented at *2008 BMA—AMA—CMA International Conference on Doctors' Health: Doctors' Health Matters—Finding the Balance.* November 2008.

Tyssen R. 2007. Health problems and the use of health services among physicians: A review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health.* 45: 599-610.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Problèmes de santé mentale

Joy Albuquerque, MD MA FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons de la prévalence des troubles psychiatriques, y compris de la suicidabilité, chez les médecins,
- examinons l'importance pour les médecins de reconnaître les signes et les symptômes des graves troubles émotionnels chez eux et leurs collègues.

### Cas

Un résident de première année est appelé à la salle d'accouchement parce que le travail d'une de ses patientes a commencé. Il s'agit du premier accouchement à haut risque pour ce résident, lequel est à la fois excité et nerveux. Alors qu'il accourt vers la salle d'accouchement, il ressent une sensation désagréable à l'arrière du cou et dans le creux de l'estomac. Le résident a tout à coup de la difficulté à respirer et il éprouve des douleurs thoraciques. La peur s'empare de lui. Une infirmière qui remarque son état le conduit vers la salle d'urgence. Après un examen complet, l'épisode est qualifié de crise d'angoisse. Le résident est mort de honte et humilié en pensant à ce qui s'est produit et à ce que les autres doivent penser de lui. Il est encore plus terrifié par l'idée que cela pourrait se reproduire. Tout le monde autour de lui cherche à le rassurer en lui disant que cette crise est le résultat de l'effet combiné des heures de garde, du manque de sommeil et du fait de ne pas avoir mangé, et que tout finira par rentrer dans l'ordre.

## Introduction

Les problèmes de santé mentale, qui vont d'une légère détresse à des syndromes psychiatriques graves et invalidants, figurent parmi les principales causes d'invalidité dans la population en général. On estime que la prévalence à un moment donné de troubles dépressifs majeurs dans la population en général est d'environ 7 %. Des études laissent croire que le taux de troubles de l'humeur et de troubles anxieux est légèrement moins élevé chez les médecins actifs, mais d'autres recherches montrent que les troubles émotionnels majeurs ne sont pas rares chez les médecins. De fait, une méta-analyse a révélé que les femmes médecins sont trois fois plus susceptibles de se suicider que les femmes dans la population en général, alors que le taux de suicides chez les médecins de sexe masculin est de 1,4 fois supérieur au taux observé dans la population masculine en général.

Parmi les facteurs qui contribuent au stress ressenti par les médecins, mentionnons la forte pression des milieux d'apprentissage et de pratique, les décisions difficiles qui doivent être prises chaque jour, les heures de travail longues et irrégulières et le fait d'être constamment en présence de maladies et d'incapacités. De plus, certains traits de personnalité des médecins – comme le souci de la perfection, la tendance à vouloir assumer la responsabilité des événements, la grande éthique du travail et le désir profond d'aider les autres – peuvent accroître le risque de troubles émotionnels et de maladies mentales.

## Reconnaître les problèmes de santé mentale chez les médecins

Les troubles émotionnels et les maladies mentales ont tendance à être sous-détectés chez les médecins. Un grand nombre de troubles psychiatriques ont des effets néfastes sur le sentiment d'efficacité et de confiance d'une personne; aussi peut-on facilement comprendre pourquoi les médecins cherchent à dissimuler leurs problèmes psychologiques. Par exemple, un médecin déprimé et accablé par la culpabilité pourrait être incité à travailler plus fort et plus longtemps pour compenser ce qu'il croit être des lacunes. Comme les termes et expressions tels stress, épuisement professionnel et anxiété font souvent l'objet de plaisanteries dans le milieu médical, les médecins les utilisent parfois pour dissimuler des signaux d'alarme comme des inquiétudes persistantes, de l'irritabilité, des problèmes de concentration ou d'insomnie, jusqu'à ce que ces symptômes deviennent invalidants. Les médecins qui ont des problèmes de santé mentale adoptent souvent des comportements compensateurs comme l'automédication ou l'abus d'alcool ou de drogues.

Les facteurs de risque de maladies mentales dans la population en général, y compris les antécédents familiaux et les épisodes de troubles psychiatriques, s'appliquent aussi aux étudiants en médecine, aux résidents et aux médecins. L'éducation sur ces facteurs doit être intégrée tôt durant la formation du médecin.

### Principaux points : les médecins et la santé mentale

- Les médecins sont aussi vulnérables aux maladies mentales que la population en général.
- Les médecins qui ont des problèmes psychologiques ont tendance à les masquer, se comportant comme s'ils étaient invulnérables.
- Il faut prendre au sérieux un collègue qui présente des signes de dépression.
- Le suicide est un véritable problème et les médecins qui ont des idées suicidaires ont besoin de soins de toute urgence.
- Il est nécessaire de modifier la formation et les comportements, afin de rendre les médecins mieux aptes à faire face au stress associé à une carrière médicale et d'accroître leur résilience personnelle.

La crainte d'être l'objet de stigmatisation ou de marginalisation par la profession est une autre difficulté à laquelle font face les médecins atteints de troubles psychiatriques. Cette crainte peut se manifester par l'appréhension de perdre son gagne-pain, d'être rejeté par ses collègues et ses patients, de faire l'objet de sanctions réglementaires et, de façon plus générale, de voir ses choix de carrière diminués. Les problèmes de santé mentale graves et récurrents peuvent transformer la vie professionnelle d'une personne et influencer son rendement au travail et la sécurité des patients, et certains médecins atteints de troubles de l'humeur invalidants doivent parfois abandonner les périodes de garde normales ou extrêmes et le travail dans des milieux cliniques complexes.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Comme le travail des médecins a une incidence sur la sécurité des patients, il est important que les médecins obtiennent les traitements appropriés lorsqu'ils sont malades. Malheureusement, l'attitude d'invincibilité des médecins peut être un obstacle majeur qui les empêche de se faire soigner. Les médecins qui demandent de l'aide doivent être pris au sérieux par leurs collègues. Cependant, les consultations dans les corridors et les interventions collégiales – même avec les meilleures intentions qui soient – peuvent donner lieu à des diagnostics erronés et à des traitements sous-optimaux. Il est essentiel que des limites acceptables soient établies et respectées entre le médecin fournisseur de soins et le médecin patient.

Environ 70 % à 90 % des suicides sont associés à une maladie mentale. Comme les médecins ont une connaissance unique de la mort et qu'ils ont facilement accès à des moyens létaux, le suicide est un problème qui doit être pris au sérieux dans cette population. Si un collègue exprime des idées suicidaires ou un sentiment de désespoir, il est essentiel de le diriger sans tarder vers une ressource compétente – qu'il s'agisse d'un médecin personnel, d'un psychiatre ou du service d'urgence. Il est important de ne pas diminuer l'importance clinique de ce problème parce que la personne est médecin. Les personnes qui traitent des médecins atteints de dépression doivent évaluer le patient avec soin pour voir s'il a des intentions suicidaires et doivent instaurer un traitement agressif.

L'amélioration de la résilience personnelle peut aider les médecins à faire face à la myriade de problèmes et de facteurs de stress associés à leur vie professionnelle. Il est essentiel d'insister pour avoir des heures et une charge de travail raisonnables, de faire régulièrement de l'activité physique et de consacrer du temps à sa famille et à ses amis. Cependant, la maladie mentale n'est pas toujours évitable. Bien qu'il soit difficile de prévoir la première manifestation d'un trouble de l'humeur, les médecins qui se sont remis d'un tel épisode devraient éviter l'exposition aux éléments qui déclenchent ces troubles, y compris le travail par quarts, et adopter des stratégies de prévention fondées sur des données probantes.

L'éducation sur les troubles de santé mentale, de même que le dépistage précoce et le traitement de ces troubles, sont déterminants dans cette profession dont dépend la sécurité des patients. Il est essentiel que les médecins atteints de maladie mentale fassent l'objet d'un suivi et d'une surveillance appropriés, en particulier dans les cas de problèmes récurrents, et ce, non seulement en tant que personnes mais aussi à titre de professionnels, afin qu'ils puissent continuer d'exercer leur profession d'une manière sécuritaire et compétente.

### Résolution du cas

Le résident consulte son médecin de famille, qui demande une évaluation de la santé mentale par un psychologue. Le résident révèle des antécédents de longue date d'anxiété, qu'il avait généralement cherché à ignorer ou à minimiser. Le résident réalise qu'il est sujet à la panique et à l'angoisse lorsqu'il est privé de sommeil, qu'il mange mal, qu'il est isolé socialement ou qu'il est soumis à de fortes pressions dans le cadre de ses études. Le résident accepte de faire l'essai d'un traitement et il améliore ses compétences en matière de besoins personnels , de relaxation et de prise de conscience. Ses symptômes s'estompent peu à peu et son état de santé s'améliore considérablement, tout comme sa conscience de soi et sa confiance en soi.

## Principales références

Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. 2008. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 336 (7642): 488–91

Myers MF and GO Gabbard. 2008. *The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Schernhammer ES and GA Colditz. 2004. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment. *American Journal of Psychiatry*. 161 (12): 2295–302.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Consommation et abus d'alcool et de drogues, toxicomanie et alcoolisme

Michael Kaufmann, MD (Dip)ABAM FCFP

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons de la nature et de la prévalence des problèmes liés à l'abus d'alcool et de drogues chez les médecins,
- décrivons les signes d'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les médecins,
- proposons une démarche pour aider des collègues qui ont des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie à obtenir l'aide dont ils ont besoin.

### Cas

Un résident est en dernière année de son programme. Durant sa résidence, il a eu des difficultés sur le plan scolaire à cause de problèmes conjugaux et financiers et d'inquiétudes au sujet de ses parents malades. Le résident constate qu'il a pris l'habitude depuis un an de boire tous les soirs, après le travail. Au cours des deux derniers mois, sa consommation d'alcool a augmenté et le résident a même commencé à conserver un flacon d'alcool dans son casier au travail. Une de ses collègues proches commence à soupçonner que le résident fait une consommation excessive d'alcool, après avoir constaté que le résident avait la bouche pâteuse et une haleine d'alcool en plein après-midi, au moment du transfert de garde.

## Introduction

Les étudiants en médecine, les résidents et les médecins sont des êtres humains comme leurs patients, et ils sont vulnérables aux problèmes d'abus d'alcool et d'autres drogues comme toute autre personne. La profession médicale nord-américaine reconnaît ce fait depuis les années 1970 et considère depuis l'abus d'alcool ou d'autres drogues comme un problème de santé. Un aspect important du traitement de ce problème est d'apprendre à reconnaître les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues chez ses collègues médecins, à intervenir et à les diriger vers les excellentes ressources de traitement existantes. La réadaptation par un suivi et une surveillance attentifs et à long terme est plus constructive que les mesures disciplinaires punitives.

## Les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les médecins

La prévalence des graves problèmes d'abus d'alcool ou autres drogues et de dépendance chez les médecins se situe à environ 8 %, ce qui représente une proportion qui, bien que non épidémique, n'est pas sans importance (Hughes, 1992). Cela signifie que, pendant toute la durée de sa pratique, près d'un médecin sur dix éprouvera des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de dépendance qui auront une incidence profonde et potentiellement grave sur sa vie et la vie des personnes qui l'entourent. L'alcool est la drogue la plus consommée par les médecins, suivi des opiacés et autres substances.

Il est important de considérer la dépendance comme un problème primaire chronique qui, sans traitement, peut évoluer et même devenir fatal. L'abus de substances diffère de la dépendance, en ce qu'il se caractérise par une consommation mésadaptée d'une ou de plusieurs substances qui nuit à la santé, à la qualité de vie, ou aux deux. Ce diagnostic peut être posé si les critères de dépendance ne sont pas atteints. L'abus de substances peut devenir une dépendance si le problème n'est pas traité. Afin de poser un diagnostic exact, il faut souvent avoir recours à une évaluation par des experts qui inclut les antécédents cliniques, un examen physique, des analyses de laboratoire et de toxicologie et les antécédents fournis par les proches.

## Facteurs de risque

Les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues sont probablement aussi répandus chez les médecins que dans la population en général. Même si les médecins ne sont pas exposés aux risques liés à un faible statut socioéconomique, il existe d'autres risques inhérents au fait d'être médecin. Selon certains, un grand nombre de médecins ont des traits de personnalité qui contribuent à la fois à leur succès professionnel et à leur vulnérabilité personnelle. Les médecins sont des personnes empreintes de compassion, qui se dévouent à l'extrême au bien-être de leurs patients, parfois même au détriment de leurs propres besoins fondamentaux en matière de santé. Les médecins ont aussi tendance à avoir des personnalités perfectionnistes et obsessionnelles et affichent souvent une maîtrise de soi rigoureuse. Stressés et privés de saines stratégies d'adaptation personnelle, certains médecins trouvent soulagement et réconfort dans l'alcool ou les médicaments.

L'accès aux médicaments et l'optimisme pharmacologique qui découle de l'expérience acquise dans la prescription de médicaments aux patients ouvrent la voie à l'autoadministration de médicaments. Les anesthésiologistes qui s'injectent de puissant opiacés comme le fentanyl – lesquels sont particulièrement causes de dépendance – forment un cas particulier qui illustre bien ce fait.

Le médecin qui a des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues reçoit rarement de l'aide au début de sa maladie. Le médecin refuse d'admettre l'ampleur de son problème, et ceux qui l'entourent – mal à l'aise et ne sachant pas trop comment l'aider – ferment les yeux sur ce qu'ils voient. Le médecin craint qu'en demandant de l'aide, il ne fasse l'objet d'un rapport au programme de formation ou aux organismes de règlementation ou autres autorités, et que ceci signifie la fin de sa carrière, la perte de son moyen de subsistance et la destruction de l'image qu'il a de lui. Le médecin se retrouve inutilement coincé dans la crainte et la honte. Et ceux qui l'observent sans rien faire font partie du problème.

## Reconnaissance du problème

Il est rare que la seule observation permette de détecter clairement un problème d'abus d'alcool ou de drogues chez un collègue, tout au moins au début de la maladie. Les médecins sont maîtres dans l'art d'afficher une attitude calme et une maîtrise de soi, même devant la souffrance. Sensibles à la honte et à la stigmatisation qui se rattachent souvent à ces problèmes, les médecins qui en sont atteints redoublent d'efforts pour les dissimuler à leurs collègues, même s'ils ne sont plus en mesure de les cacher à la maison. Mais certains indices peuvent devenir facilement apparents pour un collègue attentif, en particulier si ce collège connaît bien le comportement et la personnalité habituels du médecin (voir l'encadré).



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

### Signes d'abus de substances ou de dépendance chez les médecins

- sautes d'humeur ou irritabilité,
- perte d'efficacité ou de fiabilité,
- laisser-aller au niveau de la tenue vestimentaire et de l'apparence,
- augmentation des plaintes, de la fatigue et des maladies somatiques,
- isolement personnel et professionnel croissant,
- habitudes et régimes de travail imprévisibles et irréguliers,
- chez les résidents, baisse du rendement scolaire,
- retards à répondre aux appels,
- absentéisme accru, absences durant les quarts de travail et visites fréquentes à la toilette,
- accès de colère donnant lieu à des plaintes de la part du personnel et des patients,
- détérioration de l'écriture et de la tenue des dossiers,
- prescription inadéquate de grandes quantités de narcotiques,
- forte consommation d'alcool durant des activités sociales ou des événements tenus dans le cadre de la formation médicale continue (FMC),
- gaspillage important et manipulation inadéquate de médicaments,
- haleine d'alcool au travail,
- somnolence au travail,
- consommation d'alcool ou de drogues au travail,
- erreur ou faute thérapeutique,
- gestes suicidaires.

## Intervention

Le fait d'attendre qu'un médecin qui a des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues demande lui-même de l'aide – chose qu'il ne fera peut-être pas – peut avoir des résultats tragiques. Nous devons être attentifs aux signes de détresse chez nos collègues et à notre propre empathie viscérale et élaborer un plan d'intervention dès que possible. Au moins un ou deux collègues amis peuvent faire part au médecin de leurs inquiétudes à son sujet. Ils peuvent prendre le temps de parler, lui proposer des suggestions et des ressources utiles et faciliter son aiguillage vers les ressources compétentes, sans avoir à connaître la nature exacte du problème.

Si l'intervention est rejetée ou ne donne aucun résultat, il faut alors confronter le médecin sur un ton plus décisif. Deux personnes ou plus, respectées par le médecin et qui occupent des fonctions d'autorité, doivent intervenir rapidement, d'une manière planifiée et soigneusement étudiée. Ces personnes doivent exprimer leurs inquiétudes, de préférence par écrit, et exiger que le médecin subisse une évaluation clinique par un expert, ou un traitement immédiat si le médecin reconnaît avoir un problème. Ces personnes ne doivent pas être seules à gérer ce problème.

Le médecin devra souvent interrompre son travail clinique ou ses autres fonctions, à la fois pour se rétablir et pour assurer la sécurité des patients. Le médecin devra être soutenu durant chacune des étapes de ce processus et être rassuré quant à sa valeur comme professionnel et comme personne. Le désir de reprendre la formation ou le travail peut en soi être un motif qui incite le médecin à obtenir le traitement nécessaire. Enfin, le médecin doit clairement comprendre les conséquences auxquelles il s'expose s'il ne respecte pas les conditions de l'intervention – par exemple, la fin de sa formation ou la présentation d'un rapport aux organismes de réglementation.

Les programmes provinciaux de santé des médecins sont de bonnes ressources à consulter pour planifier des interventions, obtenir des évaluations par des experts et connaître les traitements disponibles.

## Résultat

Il existe d'excellents programmes de traitement pour les médecins qui ont des problèmes de dépendance, y compris la désintoxication, l'éducation sur les mécanismes de la dépendance, l'acquisition de compétences sur la prévention des récidives, les groupes de soutien et les ressources pour les membres de la famille. Les traitements en établissement sont souvent privilégiés pour les médecins, bien que les programmes intensifs en externe puissent aussi être efficaces.

Avec un bon traitement et son suivi , le taux de succès à long terme (mesuré par le taux d'abstinence et de rémission) peut dépasser 85 % (Brewster, 2008). Les médecins traités avec succès non seulement restent abstinents mais aussi apprennent à avoir une vie mieux équilibrée. Le rétablissement à la suite d'un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues s'accompagne d'une amélioration de la santé physique, psychologique, sociale, familiale, professionnelle et même spirituelle.

Il incombe à chaque médecin de protéger le bien-être de ses collègues, d'être attentif aux signes de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie et d'être prêt à intervenir.

### Résolution du cas

La collègue du résident informe discrètement le résident en chef et le directeur de programme de ses inquiétudes. Ces derniers fixent immédiatement une rencontre avec le résident et lui demande de se rendre à la salle d'urgence pour une évaluation. Le résident se plie à leurs demandes et il est de plus en plus évident que ses facultés sont affaiblies. On communique avec le programme de santé des médecins et des arrangements sont pris en vue d'une évaluation urgente. Le résident obtient un congé de maladie. Après plusieurs mois de traitement, le résident est en mesure de reprendre le travail; il bénéficie de services de traitement et fait l'objet d'un suivi, et son rétablissement est complet. Le programme de santé des médecins propose d'offrir un cours sur l'intervention précoce, car l'état de ce résident aurait dû être détecté et diagnostiqué plus tôt par ses collègues.

## Principale référence

Kaufmann M. 2002. Physician substance abuse and addiction: Recognition, intervention and recovery. *Ontario Medical Review;* October 2002; 43-7.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Soigner ses collègues : Questions pratiques

Dianne Maier, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les difficultés inhérentes au traitement de collègues médecins,
- décrivons une démarche pour la prise en charge des soins d'un médecin patient,
- discutons de la responsabilité des médecins de soigner leurs collègues.

### Cas

Un résident de deuxième année est stupéfié de recevoir une plainte concernant les soins qu'il a dispensés à un médecin patient à l'urgence la semaine précédente. Le patient présentait une douleur au thorax. Il avait des antécédents récents d'angine et de forts antécédents familiaux de cardiopathie. Dans sa plainte, le médecin patient a indiqué que le résident avait été brusque et dédaigneux et qu'il avait porté des jugements lors de leur rencontre. Le médecin patient s'est plaint que l'anamnèse avait été prise hâtivement, le diagnostic avait été bref, et la planification de la sortie, inadéquate. Le résident s'est souvenu de la rencontre. Selon lui, étant donné que le patient était lui-même médecin, il n'avait pas vu la nécessité d'expliquer l'évaluation ou les recommandations de traitement comme il l'aurait fait avec d'autres patients.

## Introduction

Que l'on parle de médecin soignant d'autres médecins ou de courtoisie professionnelle, le soin des collègues constitue une importante tradition en médecine. À cet égard, le médecin consciencieux appréciera la maxime souvent citée de William Osler, selon laquelle « le médecin qui se soigne lui-même a un fou pour patient » (traduction).

La culture médicale actuelle appuie clairement les principes suivants :

- Un médecin devrait obtenir des soins médicaux appropriés, ce qui ne peut se faire dans un corridor ou le salon d'un autre médecin.
- Un médecin devrait avoir un médecin de famille, et les évaluations de santé adaptées à l'âge devraient être une mesure obligatoire de santé au travail : la prévention et l'intervention précoce sont importantes.
- Un médecin ne devrait pas pratiquer l'automédication en se prescrivant des médicaments ou en se servant dans l'armoire à échantillons ou dans les fournitures de travail.

Robert Klitzman invite les médecins à être attentifs aux symptômes de ce qu'il appelle le « syndrome post-résidence », lesquels incluent l'atténuation de l'importance des symptômes et le refus de les admettre, l'insouciance, l'autodiagnostic et l'autopronostic. Les médecins appréhendent la transition de l'état de médecin à celui de patient et, lorsque cela survient, certains – en particulier ceux qui n'ont pas l'habitude d'être des patients – se retrouvent confrontés à des questions fondamentales liées au sens de la vie, à l'identité personnelle, au travail, à l'aggravation d'une maladie, à l'espoir et à la mort (Klitzman, 2008). Pourtant, ces médecins entretiennent de bonnes relations avec leurs patients, et les soins qu'ils dispensent à leurs propres patients sont en accord avec ces relations. Les médecins devraient se permettre de profiter eux aussi de cette relation avec un fournisseur de soins.

## Soigner des médecins

Le médecin traitant et le médecin patient peuvent tous deux ajouter à la difficulté de dispenser de bons soins. Le médecin traitant peut se sentir anxieux ou intimidé. Le médecin patient est peut-être un ancien professeur ou un médecin très réputé dans un domaine d'expertise particulier. Le médecin est invité à s'inspirer du modèle de communication sur les soins de santé de Richard Frankel et à tenir compte des recommandations qui suivent durant la prestation de soins à un collègue (Maier, 2008) :

1. Porter une attention particulière au début de la consultation. Respirer calmement et ne pas oublier que le cadre de la nouvelle relation contribuera largement à l'établissement de bons rapports.
2. Inviter le patient à exprimer ses inquiétudes et l'écouter sans l'interrompre. Comme tout autre patient, le médecin pourrait n'exprimer son problème principal qu'en troisième lieu.
3. Ne pas présumer que le patient a besoin de moins d'explications parce qu'il est médecin. Ne pas oublier que les connaissances thérapeutiques du médecin dans les domaines de pratique qui ne sont pas les siens deviennent rapidement désuètes après les études en médecine.
4. Il n'est pas dans le meilleur intérêt du patient d'intellectualiser pour son propre confort personnel ou de « parler métier ».
5. Inviter le médecin patient à exprimer son point de vue. Les médecins patients peuvent avoir des idées ou des préoccupations particulières que n'ont pas les autres patients. Comment se sent-on de passer du sarrau à la chemise d'hôpital? (Maier, 2008). Qu'est-ce que cela fait de faire partie du « monde des malades »? (Spiro et Mandell, 1998 ). On ne peut présumer que les médecins seront mieux en mesure que les autres de gérer l'idée ou la réalité de la maladie. De plus, l'incidence de la maladie sur la capacité du médecin de continuer à travailler peut être un problème particulier, car les médecins ne bénéficient pas tous d'une solide situation financière ou d'une assurance pour frais généraux ou assurance-invalidité.
6. Apprendre à connaître le médecin patient en tant que personne.
7. La minutie, y compris un examen physique complet, est essentielle. Les médecins sont observateurs et ils s'attendent à un examen physique bien fait. Ceci va au-delà de la technique. L'examen procure un réconfort et augmente la confiance dans la relation médecin-patient. La technologie ne le remplacera jamais.
8. La manifestation d'empathie est aussi importante que dans toute autre relation médecin-patient. Lorsque nous soignons des collègues, nous devons être attentifs à nos propres réactions. La manière dont le médecin patient réagit à la maladie nous touche-t-elle personnellement? Influence-t-elle notre façon de soigner le patient?
9. La fin de la consultation ne doit pas se limiter à fournir de l'information, à inviter le patient à prendre part aux décisions et à lui demander si l'on a répondu à ses besoins. En tant que médecin traitant, vous devez également être clair et explicite



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

quant à vos pratiques en matière de prescription, de consultation et d'analyses. Vous devez préciser qui apportera les changements dans le traitement et qui prendra les dispositions. Vous ne devez pas transférer les rôles et les responsabilités du médecin au patient.

10. Nous avons tous droit à la confidentialité et au respect de la vie privée en ce qui a trait aux soins de santé. Cependant, le médecin traitant pourrait aussi devoir examiner avec son médecin patient comment des questions liées au respect de la vie privée ou des secrets pourraient nuire à la prestation de soins de qualité.
    a. Ceci vaut particulièrement dans le cas de médecins patients atteints de maladies dégénératives (y compris le vieillissement), de troubles psychiatriques ou de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.
    b. Il faut reconnaître que la maladie n'est pas une conduite non professionnelle et qu'il y a une différence entre les deux.
    c. Nous savons qu'une intervention et un traitement appropriés et précoces sont aussi efficaces pour les médecins qu'ils le sont pour la population en général.
    d. En conséquence, si vous avez des doutes quant à la façon de concilier les intérêts supérieurs de votre médecin patient et vos obligations éthiques au sujet de la sécurité des patients, consultez sans tarder le programme de santé des médecins de votre province.

Au moment de soigner des collègues, il serait utile de se rappeler les paroles de Rabia Elizabeth Roberts : « Nous apprenons que notre humanité est plus puissante que notre expertise » (traduction) (Hanlon, 2008).

Richard Gunderman nous invite à faire notre part et à s'entraider entre collègues du mieux que nous pouvons. En pratiquant le meilleur type de philanthropie, nous obtiendrons des résultats bénéfiques pour la santé de tous nos patients.

## Résolution du cas

Le directeur du programme passe en revue certains principes clés liés au traitement de collègues – à savoir le professionnalisme et la valeur de la communication – et souligne l'importance du maintien des rôles et de l'établissement de limites acceptables dans de telles relations. Le résident reconnaît qu'il était irritable et fatigué et qu'il avait faim ce soir-là, car il était de nouveau de garde; de plus, une demande antérieure de contre-expertise lui avait été refusée par le médecin de garde de la salle d'urgence. Le résident et le directeur de programme discutent d'une façon d'examiner la plainte qui serait acceptable pour les deux. Le résident rencontre le patient et lui présente ses excuses; il réfléchit à la frustration, à la crainte et à la déception ressenties par le patient. Le résident a ainsi acquis un plus grand niveau de compétences.

## Principales références

Hanlon V. 2008. Physicians for physicians: when doctors become patients. *Alberta Doctors' Digest.* July/August.

Maier DB. 2008. Physicians for physicians: a call for action. *Alberta Doctors' Digest.* May/June: 18–9.

Spiro HM and HN Mandell. 1998. When doctors get sick. A*nnals of Internal Medicine* 128 (2): 52–4.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Faire face aux obligations de déclaration obligatoire et les respecter

Association canadienne de protection médicale

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons des obligations éthiques et juridiques des médecins en ce qui a trait à la déclaration de collègues ou de médecins patients à un organisme de réglementation,
- examinons les conséquences du défaut de faire une déclaration,
- indiquons les ressources disponibles pour guider la prise de décisions dans ce domaine.

### Cas

Un résident de troisième année qui a participé au traitement d'un chirurgien du Manitoba sait que ce chirurgien a une dépendance à l'alcool et qu'il a parfois des tremblements et des pertes de connaissance. Le résident suggère au chirurgien de cesser de pratiquer toute opération jusqu'à ce qu'il ait suivi un traitement adéquat. Le chirurgien continue de pratiquer la médecine, mais il donne au résident l'assurance qu'il ne boit pas et ne prend pas de médicaments avant d'opérer. Quelles sont les obligations du résident dans ces circonstances?

## Introduction

Il peut être à la fois difficile et stressant de signaler un autre médecin à un organisme de réglementation professionnelle ou aux autorités de la santé publique, en particulier pour les stagiaires en résidence postdoctorale ou leurs superviseurs. Les médecins ont toutefois l'obligation éthique et juridique de faire une déclaration si la santé physique ou mentale, le comportement ou la conduite d'un collègue soulève des doutes raisonnables quant à sa capacité de pratiquer ou présente un risque pour la sécurité des patients ou la santé publique.

Les résidents peuvent en venir à soupçonner de tels problèmes durant le traitement d'un collègue ou durant leurs rapports quotidiens avec ce dernier. Cette section vise à aider les résidents à faire face au stress provoqué par l'incertitude quant à leurs obligations de déclarer les conduites déficientes de leurs collègues.

## Signaler un médecin qui est son patient

Dans certaines circonstances, un médecin peut avoir l'obligation éthique de signaler l'état de santé d'un collègue médecin qu'il soigne et dont l'état pourrait raisonnablement nuire à sa capacité de pratiquer ou pourrait menacer la sécurité des patients, du personnel ou d'autres personnes. De fait, diverses provinces et divers territoires ont adopté des lois qui obligent les médecins à signaler à leur ordre professionnel un médecin patient dont l'état de santé le rend inapte à exercer la médecine. Une telle déclaration peut être nécessaire lorsque le médecin patient refuse de suivre le traitement raisonnable qui lui est recommandé, par exemple la prise de médicaments, l'adoption de mesures de sécurité ou la prise d'un congé. Le médecin traitant peut alors se trouver devant un dilemme opposant son obligation de confidentialité et son devoir de protéger le public.

L'ensemble des provinces et territoires ont adopté des lois sur la santé publique qui obligent les médecins à signaler aux autorités de la santé publique les patients atteints de certaines maladies transmissibles, dont le sida et l'hépatite. Si un médecin est atteint d'une maladie à déclaration obligatoire, son médecin traitant est tenu de signaler son cas aux personnes ou organismes prévus par la loi. Les résidents qui sont traités pour de graves problèmes de santé doivent aussi se demander si les politiques de leur ordre professionnel les obligent à déclarer eux-mêmes leur état. Un certain nombre d'ordres professionnels incluent, dans leur demande de permis d'exercice ou formulaires de renouvellement du permis, des questions sur la dépendance à l'alcool ou aux drogues et sur tout problème de santé physique ou mentale qui pourrait nuire à l'aptitude d'exercer la médecine. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) peut offrir à ses membres plus d'information à ce sujet.

## Signaler un médecin qui n'est pas son patient

Les résidents peuvent aussi, dans certaines circonstances, avoir l'obligation éthique et juridique de signaler un collègue à leur ordre professionnel, par exemple lorsque le médecin a un problème de santé qui le rend inapte à exercer la médecine. Bien que les critères exigeant la déclaration en pareilles circonstances puissent varier considérablement d'une instance à une autre, la plupart des lois et des politiques stipulent que le médecin doit avoir des motifs raisonnables pour signaler un collègue. Les termes comme incompétence, incapacité ou inaptitude sont souvent utilisés dans ce contexte, mais sont rarement définis dans les lois ou documents de politique qui s'appliquent.

## Déclaration des préoccupations relatives à la conduite d'un médecin

Certaines provinces et certains territoires ont adopté des exigences de déclaration précises dans le cas de certains problèmes de conduite, notamment les cas présumés d'actes sexuels répréhensibles d'un médecin envers un patient. Pareille obligation survient le plus souvent lorsque le médecin a des motifs raisonnables de croire, d'après les renseignements recueillis durant sa pratique médicale, qu'un autre médecin (qu'il soit un patient ou un collègue) a agressé sexuellement un patient. Certains ordres professionnels ont aussi adopté des politiques de déclaration obligatoire en pareils cas. Les médecins doivent se familiariser avec les lois et les politiques des ordres professionnels de leur province ou territoire et, pour toute question à ce sujet, sont invités à communiquer avec l'ACPM.

Tous les médecins ont également l'obligation éthique de signaler les conduites non professionnelles d'autres médecins, y compris les comportements dits perturbateurs, à une autorité compétente de l'établissement qui, dans bien des cas, est le chef du service. Les médecins peuvent aussi être tenus de signaler la conduite non professionnelle d'un collègue à leur ordre professionnel. *Le Code de déontologie* de l'Association médicale canadienne stipule que les médecins sont moralement tenus de « signaler aux autorités compétentes toute conduite non professionnelle de collègues ».



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Décision de faire une déclaration

Dans la plupart des provinces et territoires, l'obligation de signaler les problèmes de santé ou les pratiques sexuelles répréhensibles s'applique même lorsque cette information a été obtenue dans le cadre d'une relation médecin-patient à laquelle s'appliquerait autrement une obligation de confidentialité.

Lorsque le résident décide de signaler un collègue, il devrait dans la plupart des cas informer au préalable le médecin de son obligation de faire une déclaration à l'ordre professionnel ou aux autorités de la santé publique. La déclaration devrait ensuite être faite dans les plus brefs délais. Les préoccupations au sujet de l'aptitude d'un collègue à exercer sa profession, de son incapacité ou de ses comportements perturbateurs peuvent être particulièrement stressantes pour les résidents. Au besoin, le résident peut conseiller le médecin sur les traitements disponibles. Il pourrait également conseiller au médecin qui fait l'objet de la déclaration de cesser de pratiquer provisoirement. En général, le fait d'éviter les surprises pour le médecin patient ou le collègue et de manifester au patient soutien ou empathie contribuera à apaiser les tensions.

Inquiétudes quant au risque d'encourir une poursuite en responsabilité ou de faire l'objet de plaintes auprès de l'ordre professionnel Le défaut de produire une déclaration lorsque les circonstances l'exigent pourrait donner lieu à des procédures disciplinaires contre l'un ou l'autre des médecins ou les deux. Cette inaction pourrait aussi mener à des actions en justice, en particulier si une personne a subi des préjudices imputables à l'incapacité, à l'état de santé ou au comportement du médecin.

Bien que la décision de faire une déclaration puisse susciter une vive angoisse chez le résident, il peut être rassurant de savoir que les lois et le droit commun protègent habituellement les médecins qui font la déclaration contre toute responsabilité en pareilles circonstances. Cette protection conférée par la loi interdit habituellement l'introduction d'une action contre le médecin qui fait la déclaration, si celle-ci est faite de bonne foi et sans malveillance.

## Documentation

Il est important de conserver des dossiers détaillés contenant les renseignements pertinents qui ont mené à la déclaration, y compris l'issue des discussions avec le médecin patient ou le collègue qui fait l'objet de la déclaration, ainsi qu'avec l'ordre professionnel et les autorités de la santé publique. Une déclaration contemporaine pourrait être utile s'il est allégué que la divulgation n'a pas été faite de bonne foi ou pour des motifs raisonnables. Le résident devrait conserver cette déclaration contemporaine séparément du dossier du patient ou du dossier du personnel hospitalier, de manière à protéger tout renseignement médical personnel inclus dans cette déclaration et tout autre renseignement personnel au sujet du médecin.

## Récapitulatif

Certaines provinces et certains territoires ont adopté des lois ou des politiques professionnelles qui prévoient une déclaration obligatoire lorsque la santé d'un médecin pourrait nuire à sa capacité d'exercer la médecine ou pourrait menacer la santé du public. De plus, l'ensemble des provinces et territoires ont établi des lois qui rendent obligatoire la déclaration de certaines maladies transmissibles. Enfin, tous les médecins ont l'obligation éthique de signaler les conduites non professionnelles de leurs collègues.

## Résolution du cas

La Loi médicale du Manitoba exige que le résident fasse une déclaration au Collège s'il a des motifs raisonnables de croire que le chirurgien, « soit est inapte à exercer sa profession, est incompétent ou a une conduite contraire à l'éthique, soit qu'il a une maladie ou un trouble physique ou mental pouvant amoindrir son aptitude à exercer sa profession mais continue à exercer même s'il lui a été déconseillé de le faire ».

Pour déterminer s'il doit y avoir divulgation, le résident doit évaluer si le chirurgien est en mesure de pratiquer des chirurgies adéquatement, même s'il ne boit pas et ne prend pas de médicaments avant une intervention. Si le risque de perte de connaissance, de tremblements ou de fautes persiste, le résident pourrait être tenu de signaler le médecin. Le cas échéant, le résident devrait informer le chirurgien de son obligation de faire rapport au Collège et devrait produire la déclaration dans les plus brefs délais. Le résident devrait conserver un dossier détaillé des motifs de la déclaration et de ses discussions avec le Collège et le chirurgien, y compris de la recommandation faite au médecin de cesser d'opérer.

Les résidents devraient se familiariser avec les différentes exigences et attentes en matière de déclaration que prévoient les lois et les normes professionnelles de leur province ou territoire d'exercice. Comme ces exigences diffèrent d'une instance à l'autre, il est important que les résidents consultent les dispositions précises des lois ou des documents de politique qui les concernent avant de faire une déclaration. En cas de doute, les membres de l'ACPM peuvent communiquer avec l'Association pour obtenir des précisions au sujet de leurs obligations.

La décision de signaler un médecin peut être difficile, en particulier pour les résidents, et le stress peut être encore plus grand si la déclaration concerne la conduite ou la santé d'un superviseur. Dans ces circonstances, le résident pourrait envisager de demander l'avis confidentiel d'un tiers de confiance, par exemple, le directeur de programme ou un représentant de l'association provinciale des résidents, la personne indiquée dans chaque cas variant selon le cas. Quoi qu'il en soit, les renseignements divulgués devraient généralement être anonymes et respecter le caractère confidentiel des renseignements sur le patient et la vie privée du médecin. Les résidents sont également invités à communiquer avec l'ACPM pour obtenir des conseils sur ces obligations professionnelles parfois difficiles.

## Principale référence

Association médicale canadienne. *Code de déontologie* [politique], Ottawa, 2004.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# F. Programmes et ressources sur la santé des médecins au Canada

W. Todd Watkins, MD BSc CCFP pour le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'AMC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- présentons une liste des ressources courantes sur la santé des médecins,
- décrivons l'importance pour les médecins d'avoir un médecin de famille,
- discutons des difficultés à demander de l'aide,
- discutons des risques de ne pas demander de l'aide.

### Cas

Un résident de première année se sent crouler sous le stress associé au déménagement dans une nouvelle ville, au début de sa résidence et au fait d'être un nouveau parent. Le résident reconnaît que sa situation actuelle est intenable et que l'épuisement professionnel le guette. Malgré ces problèmes, le résident se sent incapable de demander l'aide d'un médecin de famille dans cette ville. Le résident craint que le médecin de famille ne le considère comme une personne faible et que sa réputation en souffre. Le résident craint la stigmatisation associée au fait de demander de l'aide, mais craint encore plus d'être atteint d'une maladie mentale qui pourrait l'empêcher de terminer sa formation et de subvenir aux besoins de sa nouvelle famille. Le résident se sent pris au piège et ne sait pas vers qui se tourner en toute sécurité pour obtenir de l'aide.

## Introduction

Même si le lecteur pourrait n'avoir jamais à utiliser les ressources du réseau canadien de programmes et de professionnels sur la santé des médecins, il importe que chaque médecin du pays sache qu'il suffit d'un coup de fil pour obtenir l'aide de chefs de file mondialement réputés dans le soutien et l'assistance des médecins.

Le scénario que nous venons de décrire est répandu et les médecins qui s'y reconnaissent doivent savoir qu'ils ne sont pas les seuls dans cette situation. De fait, la plupart des médecins se sentent submergés à un moment ou l'autre de leur carrière. Il est très important que les médecins atteints de stress ou d'autres problèmes de santé soient au courant des ressources confidentielles qui sont mises à leur disposition et qu'ils les utilisent sans tarder.

## Les services de santé des médecins : un effort concerté

Depuis deux décennies, les pionniers de la santé des médecins au Canada militent en faveur de l'éducation des médecins sur les moyens de faire face aux défis uniques qui découlent de leur profession exigeante et des vulnérabilités personnelles qui leur permettent d'exceller dans leur art. Il n'y a pas si longtemps, les médecins se sentaient incapables d'aborder leurs propres problèmes de santé et refusaient d'accepter les réalités du stress et de l'anxiété associés à leur profession.

Auparavant, les médecins se sentaient généralement incapables de demander de l'aide lorsqu'ils en avaient besoin. Différents obstacles contribuaient à cette inaction, notamment la crainte de la stigmatisation et de sanctions réglementaires et les inquiétudes au sujet de la confidentialité. Certains médecins ont tenté de faire face eux-mêmes à leurs problèmes en trouvant refuge dans l'alcool ou les médicaments ou ont souffert de stress, de surmenage chronique, d'épuisement professionnel ou de maladies mentales plus graves. Il ne devrait plus en être ainsi de nos jours. Le Canada est devenu un chef de file mondial dans le domaine de la santé des médecins. Bien que la plupart, sinon la totalité, des programmes de soutien des médecins aient été créés au départ pour venir en aide aux médecins souffrant de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, le type de soutien et la gamme des services offerts par ces programmes sont aujourd'hui beaucoup plus vastes. Chaque programme offre un éventail légèrement différent de services, mais tous assurent l'accès aux conseils et à l'assistance dont les médecins peuvent avoir besoin. Le chapitre 11-B présente les coordonnées des programmes de santé des médecins offerts dans l'ensemble du pays.

Conscients de l'évolution des besoins des médecins, ces programmes se sont regroupés en 2001 pour former le Réseau canadien de santé des médecins (RCSM), une tribune qui réunit des membres du personnel des programmes, ainsi que des représentants de la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC), de l'Association canadienne des médecins résidents (ACMR), de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) et de l'Association médicale canadienne (AMC). Les discussions menées par ce réseau visent à évaluer les besoins des médecins, à améliorer les ressources et les services offerts et à appuyer les programmes dès les premières phases de leur développement.

En 2003, l'AMC a reconnu qu'il fallait en faire davantage pour promouvoir la santé des médecins et a créé le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins pour assurer une coordination nationale et mieux sensibiliser les médecins, leur famille et autres intervenants, y compris les professeurs de médecine, les gouvernements et les employeurs, à cette importante question. Il convient cependant de préciser que le Centre ne conseille pas les médecins personnellement. Durant ses premières années d'existence, le Centre a cherché à établir des partenariats, à accroître la sensibilisation et à définir les besoins et, grâce à ses travaux, la santé des médecins est devenue l'une des cinq priorités de l'AMC.

Les programmes de santé des médecins réussissent à promouvoir l'importance du mieux-être des médecins en faisant valoir le lien qui existe entre, d'une part, la santé des médecins et, d'autre part, la qualité des soins dispensés et la viabilité de notre système de santé. C'est cette notion qui contribue à la véritable unicité de la démarche canadienne. Nous savons que nous pouvons offrir de meilleurs soins à nos patients en étant nous-mêmes en bonne santé, et que la perte ne serait-ce que d'un seul médecin dans une communauté peut avoir un effet dévastateur sur l'accès aux soins pour les patients et sur le mieux-être des médecins qui doivent combler le vide.

Le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'AMC a récemment élaboré un nouveau plan stratégique axé sur le leadership, l'éducation et la recherche, et il continue de compléter le travail fait par les différents programmes de santé des médecins et le RCSM. Le



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Centre est très conscient que, pour les étudiants en médecine et les résidents, la santé et le mieux-être sont inextricablement liés au niveau d'endettement, au soutien obtenu dans la prise des décisions professionnelles, à un horaire de travail raisonnable ainsi qu'à l'instauration d'un milieu d'apprentissage et de pratique sécuritaire et habilitant. De concert avec les associations des étudiants en médecine et des résidents, le Centre continue de promouvoir des améliorations en ce sens.

Le Centre offre également une variété de ressources pédagogiques, incluant des balados, des cours individuels, des conférences nationales et internationales et l'accès à un programme en ligne sur la santé des médecins lancé par l'Université d'Ottawa (e-santedesmedecins.com).

Nous invitons les lecteurs à faire du site www.amc.ca/santedesmedecins leur portail personnel pour obtenir des ressources pédagogiques et des renseignements sur les nouvelles recherches et les ouvrages dans ce domaine, ainsi que sur les nouvelles stratégies et politiques. De plus, ce portail permet d'avoir facilement accès aux coordonnées de tous les programmes de santé des médecins offerts au pays, ainsi qu'à d'autres renseignements connexes.

La participation de la FEMC et de l'ACMR a joué un rôle déterminant dans le succès des efforts collectifs du Centre à ce jour. Ces deux organismes ont dès le départ joué un rôle de chef de file, à la fois à l'échelle nationale et auprès de leurs homologues provinciaux, afin d'élaborer des politiques axées sur la protection de la santé et du mieux-être des étudiants et des résidents en médecine. L'exposé de position sur le mieux-être des résidents, rédigé en 1998 par l'ACMR, sert toujours de cadre pour l'amélioration du milieu de la formation médicale. Les deux organismes ont également préconisé une amélioration sensible des programmes d'assurance-invalidité offerts et ont créé des journées « bien-être » dans le cadre des programmes de formation prédoctorale et postdoctorale. Certaines associations provinciales des résidents offrent aussi des services téléphoniques sans frais pour aider les stagiaires. Il est important que les résidents soient informés des services offerts par leurs associations provinciales et sachent que ces associations ont désigné des agents du mieux-être pour collaborer avec le milieu de la santé des médecins à l'échelle nationale.

## Récapitulatif

Malgré les progrès énormes accomplis au cours des dernières années dans l'ensemble du pays sur la sensibilisation à la santé des médecins, il reste encore beaucoup à faire. Le résident dans le cas présent a su reconnaître qu'il n'allait pas bien, et cette étape a été déterminante. Cependant, il connaît mal les ressources qui existent et qui assurent un service confidentiel sans jugement. Les médecins, en tant que membres d'une profession, doivent continuer de soutenir leurs collègues, de mieux faire connaître les questions liées à la santé des médecins et de promouvoir des changements systémiques afin de favoriser des carrières plus longues et en meilleure santé et de s'assurer que le domaine de la santé des médecins progresse dans la bonne direction.

## Résolution du cas

Le résident se souvient d'une série d'exposés présentés durant sa dernière année d'études en médecine, durant lesquels il avait été question d'un réseau de ressources personnelles pour les médecins. Le résident fait une recherche sur Internet et trouve le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'AMC (www.amc.ca/santedesmedecins). En consultant ce site, le résident constate avec soulagement que ce qu'il vit n'a rien d'inhabituel et qu'il existe de nombreuses ressources d'aide.

Le résident communique avec le programme de santé des médecins de sa province et discute avec le personnel d'accueil de ses inquiétudes au sujet de la confidentialité et de la protection de ses renseignements personnels. Le résident est très rassuré par les explications qui lui sont données au sujet des politiques dans ce domaine. Le résident est ensuite dirigé vers un fournisseur de soins approprié dans sa région.

Après une brève série de traitements, le résident apprend rapidement à comprendre ses propres comportements et acquiert de nouvelles habiletés d'adaptation. Le résident n'abandonne pas son programme et entrevoit désormais sa carrière dans une perspective nouvelle. Le résident établit une solide relation patient-médecin avec un médecin de famille de la région et a confiance en l'aide qu'il reçoit.

## Principales références

Association canadienne des médecins résidents. Accès : www.cfas.ca (10 août 2009).

Association médicale canadienne. *Centre pour la santé et le mieux-être des médecins*. Accès : www.amc.ca/physicianhealth (6 août 2009)

Peterkin AD. 1998. *Staying Human During Residency Training.* 2nd Edition. Toronto: U of Toronot Press.

Puddester D. 2004. Canada responds: An explosion in doctors' health awareness, promotion and intervention. *The Medical Journal of Australia.* 181(7): 386–7.

Puddester D. 2001. The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being. *Western Journal of Medicine.* January: 174(1): 5–7.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# G. Stress et adaptation

Jean E. Wallace, PhD et Jane Lemaire, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les principales conclusions d'une étude canadienne sur le stress et le bien-être des médecins spécialistes,
- examinons la façon dont ces conclusions peuvent s'appliquer au champ d'études et de pratique du lecteur.

## Cas

Depuis trois ans, un médecin comptant cinq années de formation en gastro-entérologie exerce comme médecin-conseil universitaire. Durant sa résidence, le médecin avait beaucoup aimé le volet de sa formation axé sur les soins des patients, malgré le stress considérable associé aux longues heures de travail et à l'impossibilité de contrôler son horaire de travail. Le médecin adore son travail actuel, qui comporte des facteurs de stress à la fois familiers et nouveaux.

## Introduction

L'exercice de la médecine, comme de toute autre profession, comporte des hauts et des bas. Afin d'aider les jeunes médecins à examiner ce qui les attend durant leur carrière, nous résumons ci-après les principaux thèmes qui ressortent d'entrevues que nous avons menées avec 42 médecins exerçant différentes spécialités de la médecine dans une grande région sanitaire (Wallace et Lemaire, 2008). Leurs commentaires témoignent de différentes étapes de leur vie personnelle et professionnelle. Nous examinons ensuite les aspects de l'exercice de la médecine que les médecins considèrent les plus gratifiants et ceux qu'ils jugent les plus stressants.

## Les hauts

Nous avons demandé aux médecins d'indiquer les aspects de leur travail qu'ils aimaient ou appréciaient le plus ou qui leur procuraient la plus grande satisfaction. Voici les cinq thèmes qui ressortent de leurs commentaires :

1. aider les patients, améliorer l'état du patient ou changer la vie du patient;
2. interagir avec les patients (et leur famille) et apprendre à les connaître;
3. travailler avec les autres médecins, le personnel médical ou au sein d'une équipe;
4. exécuter les tâches reliées au travail et résoudre des problèmes;
5. s'attaquer à des cas, des diagnostics et des traitements difficiles et complexes.

Deux participants à notre étude ont donné les réponses suivantes :

« J'aime examiner les patients; parler avec les patients et leur famille et régler les problèmes des autres de façon quotidienne […] Donc je suppose […] que l'aspect de mon travail qui me satisfait le plus est de pouvoir venir en aide aux autres dans l'espoir que leur vie en sera d'une certaine manière améliorée. »

« Il arrive que l'on pose un diagnostic initial de cancer; on cherche alors à aller au fond des choses pour établir les faits, puis on communique la mauvaise nouvelle au patient, mais au moins on donne à son patient l'information dont il a besoin et on tente de trouver une solution; alors je dirais que l'aspect le plus important pour moi est la résolution des problèmes. »

Les participants ont aussi été invités à indiquer quels aspects de leur travail ils refuseraient de changer ou de sacrifier, même si cela pouvait rendre leur travail plus facile. Les médecins ont répondu qu'ils aimaient la complexité et l'acuité des cas, la variété que leur procurent les différents volets de leur travail, ainsi que le temps supplémentaire consacré aux soins des patients ou à la formation des résidents. Ils ne voudraient pas sacrifier ces aspects de leur travail, même pour le rendre plus facile.

## Les bas

De nombreux médecins ont indiqué que le stress relié à leur travail variait souvent considérablement et pouvait fluctuer d'une journée à l'autre en fonction d'un événement ou d'un incident déclencheur particulier ou selon les particularités de leur travail. Trois thèmes principaux sont ressortis :

1. **Charge de travail (volume/rythme de travail).** Nombre de patients, exigences des patients et multitude de responsabilités liées aux soins directs des patients et aux volets qui débordent du cadre clinique.
2. **Problèmes liés à l'accès au système.** Problèmes liés au débit de patients, longues listes d'attente et difficulté d'assurer aux patients un accès aux services en temps opportun.
3. **Problèmes liés aux patients.** Interactions difficiles avec les patients, incertitudes ou difficultés liées à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement des patients et événements imprévus.

**Aperçu des commentaires formulés :**

« Je déteste faire attendre les gens. Je déteste voir une salle d'attente bondée de patients. Je sais que, lorsque viendra le temps de les examiner, ces patients seront furieux car ils ont eu à attendre […] Mais il m'est impossible de faire autrement, car ma feuille de rendez-vous est trop remplie; c'est si difficile dans ces conditions. »

« Les listes d'attente, les temps d'attente, les personnes qui – je ne peux pas les blâmer – ne cessent de revenir car ils doivent attendre six mois avant de voir quelqu'un d'autre. Quel gaspillage de temps et d'énergie pour tout le monde. »

« […] il est difficile de traiter des gens qui ont eu de mauvaises expériences avec le système de santé – que ce soit pour eux ou des membres de leur famille – qui sont très sceptiques envers la profession médicale et qui pensent qu'en réalité nous ne faisons pas grand chose pour les aider. »



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Récapitulatif

Il est important que les médecins prennent conscience des aspects de leur travail qu'ils apprécient et de ceux qui leur causent du stress. Cette prise de conscience peut les aider à insister sur les « hauts » de leur profession et – il faut l'espérer – à mieux en comprendre les bas, même s'il est impossible de les maîtriser totalement. Le traitement des patients demeure la principale gratification pour la plupart des médecins et il a été démontré que le soutien des collègues est un moyen efficace d'atténuer certaines expériences négatives liées au travail.

## Principales références

Linzer M, Gerrity M, Douglas JA, McMurray JE, Williams ES, Konrad TR. 2002. Physician stress: results from the Physician Worklife Study. *Stress and Health*. 18: 37–42.

Wallace JE and JB Lemaire. 2008. *Determinants of Physician Well Being: Stage One Report*. Prepared for the Alberta Heritage Foundation for Medical Research and the Calgary Health Region. June 2008.

Wallace JE and J Lemaire. 2007. *On physician well-being—You'll get by with a little help from your friends*. Elsevier Social Science & Medicine. 64: 2565–77.

## Résolution du cas

Le médecin prend le temps d'apprécier les nombreuses rencontres enrichissantes qu'il a quotidiennement avec ses patients et il commence à comprendre quels types de rencontres lui causent du stress et pourquoi. Le médecin discute des cas difficiles et des problèmes liés à l'accès au système avec ses collègues, car il reconnaît la valeur d'échanger des expériences, des conseils et de l'information. Le médecin s'engage à rencontrer un mentor deux fois par année pour examiner avec lui sa charge de travail et ses engagements professionnels liés aux soins des patients et aux autres aspects de son travail. De plus, le médecin s'inscrit au moins une fois par année à une conférence de formation médicale continue pour maintenir et mettre à jour ses compétences cliniques.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# H. Médecins atteints d'une maladie ou d'une incapacité

Ashok Muzumdar, MB BS FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons certains problèmes uniques auxquels font face les médecins malades ou handicapés,
- discutons de l'importance de la promotion de la santé et de la prévention des maladies auprès des médecins,
- indiquons des ressources auxquelles les médecins malades ou handicapés peuvent avoir recours durant leur rétablissement ou au moment de reprendre leur formation ou leur pratique.

### Cas

Un résident en chirurgie en troisième année, compétent et dynamique, devient paraplégique à la suite d'un accident de la route. Après des soins actifs et une période de réadaptation, le résident recouvre sa mobilité grâce à l'utilisation d'un fauteuil roulant. Après une absence de huit mois, le résident désire reprendre sa formation et terminer sa résidence. Son cas est soumis au service de chirurgie. Malgré le soutien dont bénéficie le résident fortement apprécié pour son rendement antérieur, certaines réserves sont exprimées. Un chirurgien principal doute notamment de la capacité du chirurgien de se rendre à la table d'opération sans risquer de provoquer une contamination qui mettrait en péril la sécurité des patients.

## Introduction

Comme les médecins font partie de la société, on peut s'attendre à ce que les maladies et les incapacités qui touchent la population en général se manifestent également chez les médecins. Ce chapitre traite de l'incidence de l'incapacité physique sur la vie professionnelle du médecin.

## Le médecin malade

Le médecin a souvent l'impression qu'il doit projeter, face à ses patients et ses collègues, l'image d'une personne en bonne santé. Cette attitude peut nuire à sa capacité de reconnaître ses propres maladies et le rendre moins susceptible de demander une aide médicale indépendante lorsqu'il en a besoin.

Les médecins qui se rendent au travail lorsqu'ils ne se sentent pas bien sont susceptibles de compromettre leur capacité de prendre soin adéquatement de leurs patients. Cependant, en raison de leur culture professionnelle, les médecins peuvent se sentir coupables d'être malades et être réticents à prendre congé et à devoir ainsi imposer à leurs collègues leur charge de travail, y compris leurs horaires de garde. Le médecin peut également attendre le même stoïcisme de ses collègues, lorsqu'eux-mêmes sont malades. Cependant, les médecins qui travaillent lorsqu'ils sont malades peuvent, par inadvertance, exposer leurs patients à des risques et s'exposer à des poursuites médicales.

Des recherches menées en Irlande révèlent que 30 % des stagiaires n'avaient pas consulté d'omnipraticien au cours des cinq années précédentes, que 65 % estimaient être incapables de prendre congé lorsqu'ils sont malades et que 92 % s'étaient prescrits des médicaments à au moins une occasion. De plus, près de la moitié des participants (49 %) estimaient négliger leur propre santé (Uallachain, 2007). Ces conclusions font ressortir la nécessité d'insister davantage auprès des médecins sur l'importance de leurs propres besoins en matière de santé, tôt durant leur carrière. La négligence de la santé et du mieux-être du médecin peut avoir de graves conséquences, à la fois pour le médecin et les patients.

Il arrive souvent que les résidents et les médecins praticiens n'aient pas de médecin de premier recours. En raison de leurs connaissances en médecine et par souci de commodité étant donné leurs longues heures de travail, certains médecins sont enclins à l'autodiagnostic et à l'autoprescription, même si la maladie dont ils sont atteints ne relève pas de leur champ de compétences médicales. L'autodiagnostic et l'autotraitement privent le médecin des avantages d'une évaluation et de soins indépendants et impartiaux. Diverses études internationales révèlent qu'un fort pourcentage (près de 90 % dans la plupart des études) de stagiaires et de médecins praticiens pratiquent à l'occasion l'autodiagnostic et l'automédication.

Les analgésiques, les antibiotiques, les tranquillisants et les hypnotiques sont les médicaments que les médecins se prescrivent le plus souvent. Cette pratique devient même une habitude chez certains et elle est souvent acquise tôt durant la formation et la vie professionnelle. Les directeurs de programme doivent être conscients de l'existence possible de ces comportements à risque, lesquels peuvent dans certains cas mener à une pharmacodépendance et à la toxicomanie.

Dans son article publié en 2008 dans Medical Teacher, Lisa Graves déclare : « Le guérisseur blessé peut facilement se dissimuler dans une profession qui encourage, implicitement et parfois même activement, le déni de la maladie. Durant la formation, toutefois, le guérisseur blessé peut être reconnu et traité avant de commencer la pratique clinique. Il semble donc que les études en médecine et la résidence soient des périodes optimales pour dépister et traiter les guérisseurs blessés » (traduction). Les médecins ont un grand sens de la responsabilité et de l'engagement envers leurs patients, leurs collègues et leur communauté. Mais pour que le médecin puisse remplir son rôle dans la société, il est tout aussi important qu'il adopte un mode de vie sain et qu'il consulte rapidement un médecin s'il est malade.

## Le médecin handicapé

Bien que certains étudiants handicapés soient admis en médecine, l'incapacité physique ou mentale survient le plus souvent durant les années de formation ou d'exercice de la profession. L'incidence de l'incapacité variera selon le type et la gravité de l'état et ses effets sur le milieu dans lequel le médecin doit exercer.

Les médecins en début de formation doivent prendre conscience qu'à un moment ou l'autre de leur vie, ils auront à faire face à des maladies, des blessures ou des invalidités imprévues. Il est donc essentiel que les résidents et les praticiens obtiennent les conseils éclairés d'un professionnel des assurances, pour bénéficier d'une protection financière adéquate pour eux et leur famille. De l'avis des médecins, il est parfois impossible d'obtenir une nouvelle couverture d'assurance une fois atteint d'une incapacité, et les primes peuvent devenir exorbitantes.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

Les associations médicales provinciales et territoriales offrent à leurs membres des programmes sur la santé des médecins. Le Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'Association médicale canadienne est une autre excellente ressource pour tous les médecins.

Les incapacités influencent à différents degrés la capacité du résident ou du médecin praticien de poursuivre dans son domaine. Ainsi, une incapacité légère peut n'avoir qu'un effet défavorable minime, voire nul, sur les fonctions du médecin. En revanche, une incapacité grave, comme une chirurgie majeure du cerveau, peut faire en sorte qu'il soit impossible pour ce résident ou ce médecin de reprendre sa formation ou sa pratique. À part ces exceptions, la plupart des médecins atteints d'une incapacité devraient être en mesure de reprendre leur formation ou leur pratique, que ce soit dans les mêmes conditions ou dans un cadre modifié. Le résident ou le médecin handicapé constatera peut-être que son directeur de programme et ses collègues sont prêts à lui apporter une aide au besoin et qu'ils semblent comprendre les difficultés associées à l'incapacité. Cependant, le stagiaire ou le médecin pourrait aussi se retrouver avec des collègues moins sensibles à ses besoins particuliers.

La Loi canadienne sur les droits de la personne stipule que l'employeur doit offrir des aménagements adéquats pour tout employé ayant une incapacité. En vertu de la loi, les employeurs doivent épuiser toutes les formes raisonnables d'accommodement, incluant la modification du lieu de travail, pour un employé ayant une incapacité, tout en tenant compte des questions liées à la santé et à la sécurité au travail. En contrepartie des obligations du directeur de programme ou de l'administrateur, il importe que le résident ou le médecin handicapé fasse la preuve qu'il est en mesure de fonctionner en toute sécurité et d'exercer sa profession avec compétence.

Les médecins qui, après une incapacité, souhaitent reprendre leur formation ou leur pratique et peuvent le faire d'une manière compétente et sécuritaire, avec ou sans aides fonctionnelles et d'une manière essentiellement équivalente à leurs collègues médecins, devraient être en mesure de le faire. Ils devraient obtenir toute l'assistance possible des directeurs de programme, de leurs collègues et des administrateurs, pour faciliter leur retour aux études ou à la pratique. Les médecins handicapés qui ont des questions ou des préoccupations sont invités à communiquer avec l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) et leur organisme de délivrance de permis.

L'Association canadienne des médecins handicapés est le premier organisme au monde dont le mandat est de réunir des étudiants en médecine, des résidents et des médecins praticiens atteints d'une forme quelconque d'incapacité physique ou mentale, dans le but de créer une tribune commune qui permette à ces personnes de s'entraider, d'échanger de l'information ainsi que de défendre et de promouvoir les intérêts de toutes les personnes handicapées.

## Résolution du cas

Le directeur de programme demande au résident de le rencontrer pour discuter de ses besoins, au cas où ce dernier serait autorisé à reprendre sa formation. Le résident a déjà fait des recherches sur la modification des lieux de travail. Durant la rencontre, le résident demande l'autorisation d'utiliser un fauteuil roulant distinct « stérile », dont l'usage serait réservé à la salle d'opération et qui serait soumis à un protocole comparable à celui qui s'applique aux chariots de salle d'opération servant au transport des patients. Pour éviter toute contamination des mains gantées et de la blouse de chirurgien du résident, le fauteuil roulant recouvert de champs stériles serait poussé de la salle de lavage des mains à la table d'opération par un assistant de salle d'opération. Le résident montre qu'il est capable de se tenir debout et de rester assez bien en équilibre avec l'aide de longues attelles jambières bilatérales qui lui ont été prescrites durant sa réadaptation. Ces modifications sont jugées acceptables et le résident est autorisé à reprendre sa formation à l'essai, sous surveillance.

## Principales références

Graves L. 2008. Teaching the wounded healer. *Medical Teacher.* 30 (2): 217–9.

Uallachain GN. 2007. Attitudes towards self-health care: A survey of GP trainees. *Irish Medical Journal.* 100 (6): 489–91.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# Introduction : Santé financière

Jordan Cohen, MD FRCPC

Les soucis financiers sont l'une des principales sources de stress des médecins résidents. Ces soucis peuvent être reliés à la dette accumulée durant les études, au salaire limité durant la résidence ou aux effets de mauvaises habitudes de dépenses. Étant donné l'horaire déjà surchargé du résident qui se concentre sur le développement de ses compétences cliniques tout en jonglant avec de nombreuses autres activités professionnelles et personnelles, il est probable que le résident ait peu de temps pour s'occuper de questions financières. Un grand nombre de résidents soit sont trop épuisés pour penser à la gestion de leurs finances, soit préfèrent en reporter l'examen à la fin de leur formation en espérant que les choses s'arrangeront d'elles-mêmes. Peut-être cette attitude est-elle un moyen d'éviter le stress d'avoir à gérer des problèmes financiers; cependant, il serait également justifié de dire qu'un grand nombre de programmes et d'écoles de médecine contribuent à alimenter ce stress, en omettant d'offrir des séminaires sur la gestion financière, en ne faisant pas suffisamment connaître les ressources disponibles en planification financière ou en ne les rendant pas plus accessibles, et en n'insistant pas sur l'importance d'établir un plan financier adéquat durant les années de formation.

## Les mythes au sujet des finances

En examinant – ou en omettant d'examiner – leur bien-être financier, les résidents formulent souvent les hypothèses suivantes :

- Ma situation financière sera assurée lorsque je terminerai ma formation; je n'ai donc pas à me préoccuper de mes finances maintenant.
- Je n'ai pas assez d'argent pour rembourser mes dettes ou pour faire des placements durant ma résidence.
- Je n'ai pas le temps de m'occuper de questions financières durant ma formation.
- Je n'ai pas les moyens d'aller au restaurant, de faire réparer ma voiture ou d'aller en vacances à cause de ma dette. Je profiterai de tous ces luxes lorsque j'aurai terminé ma résidence.

Le fardeau financier des résidents est généralement très lourd lorsqu'on le compare à celui des personnes du même âge qui ne sont pas médecins. De fait, des données montrent que le niveau d'endettement moyen des résidents est quatre fois plus élevé que celui de sujets du même âge dans la population en général, alors que leurs économies sont nettement moindres (Teichman et al., 2005). Dans une certaine mesure, le niveau d'endettement des médecins résidents peut refléter leur manque de connaissances fondamentales sur la gestion financière. Cependant, il semble également que les résidents sont peu efficaces dans l'établissement d'un budget ou le remboursement de « mauvaises » dettes comme les dépenses portées sur une carte de crédit. Une bonne planification financière devrait être perçue comme une médecine préventive – comme un moyen de réduire la morbidité associée à la dette personnelle.

Il a aussi été démontré que la situation financière du résident influence ses habitudes de travail et la spécialité qu'il choisira. Les personnes lourdement endettées cumulent souvent des emplois pour augmenter leur revenu, mais cette charge de travail supplémentaire peut exacerber le stress physique et mental. Ironiquement, malgré leur niveau d'endettement plus élevé et leurs économies plus faibles, de nombreux résidents ne profitent pas des avantages qu'il y a à investir en franchise d'impôt dans leur avenir, en cotisant par exemple à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER). Le haut niveau d'endettement des résidents pourrait aussi être lié au fait qu'ils ne font pas de budget. Des études concluent que les résidents auraient besoin d'une meilleure formation sur la planification financière.

Dans cette section, nous démontrons, à l'aide d'exemples détaillés, comment une bonne planification financière peut aider à apaiser certains soucis financiers et à assurer un meilleur avenir après la résidence. Nous y examinons également la pertinence de la santé financière pour la santé physique et le mieux-être du médecin, décrivons les termes et concepts fondamentaux de la gestion financière et prêtons une attention particulière à l'établissement d'un budget et à la gestion de la dette. En portant une attention suffisante à la gestion de leurs finances personnelles, les résidents peuvent jeter les bases d'un avenir solide.

### Liste de contrôle pour une bonne planification financière

- Assister à un atelier ou à un séminaire sur la planification financière.
- Lire un guide exposant les rudiments des finances personnelles et de la planification financière.
- Consulter un planificateur financier.
- Avant de terminer votre formation, retenir les services :
  (1) d'un comptable,
  (2) d'un commis à la facturation,
  (3) d'un planificateur financier,
  (4) peut-être aussi d'un avocat (pour la négociation des contrats, si cela s'applique dans votre région sanitaire).
- Interroger des mentors sur les stratégies qu'ils ont utilisées pour assurer leur propre santé financière.
- Établir un budget sans limiter les biens de première nécessité (p. ex., une bonne alimentation) et en pré voyant quelques extras (p. ex., vacances, loisirs).

## Principales références

Greene AK and M Puder. 2002. A resident's guide to personal finance. *Current Surgery*. 59 (4): 423–5.

Teichman JMH, Cecconi PP, Bernheim BD, Novarro NK, Monga M, DaRosa D, Resnick M and Study Group. 2005. How do residents manage personal finances? *American Journal of Surgery*. 189 (2): 134–9.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Planification financière

Magalie Dubé, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- décrivons les principales composantes et les principaux avantages d'une planification financière globale,
- décrivons les principales composantes de la gestion de la dette,
- examinons le lien entre la santé financière et la santé personnelle.

### Cas

Un résident de quatrième année aimerait louer une nouvelle voiture, mais il ne sait pas s'il en a les moyens. Le résident a établi un budget, mais il a de la difficulté à le respecter. Le résident a l'impression qu'il ne sait pas vraiment où va son argent. Le résident aimerait comprendre davantage les rudiments de la planification financière afin de pouvoir mieux contrôler sa situation.

## Planification financière globale

Une évaluation de ses ressources financières actuelles et potentielles peut être utile pour élaborer un plan qui aidera la personne à atteindre ses buts et ses objectifs personnels et professionnels. Un planificateur financier agréé (CFP) est un professionnel qualifié, qui a les compétences nécessaires pour évaluer la situation financière de son client, examiner ses buts et objectifs et recommander un plan d'action pour l'aider à atteindre ses buts à court et moyen termes et ses aspirations à long terme. Idéalement, le planificateur financier agréé saura également déterminer dans quelles circonstances les conseils et l'assistance d'autres experts – tels des comptables, des avocats ou des courtiers d'assurance – seraient nécessaires, et il aidera à coordonner les consultations avec ces conseillers.

La planification financière globale peut être répartie entre les six étapes fondamentales suivantes :

1. Collecte d'information sur la situation financière actuelle.
2. Détermination des buts et objectifs.
3. Analyse de la situation financière actuelle.
4. Formulation de recommandations.
5. Mise en place d'un plan financier.
6. Revue périodique et évaluation des progrès accomplis.

## Situation actuelle

Vous devrez fournir à votre conseiller financier certains renseignements personnels (p. ex., nom, adresse, date de naissance, état matrimonial, nombre de personnes à charge). Vous aurez également à lui communiquer d'autres renseignements pertinents, notamment le nom de votre établissement bancaire et les coordonnées de votre comptable et de votre avocat. Ce conseiller financier fera un examen détaillé de votre situation financière actuelle et future afin de préparer les documents et états financiers nécessaires à l'établissement de votre plan financier.

- **Données financières personnelles.** Incluant votre salaire, toutes vos sources de revenu, votre loyer, votre hypothèque, vos frais de scolarité, les coûts associés à votre voiture et tous les autres frais de subsistance pour vous et les personnes à votre charge.
- **État des capitaux propres.** Compilation de votre actif et de votre passif à court terme; l'écart entre les deux représente vos capitaux propres ou votre valeur nette.
- **État des flux de trésorerie.** Cet état indique vos rentrées (sources de revenu) et sorties (dépenses) de fonds. Cette analyse de vos ressources et de vos dépenses discrétionnaires peut vous aider à trouver des moyens d'améliorer votre situation financière.
- **Énoncé des besoins en matière d'assurances.** Cette analyse vous permet de déterminer si votre couverture d'assurance vie et d'assurance-invalidité répond à vos objectifs, c'est-à-dire si elle prévoit une source de remplacement de revenu suffisante pour vos proches si vous deviez mourir, ou pour vous et les personnes à votre charge si vous deviez être victime d'un accident ou d'une maladie qui vous rende incapable de gagner un revenu.

## Buts et objectifs

Avec l'aide de votre planificateur financier, vous définirez des buts et des objectifs financiers assortis de délais mesurables.

## Analyse

L'objectif est de parvenir à un équilibre entre votre situation financière actuelle et vos objectifs futurs. Pour ce faire, vous devez analyser les facteurs qui limitent actuellement vos liquidités et votre situation financière. Avec l'aide d'un conseiller financier, vous découvrirez peut-être que vos habitudes de dépenses actuelles vont à l'encontre de vos objectifs à long terme. Le but ultime est de trouver des moyens d'accroître vos rentrées de fonds et de prendre les bonnes décisions au sujet de ce qui est important pour vous.

## Recommandations

Après ce processus d'analyse financière, vous et votre conseiller financier conviendrez d'objectifs à court et long termes. Puis, des recommandations et des mesures concrètes vous seront proposées et vous pourrez en faire le suivi et l'application avec le soutien de votre conseiller financier.

## Mise en œuvre et suivi

Votre plan financier devrait décrire les différentes étapes et mesures à suivre et en préciser l'ordre de priorité, afin que vous puissiez facilement les comprendre et les suivre. La planification financière est un processus dynamique qui est influencé par les événements personnels et professionnels qui surviennent durant la vie. Afin d'atteindre vos objectifs à long terme et d'assurer votre avenir financier, consultez votre planificateur financier au moins une fois par année.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

## Résolution du cas

Le résident consulte un planificateur financier agréé qu'un collègue lui a recommandé. Avant leur première rencontre, le planificateur financier agréé remet au résident des modèles de feuilles de calcul pour y consigner l'information nécessaire. Ensemble, ils établissent l'état des capitaux propres du résident en date du 31 décembre.

| *Actif ($)* | |
|---|---|
| Argent comptant | 0 |
| Bibliothèque médicale | 1 500 |
| Ordinateur | 2 500 |
| Voiture d'occasion | 5 000 |
| **Total** | **9 000** |

| *Passif ($)* | |
|---|---|
| Dette sur la carte de crédit | 500 |
| Marge de crédit | 50 500 |
| **Total** | **51 000** |

| | |
|---|---|
| **Valeur nette** | **(-42 000) $** |

En raison de la lourde dette que les étudiants en médecine accumulent durant leur formation, il n'est pas rare que leur valeur nette soit négative. L'état des capitaux propres vise à brosser un portrait de la situation financière actuelle du résident et à servir de point de départ de la planification future.

Le conseiller financier aide ensuite le résident à établir un état des flux de trésorerie précis du mois précédent.

| *Rentrée de fonds ($)* | |
|---|---|
| **Salaire net (après retenues)** | **3 150** |

| *Sortie de fonds ($)* | |
|---|---|
| Loyer et services publics | 850 |
| Remboursement de prêt | 500 |
| Nourriture et divertissements (restaurants) | 500 |
| Voiture, stationnement | 300 |
| Frais de scolarité, livres de médecine | 100 |
| Vêtements | 200 |
| Divers | 300 |
| **Dépenses totales** | **(-2 750)** |

| | |
|---|---|
| **Rentrée (sortie) nette de fonds** | **400 $** |

Le conseiller financier examine la couverture d'assurance vie et d'assurance-invalidité du résident et lui suggère de rencontrer un spécialiste en matière d'assurances pour s'assurer que sa couverture est adéquate.

Avec l'aide du planificateur financier agréé, le résident formule les trois buts et objectifs financiers suivants :

- Rembourser la totalité de la dette liée aux études dans les cinq années suivant la fin de la résidence.
- Faire l'achat d'une maison adéquate dans les cinq années suivant la fin de la résidence.
- Vendre la voiture d'occasion (qui fonctionne à peine) et utiliser cette somme pour réduire le paiement mensuel lié à la location d'une nouvelle voiture.

En examinant son état des flux de trésorerie, le résident constate que, s'il réduisait ses dépenses relatives aux vêtements et aux repas pris au restaurant, il pourrait atteindre ses objectifs plus tôt. Le résident obtient un énoncé écrit des recommandations financières et il prévoit commencer à les mettre en œuvre dans un avenir rapproché. Le conseiller financier et le résident conviennent de se revoir dans trois mois pour évaluer les progrès réalisés et examiner les problèmes qui ont pu surgir.

## Récapitulatif

Comme les médecins doivent simultanément gérer leur dette, créer des liquidités et se préparer pour l'avenir, il est crucial qu'ils aient recours à une planification financière professionnelle, en particulier durant leurs premières années de pratique. La consultation d'un planificateur financier agréé avant la fin de votre résidence vous aidera à établir une base financière solide.

## Principales références

Association médicale canadienne. *Module de la formation en gestion médicale. Module 2 : Planification financière.* Accès : www.amc.ca/index.cfm/ci_id/39363/la_id/2.htm#module_2 (10 août 2009).

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# B. Gestion de la dette

Magalie Dubé, MD FRCPC

## Objectifs

Dans ce chapitre, nous

- discutons du fardeau habituel de la dette des résidents en médecine,
- décrivons des stratégies fondamentales de gestion de la dette.

### Cas

Un résident qui terminera sa formation dans six mois et sa conjointe, elle aussi en dernière année de résidence, n'ont pas d'enfants et vivent dans un condominium qui appartient aux beaux-parents du résident. Durant sa formation, le résident a accumulé une dette de 60 000 $ (marge de crédit personnelle) à laquelle s'ajoutent des prêts étudiants de 20 000 $. La dette de sa conjointe s'élève à 25 000 $ (prêts étudiants) et 40 000 $ (marge de crédit). Tous deux ont une bonne cote de solvabilité.

## Introduction

En 2007, la dette moyenne des médecins résidents canadiens à la fin de leur formation s'élevait à 158 728 $ (Kondro, 2007). De fait, en raison de la hausse des frais de scolarité, l'endettement durant la formation médicale est devenu un mal nécessaire pour la plupart des résidents. Cependant, les dettes ne s'équivalent pas toutes, et une bonne gestion de la dette peut abaisser le montant total des paiements d'intérêts et accélérer le remboursement.

Voici les types les plus fréquents de dettes contractées par les résidents en médecine :

- prêts étudiants consentis par le Canada et les provinces,
- passif non garanti, comme les marges de crédit et les prêts consentis par les banques et autres institutions financières,
- prêts-auto,
- dette à la consommation ou dette sur carte de crédit.

La plupart des résidents contractent un type quelconque de dette envers le gouvernement durant leurs études, par exemple les prêts négociés avec les services de prêts étudiants fédéraux ou provinciaux. Ce type de dette a tendance à offrir des conditions relativement favorables quant aux taux après impôt et aux modalités de remboursement. Il faut toutefois savoir que les intérêts sur les prêts d'études canadiens commencent à courir dès la fin des études en médecine, avant que le bénéficiaire ne commence à gagner un revenu substantiel. Plusieurs provinces canadiennes ont instauré des programmes qui prévoient le report des intérêts sur la portion provinciale des prêts pour les médecins résidents.

Les taux d'intérêt sur les prêts d'études fédéraux et provinciaux peuvent être de deux à trois points de pourcentage supérieurs au taux préférentiel. Depuis 1998, toutefois, l'intérêt payé sur ces prêts constitue une dépense admissible au crédit d'impôt fédéral et la plupart des provinces offrent des crédits d'impôt comparables. La consultation d'un planificateur financier agréé peut être très utile pour déterminer la valeur de ces crédits d'impôt par rapport aux avantages d'une consolidation de prêts.

Il est très facile pour les étudiants en médecine et les résidents d'obtenir une marge de crédit d'une banque ou autre institution financière. Même si la plupart des gens qui décident de faire carrière en médecine auront besoin d'une forme quelconque de crédit non garanti durant leur formation, ce type de crédit devrait faire l'objet d'un suivi attentif et s'inscrire dans une planification financière adéquate, à court et à long termes. Et, idéalement, il serait préférable de consulter un planificateur financier avant de faire une demande pour obtenir ou hausser une marge de crédit.

Les taux d'intérêt sur les prêts non garantis consentis aux étudiants en médecine et aux résidents peuvent être aussi bas que le taux préférentiel, si le demandeur a une bonne cote de solvabilité. Les taux d'intérêt sur les dettes garanties, comme les prêts-auto, sont habituellement plus élevés, dépassant le taux préférentiel de deux à trois points de pourcentage. La forme de crédit la plus coûteuse est la dette à la consommation contractée pour les achats par carte de crédit. Dans ce dernier cas, les taux d'intérêt peuvent varier de 16 à 24 % du solde, selon la cote de solvabilité du détenteur. Il est possible de réduire de 11 à 19 % les intérêts sur les achats faits au cours d'une année en remboursant le solde d'une carte de crédit au moyen d'une marge de crédit personnelle.

## Avantages et inconvénients de la consolidation des prêts d'études

Tous les médecins sont admissibles à un crédit d'impôt fédéral (15 % en 2008) au titre des intérêts courus sur le solde impayé des prêts en cours obtenus en vertu du Programme canadien de prêts aux étudiants, d'un programme de prêts provincial ou territorial, ou les deux. Les intérêts payés sur les autres dettes, comme les prêts bancaires et les marges de crédit, ne sont pas admissibles.

## Remboursement de la dette et cotisations à un REER

Les objectifs de retraite devraient faire partie de l'examen des objectifs à long terme avec un planificateur financier. Il y a de grands avantages à commencer tôt durant sa carrière à épargner en vue de la retraite, et la cotisation à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER) constitue un excellent point de départ. Cependant, les résidents qui sont lourdement endettés et qui disposent de peu de liquidités peuvent se demander s'il est préférable de rembourser leur dette ou de cotiser à un REER. Le planificateur financier agréé peut calculer les avantages financiers de chacune de ces deux options, mais la décision qui sera prise peut finalement dépendre des préférences et de la tolérance au risque de chacun. En déterminant les stratégies de gestion financière qui conviennent le mieux, selon le niveau de confort personnel et la situation financière actuelle du résident, il est possible de réduire sensiblement le stress et d'améliorer le mieux-être.

## Négociation avec les institutions financières

Les résidents peuvent gagner un temps précieux et éviter les frustrations inutiles en consultant un planificateur financier qui connaît bien les besoins et les soucis particuliers des médecins, qui comprend les grandes lignes de leur formation, qui connaît leur potentiel de revenu actuel et futur et qui est en mesure d'adapter les produits en fonction des besoins de chacun. En tant que groupe professionnel, les médecins bénéficient de conditions plus avantageuses que celles qui



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

sont habituellement consenties. Un conseiller financier peut donner à ses clients médecins des conseils utiles en prévision de leur rencontre avec un gestionnaire des comptes d'une institution financière.

## Cote de solvabilité

L'expression « cote de solvabilité » fait référence à l'évaluation de la capacité d'une personne de rembourser une dette en temps opportun. La cote de solvabilité est basée principalement sur les antécédents de la personne en ce qui a trait à l'acquittement de dettes, sur sa situation financière actuelle (actif et passif) et sur son revenu futur probable. Cependant, comme les banques accordent souvent plus d'importance à la cote de solvabilité actuelle qu'au potentiel futur de revenu, il est crucial de maintenir une excellente cote de solvabilité. Les agences d'évaluation du crédit comme Equifax (www.equifax.ca), TransUnion (www.transunion.ca) et Northern Credit Bureaus (www.creditbureau.ca) recueillent, conservent, analysent et vendent ce type de renseignements. Comme les cotes de solvabilité sont basées sur des cycles de sept ans, tout retard dans le paiement des intérêts ou tout défaut de payer une facture aura une incidence négative sur la cote de solvabilité d'une personne pendant un certain temps. Il est bon de vérifier sa cote de solvabilité au moins une fois par année, pour corriger toute erreur qui pourrait figurer dans son dossier. Un conseiller financier peut donner des conseils sur les moyens de maintenir une bonne cote de solvabilité.

## Résolution du cas

Le résident et sa conjointe consultent un conseiller financier qui les aidera à choisir une stratégie de gestion de la dette et à évaluer leurs options en ce qui a trait aux REER.

Une bonne gestion de la dette consiste à évaluer tous les éléments du passif, y compris le type de dette, le montant de la dette, les taux d'intérêt et les conditions de remboursement. Un grand nombre de jeunes médecins font un choix judicieux et consultent leur institution financière pour consolider leurs emprunts en une marge de crédit ou un prêt à terme. S'ils ont une bonne cote de solvabilité, ils peuvent négocier une marge de crédit à un taux d'intérêt aussi bas que le taux préférentiel. La consolidation de la dette permet non seulement d'épargner, mais peut aussi libérer des liquidités pour réduire l'endettement et accélérer le remboursement.

Il convient cependant d'examiner la situation avec soin avant de procéder à la consolidation des prêts étudiants fédéraux, provinciaux ou territoriaux, car l'intérêt payé sur cette dette est admissible à un crédit d'impôt fédéral et provincial. Avec l'aide d'un conseiller financier, le résident compare le coût après impôt de chaque scénario.

La banque offre au résident et à sa conjointe une marge de crédit au taux préférentiel de 4 % pour la consolidation de leur dette – y compris leurs prêts d'études sur lesquels ils paient le taux préférentiel majoré de 3 %. Bien que l'offre de la banque semble intéressante, un examen plus approfondi révèle que les économies réelles après impôt seraient d'environ 1,25 %. En effet, en consolidant toutes leurs dettes en une marge de crédit bancaire, les résidents renoncent aux crédits d'impôt fédéral et provincial. Cependant, s'ils excluent les prêts étudiants de leur consolidation de prêts, les résidents bénéficieront d'un taux d'intérêt après impôt d'environ 5,25 % par année (soit 7 % moins environ 25 % en crédits d'impôt combinés du fédéral et de la province pour les intérêts sur les prêts).

Le planificateur financier propose trois solutions aux résidents pour la gestion de leur dette.

Accent mis sur l'épargne : Si les deux cotisent 13 000 $ par année à un REER pendant cinq ans, ils pourraient accumuler 130 000 $ (plus intérêts) en REER à la fin de cette période, mais leur dette serait toujours de 145 000 $. Valeur nette de (15 000 $).

Accent mis sur la réduction de la dette : Après quatre années de pratique, leur dette de 145 000 $ serait remboursée, mais aucun montant en REER n'aurait été accumulé. Valeur nette de 0 $.

Stratégies combinées : En combinant ces deux stratégies, ils pourraient éliminer leur dette (145 000 $) après sept ans de pratique, tout en accumulant des REER d'une valeur de 55 000 $. Valeur nette de 55 000 $.

Un bon planificateur financier peut vous proposer différentes options et vous aider à décider d'un plan d'action qui respecte vos attitudes et vos préférences. Il est important que tous les résidents qui désirent planifier leur avenir financier comprennent bien les avantages et les inconvénients de la consolidation de prêts, du remboursement de la dette et de la cotisation à des régimes d'épargne-retraite. Les stagiaires devraient adopter une démarche proactive en ce qui a trait à leurs finances, en négociant avec les institutions financières et en améliorant leur cote de solvabilité. Une bonne planification financière peut assurer à tout résident une bonne santé financière.

## Principales références

Association médicale canadienne. *Conseil fiscaux à l'intention des étudiants en médecine, des médecins résidents et des boursiers,* Ottawa, 2008.

Kondro W. 2007. Debt woes [newsbrief]. *Canadian Medical Association Journal.* 176: 919.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Autres lectures et références

## 1-D. Santé des médecins : analyse de cas


Institut canadien d'information sur la santé. *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2007*. Accès : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/national_health_expenditure_trends_1975_2006_e.pdf (24 juin 2009).

Association médicale canadienne. *Facteurs de stress particuliers à la médecine,* 2003. Accès : www.amc.ca/index.cfm/ci_id/2419/la_id/1.htm juin 2009).

Cohen J. 2004. *"Happy Doc" Study Surveys Residents Nationwide. In Creating a Healthy Culture in Medicine: a Report From the 2004 International Conference on Physician Health.* Ottawa. CMA Centre for Physician Health and Well-Being.

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Document d'information sur les données des étudiants et des résidents en médecine du Sondage national des médecins 2007 (SNM)*, 2008. Accès : www.sondagenationaldesmedecins.ca/nps/news/PDF-f/SNM-%20Document%20d'information%20des%20%C3%A9tudiants%20et%20des%20r%C3%A9sidents.pdf (24 juin 2009)

Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Sondage national des médecins*, 2007.

Epstein RM. 2003. Virtual physicians, health systems, and the healing relationship. *Journal of General Internal Medicine.* 18 (5): 404–6.

Frank JR, Brien S, (Editors) on behalf of The Safety Competencies Steering Committee. 2008. *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions.* Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.

Gautam M and WT Watkins. 2008. *Physician Morale and Medical Workplace—A Canadian Perspective.* Canadian Medical Association paper for International Medical Workforce Collaborative Conference.

Jovic E, Lemaire J, Wallace JE. 2006. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. *BMC Health Services Research*. Last retrieved June 24, 2009: www.biomedcentral.com/1472-6963/6/55.

Klie S. 2008. Sick and tired in the workplace. *Canadian HR Reporter.* June 2.

Lemaire J and JE Wallace. 2008. *Physician wellness*. Parkhurst Exchange.

Lemaire J and JE Wallace. 2007. *On physician well-being—You'll get by with a little help from your friends.* Elsevier Social Science & Medicine. 64: 2565–77.

Logan C, Director Disability Services, Homewood Employee Health: personal conversation

Padmos A. *Message du directeur général : La sécurité des patients, 2008* Accès : collegeroyal.ca/about/CEO/Message_from_CEO_oct08_f.pdf (24 juin 2009).

Quality Worklife—Quality Healthcare Collaborative. 2007. *Within Our Grasp—A Healthy Workplace Action Strategy for Success and Sustainability in Canada's Healthcare System.* Ottawa: Canadian Council on Health Services Accreditation.

Rich P. 2008. Complex care for complex patients in a complex time. *MDPulse.*

Wilkerson B. 2008. *The Health of Physicians is Key to a Healthy Economy and a Healthy Nation* [presentation]. Global Business and Economic Roundtable for Mental health


## 1-E. Attentes sociétales


Brown JB, Sangster LM, Østbye T, Barnsley JM, Mathews M, Ogilvie G. 2002. Walk-in clinics: patient expectations and family physician availability. *Family Practice.* 19 (2): 202–6.

Wilkerson B. 2009. The health of physicians is key to a healthy economy and a healthy nation. *Global Business and Economic Roundtable on Addiction and Mental Health*. Last retrieved June 24, 2009: www.mentalhealthroundtable.ca


## 2-B. Pratique réfléchie


Mamede S and HG Schmidt. 2004. The structure of reflective practice in medicine. *Medical Education.* 38 (12): 1302–8.

Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. 1997. Calibrating the physician. Physician personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *Journal of the American Medical Association*. 278 (6): 502–9.


## 2-C. Intelligence émotionnelle


Gardner H. 2000. *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. New York: Basic Books.

Goleman D. 2000. *Working with Emotional Intelligence.* New York: Bantam Books.

Mayer JD, author, Brackett MA, Salovey P, eds. 2004. E*motional Intelligence: Key Readings on the Mayer and Salovey Model.* New York: Dude Publishing.


## 2-D. Leadership et habiletés en leadership


Roberts LW. 2009. Leadership in academic psychiatry: the vision, the "givens," and the nature of leaders. *Academic Psychiatry*. 33 (2): 85–8.

Waldhausen J. 2001. John H. Gibbon, Jr., lecture: Leadership in medicine. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 86 (3):15–9.




© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# A. Autres lectures et références


## 3-Introduction : Équilibre entre vie personnelle et professionnelle

Association médicale canadienne. *La santé et le mieux-être des médecins* [politique], Ottawa, 1998.

Frank E. 2004. Physician health and patient care. *Journal of the American Medical Association*. 291: 637.

Frank E, Breyan J, Elon L. 2000. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Archives of Family Medicine*. 9: 287–90.

Frank E, Hedgecock J, Elon LK. 2004. Personal health promotion at US medical schools: A quantitative study and qualitative description of deans' and students' perceptions. *BMC Medical Education*. 4: 29.

Paice E, Rutter H, Wetherell M, Winder B, McManus IC. 2002. Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year. *Medical Education*. 36: 56–65.

Puddester D. 2001. The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being. *Western Journal of Medicine*. 174: 5–7.

Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. 2003. The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine*. 114: 513–9.

Taub S, Morin K, Goldrich MS, Ray P, Benjamin R, for the Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. 2006. Physician health and wellness. *Occupational Medicine*. 56: 77–82.

## 3-A. Maintien des relations pendant et après la formation

Armstrong A, Alvero R, Dunlow S, Nace M, Baker V, Stewart E. 2009. Balancing the professional and personal. *Journal of Fertility and Sterility*. 91 (1): 18–21.

## 3-B. Promotion de sains partenariats dans les familles de médecins

Gabbard GO and RW Menninger. 1989. The psychology of postponement in the medical marriage. *Journal of the American Medical Association*. 261 (16): 2378–81.

Gottman JM and N Silver. 1999. *The Seven Principles for Making Marriage Work*. New York: Three Rivers Press.

Hill M and N Love. 2008. Medical relationships: practice guidelines. *Physician and Family Support Program* presentation 2008/2009. Presented in Edmonton: Sturgeon Medical Staff Retreat, April.

Maier DB. 2005. Hope you are reading this on the beach … . *Alberta Doctors' Digest*. July/August.

Maier DB. 2005. Mama doc, papa doc. *Alberta Doctors' Digest*. January/February.

Maier DB. 2003. Physician mistakes spouse as an employee. *Alberta Doctors' Digest*. May/June.

Myers MF. 1994. *Doctors' Marriages: A Look at the Problems and Their Solutions*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag.

Rubin D. 2006. Balancing family and career: addressing the challenges facing dual-career couples. *Gastrointestinal Endoscopy* 63 (6): 831–3.

Schrager S, Kolan A, Dottl SL. 2007. Is that your pager or mine: a survey of women academic family physicians in dual physician families. *Wisconsin Medical Journal*. 106 (5): 251–5.

Sobecks NW, Justice AC, Hinze S, Taylor Chirayath H, Lasek RJ, Chren MM, et al. 1999. When doctors marry doctors: a survey exploring the professional and family lives of young physicians. *Annals of Internal Medicine*. 130 (4, pt 1): 312–9.

Straehley C and P Longo. 2006. Family issues affecting women in medicine, particularly women surgeons. *American Journal of Surgery*. 192: 695–8.

Warde C, Allen W, Gelberg L. 1996. Physician role conflict and resulting career changes: gender and generational differences. *Journal of General Internal Medicine*. 11: 729–35.

## 4-A. Conscience de soi et gestion du stress

Benson H. 1975. *The Relaxation Response*. New York: Avon Books.

Hanh TN. 1975. *The Miracle of Mindfulness: A Manual on Meditation*. Boston: Beacon Press.

Tolle E. 1997. *The Power of Now: A Guide to Spiritual Enlightenment*. Vancouver: Namaste Publishing Inc.

## 4-B. Rédaction d'un journal personnel

DasGupta S. 2006. How to catch the story but not fall down: Reading our way to more culturally appropriate care. *Virtual Mentor*. 8 (5): 315–8.

Charon R. 2006. The self-telling body. *Narrative Inquiry*. 16 (1): 191–200.

Frank AW. 1995. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

## 4-C. Activités et aptitudes physiques

Abramson S, Stein J, Schaufele M, Frates E, Rogan S. 2000. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: A national survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 10: 40–8.

Haskell WL, Lee IM, Pate RP, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. 2007. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the *American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. *Circulation*. 116: 1081–93.


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Autres lectures et références


Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. 2006. Prescribing exercise as preventive therapy. *Canadian Medical Association Journal.* 174: 961–74.


## 4-D. Spiritualité


Chodron P. 1997. *When Things Fall Apart: Heart Advice for Difficult Times.* Boston: Shambhala Publications.

Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. 2001. *Handbook of Religion and Health.* New York: Oxford University Press.

Remen RN. 1997. *Kitchen Table Wisdom: Stories That Heal.* New York: Riverhead Books.

Richmond L. 1999. *Work as a Spiritual Practice: A Practical Buddhist Approach to Inner Growth and Satisfaction on the Job.* New York: Broadway Books.

Steindl-Rast D. 1984. *Gratefulness, the Heart of Prayer: An Approach to Life in Fullness.* New York: Paulist Press.

Wilber K. 1997. *The Eye of Spirit: An Integral Vision for a World Gone Slightly Mad.* Boston: Shambhala Publications.


## 4-E. Trouver un médecin de famille


Black D. 2000. POM + EBM = OPD? *Journal of Medical Ethics.* 26: 229–30.

Charles C, Whelan T, Gafni A. 1999. What do we mean by partner in making decisions about treatment? *BMJ.* 319: 780–2.

Gilsdorf JR. 2006. *Inside/Outside: A Physician's Journey With Breast Cancer.* Ann Arbor: University of Michigan Press.

Groopman J. 2007. *How Doctors Think.* New York: Houghton Mifflin Company.

Klitzman R. 2007. *When Doctors Become Patients.* New York: Oxford University Press.

Tyssen R. 2007. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health.* 45: 599–610.


## 4-F. Alimentation


Faugier J, Lancaster J, Pickles D, Dobson K. 2001. Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 1. *Nurse Standard.* 15 (36): 33–6.

Faugier J, Lancaster J, Pickles D, Dobson K. 2001. Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 2. *Nurse Standard.* 15 (37): 33–5.

Firth-Cozens J, Greenhalgh J. 1997. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine.* 44 (7): 1017–22.

Santé Canada. *Apports nutritionnels de référence.* Mis à jour le 10 janvier 2004. Accès : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/reference/index-fra.php (25 juin 2009).

Santé Canada. *Bien manger avec le guide alimentaire canadien.* Mis à jour le 20 décembre 2007. Accès : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php (25 juin 2009).

Lemaire J and JE Wallace. 2006. *Seeking Balance Study: The Final Report.* Calgary: Department of Medicine, University of Calgary.

Lemaire J, Wallace JE, Dinsmore K, Lewin A, Ghali W, Roberts D. 2009. *Physician nutrition and cognition during work hours: Effect of a nutrition based intervention.* Unpublished Manuscript.

Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. 2004. Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: A prospective observational study. *Canadian Medical Association Journal.* 170 (6): 965–70.

Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. 2006. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology.* 11 (4): 328–42.


## 5-A. Déterminants de la santé du milieu de travail


Cottingham AH, Suchman AL, Litzelman DK, Frankel RM, Mossbarger DL, Williamson PR, et al. 2008. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. *Journal of General Internal Medicine.* 23 (6): 715–22.

Mareiniss DP. 2004. Decreasing GME training stress to foster residents' professionalism. *Academic Medicine.* 79 (9): 825–31.

Peterkin AD. 2008. Staying Human During Residency Training: How to Survive and Thrive After Medical School. 4th ed. University of Toronto Press Thomas NK. 2004. Resident burnout. *Journal of the American Medical Association.* 292 (23): 2880–9.

Shapiro SL, Shapiro DE, Swartz GER. 2000. Stress management in medical education: a review of the literature. *Academic Medicine.* 75 (7): 748–59.


## 5-D. Professionnalisme : Attentes raisonnables


Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Rowley BD. 1998. Unethical and unprofessional conduct observed by residents during their first year of training. *Academic Medicine.* 73: 1195–200.

Cruess SR and RL Cruess. 2000. Professionalism: a contract between medicine and society. *Canadian Medical Association Journal.* 162: 668–9.

Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. 2004. Physician-citizens — public roles and professional obligations. *Journal of the American Medical Association.* 291: 94–8.




© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# A. Autres lectures et références


Hilton SR and HB Slotnick. 2005. Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical Education*. 39: 58–65.

Levinson W and N Lurie. 2004. When most doctors are women: What lies ahead? *Annals of Internal Medicine*. 141: 471–4.

Lopez L and JT Katz. 2009. Perspective: creating an ethical workplace: reverberations of resident work hours reform. *Academic Medicine*. 84: 315–9.

Swick HM. 2000. Toward a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*. 75: 612–6.

Working Party of the Royal College of Physicians. 2005. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine*. 5 (6 suppl 1): S5–40.

Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL. 1999. Medical professionalism in society. *New England Journal of Medicine*. 341: 1612–6.


## 5-F. Intimidation et harcèlement durant la formation


Cohen JS and S Patten. 2005. 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*. 5: 21.

Quine L. 2003. Workplace bullying, psychological distress, and job satisfaction in junior doctors. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 12: 91–101.

Stebbing J, Mandalia S, Portsmouth S, Leonard P, Crane J, Bower M, Earl H, Quine L. 2004. A questionnaire survey of stress and bullying in doctors undertaking research. Postgraduate Medical Journal. 80: 93–6.

Tibbo P, de Gara CJ, Blake TM, Steinberg C, Stonehocker B. 2002. Perceptions of intimidation in the psychiatric educational environment in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Psychiatry*. 47: 562–7.

Zweibel EB and R Goldstein. 2001. Conflict resolution at the University of Ottawa Faculty of Medicine: the pelican and the sign of the triangle. *Academic Medicine*. 76 (4): 337–44.


## 6-Introduction : Collégialité


Janus K, Amelung VE, Baker LC, Gaitanides M, Schwartz FW, Rundall TG. 2008. Job satisfaction and motivation among physicians in academic medical centers: insights from a cross-national study. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 33 (6): 1133–67.

Madsen TE and DR Martin. 2006. Resident perception of a newsletter's impact on residency morale and collegiality. *Medical Education Online* [serial online]. 11: 22.

Stark R, Korenstein D, Karani R. 2008. Impact of a 360-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feedback delivery. *Journal of General Internal Medicine*. 23 (7): 969–72.


## 6-B. Gestion de conflits


Fisher R. 1977. *Resolving Interpersonal Conflict. Rev. 2000. School of International Service: The American University.* Last retrieved August 10, 2009: www.aupeace.org/files/Fisher_ResolvingInterpersonalConflict.pdf

McKay M, Davis M, Fanning P. 1995. *Messages: The Communication Skills Book*. 2nd ed. Oakland: New Harbinger Publications.

Thomas KW and RH Kilmann. 2009. *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. Mountain View,: CPP Inc.


## 6-E. Relations interdisciplinaires


Bulgar RJ and RE Bulgar. 1992. Obstacles to collegiality in the academic health centre. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 68 (2): 303–7.

Association médicale canadienne. *Implantation des soins en collaboration axés sur les patients* [politique], Ottawa, 2008.

Goldstein M. 1992. Maintenance of collegiality. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 68 (2): 308–13.

Huffman M. 1993. Family physician and the healthcare team. *Canadian Family Physician*. 39: 2165–70.

Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, Everson J. 2008. Building physician resilience. *Canadian Family Physician*. 54 (5): 722–9.

Salvage J and R Smith. 2000. Doctors and nurses doing it differently. *BMJ*. April 15;320 (7241) 1019-20.

The American College of Physicians *Manual: ACP Ethics Manual, Professionalism Charter*. Last retrieved August 13, 2009: www.acponline.org/ethics/ethics man.htm

Zelek B and S Phillips. 2003. Gender and power: Nurses and doctors in Canada. *International Journal of Equity in Health*. 2:1


## 7-Introduction : Santé des médecins et relation médecin–patient


Hall KH. 2001. Sexualization of the doctor–patient relationship: Is it ever ethically permissible? *Family Practice*. 18: 5115.

Hughes J. 1994. *The doctor–patient relationship: a review. In Organization and Information at the Bed-Side*. Chicago: University of Chicago.

Myers M. 2005. *Finding a doctor can be the toughest challenge — even for a doctor. In Creating a Healthy Culture in Medicine: A report from the 2004 International Conference on Physician Health*. Ottawa: CMA Centre for Physician Health and Well-being.


© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# A. Autres lectures et références


## 7-B. Faire face au choc des valeurs

Cantor J and K Baum. 2004. The limits of conscientious objection—May pharmacists refuse to fill prescriptions for emergency contraception? *New England Journal of Medicine*. 351 (19): 2008–12.

Savulescu J. 2006. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 332: 294–7.

Sulmasy DP. 2008. What is conscience and why is respect for it so important? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 29 (3): 135–49.

Wicclair MR. 2008. Is conscientious objection incompatible with a physician's professional obligations? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 29 (3): 171–85.

## 7-C. Faire face au comportement d'un patient difficile

Shusterich KM. 1990. Helping physicians manage challenging patient encounters–Part 1. *Physician Executive*. 16 (6): 26–9.

Shusterich KM. 1991. Helping physicians manage challenging patient encounters. Part 2—Improving physician–patient relationships from an administrative point of view. *Physician Executive*. 17 (1): 20–2.

## 7-D. Questions de limites acceptables

College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2008. *Maintaining Appropriate Boundaries and Preventing Sexual Abuse* [policy #4-08]. Last retrieved June 25, 2009: www.cpso.on.ca/policies/policies/default.x?id=1604&terms=maintaining+appropriate+boundaries+and+preventing.

College of Physicians and Surgeons of Ontario. 2004. *Maintaining boundaries with patients*. Members' Dialogue. September/October.

Schoener GR. 1998. Boundaries in professional relationships. *Advocate Web*. Last retrieved June 25, 2009: www.advocateweb.org/home.php? page_id=48.

## 8-A. Transitions majeures

Baker NJ. 1992. Maternity leave for practicing family physicians. *Journal of Family Practice*. 35 (1).

Deeson JD. 2006. Have you planned for physician succession & retirement? *Physician's Weekly*. 23 (14).

Faulkner LR. 2007. Personal reflections on a career of transitions. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 35: 253–9.

Gautam M and R MacDonald. 2001. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. *Western Journal of Medicine*. 175 (5): 336–8.

McCall MW Jr and JA Clair. 1992. In transit from physician to manager–part I. *Physician Executive*. 18 (2): 3–9.

## 9-A. Santé physique

*Réseau canadien de santé des médecins*. Accès : www.amc.ca/index.cfm/ci_id/2419/la_id/2.htm (juin 2009).

Dubey V, Mathew R, Katyal S, Iglar K. *Soins préventifs – Fiche de contrôle*. Le Collège des médecins de famille du Canada. Accès : www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/health%20policy/Preventive%20Care%20Checklist%20Forms/Intro/default.asp? s=1 (14 août 2009).

Gilsdorf JR. 2006. *Inside/Outside: A Physician's Journey with Breast Cancer*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Groopman J. 2007. *How Doctors Think*. New York: Houghton Mifflin Company.

Institute for Clinical Systems Improvement. [website]. Last retrieved on August 14, 2009: www.icsi.org

Klitzman R. 2007. *When Doctors Become Patients*. New York: Oxford University Press.

Tyssen R. 2007. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 45: 599-610.

## 9-C. Consommation et abus d'alcool et de drogues, toxicomanie et alcoolisme

Baldisseri MR. 2007. Impaired healthcare professional. *Critical Care Medicine*. 35 [Suppl]: S106-16.

Brewster JM, Kaufmann IM, Hutchison S, MacWilliam C. 2008. Characteristics and outcomes of doctors in a substance dependence monitoring programme in Canada: A prospective descriptive study. *BMJ*: 337. a2098

Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV. 1992. Prevalence of substance use among US physicians. *Journal of the American Medical Association:* 267(17). 2333-9

## 9-D. Soigner ses collègues : Questions pratiques

Frankel RM, Stein T, Krupat E. 2003. *The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication*. Oakland: Kaiser Permanente.

Goldman LS, Dickstein LJ, Myers M. 2000. *The Handbook of Physician Health: The Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. Chicago: American Medical Association.

Gunderman R. 2008. Resilience in personal and professional life [presentation]. *Alberta Psychiatric Association* meeting, Apr 4, Banff, Alta.




© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# A. Autres lectures et références

Hurst JW. 2003. What do good doctors try to do? Archives of *Internal Medicine*. 163: 2681–6.

Klitzman R. 2008. *When Doctors Become Patients*. New York: Oxford University Press.

Myers MF and GO Gabbard. 2008. *The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Roberts E. 2007. Showing up: notes on action in the world. Desert Call. Winter: 4–7. In Hanlon V. 2008. Physicians for physicians: when doctors become patients. *Alberta Doctors' Digest*. July/August.

## 9-G. Stress et adaptation

Arnetz BB. 2001. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*. 52: 203–13.

Dunstone DC and HR Reames. 2001. Physician satisfaction revisited. *Social Science and Medicine*. 52: 825–3

Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. 2006. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical schools. *Academic Medicine*. 81 (4): 354–73.

Firth-Cozens J. 2001. Interventions to improve physicians' well being and patient care. *Social Science and Medicine*. 52: 215–22.

Keeton K, Fenner DE, Johnson RB, Hayward RA. 2007. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstetrics and Gynecology*. 109: 949–55.

Shanafelt TD, Sloan JA, Haberman TM. 2003. The well-being of physicians. *American Medical Journal*. 114: 513–9.

## 9-H. Médecins atteints d'une maladie ou d'une incapacité

Canadian Association of Physicians with Disabilities. www.capd.ca.

Association médicale canadienne. Centre pour la santé et le mieux-être des médecins. www.amc.ca/physicianhealth.

Association canadienne de protection médicale. www.cmpa-acpm.ca.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# B. Ressources provinciales et nationales

Programme national de santé des médecins

### Centre pour la santé et le mieux-être des médecins de l'AMC

1-87-SANTÉ-AMC (1-877-268-3262)
amc.ca

## Programmes provinciaux de santé des médecins

### Colombie-Britannique : Physician Health Program

Sans frais : 1-800-663-6729
604-742-0747
info@physicianhealth.com
www.physicianhealth.com

### Alberta : Physician and Family Support Program

Sans frais : 1-877-767-4637
Téléphone du bureau du programme/administration : 403-228-2880
Téléphone sans frais du bureau du programme/administration : 1-877-262-7377
pfsp@albertadoctors.org
www.albertadoctors.org, sous « Benefits and Services »

### Saskatchewan : Physician Support Program

Sans frais : 1-800-667-3781 (dans la province seulement)
306-244-2196
Liste des membres du comité SPSP fournie dans la section réservée aux membres du site Web
brenda@sma.sk.ca
www.sma.sk.ca

### Manitoba : Physician at Risk Program

204-237-8320

### Ontario : Programme de santé des médecins de l'Association médicale de l'Ontario

Sans frais : 1-800-851-6606 (dans la province)
Sans frais : 1-800-268-7215, poste 2972 (ailleurs au Canada)
michael_kaufmann@oma.org , cynthia_macwilliam@oma.org
www.phpoma.org

### Québec : Programme d'aide aux médecins du Québec

Sans frais : 1-800-387-4166
514-397-0888
info@pamq.org
www.pamq.org

### Nouvelle-Écosse : Professional Support Program

902-468-8215
robert.fredrickson@doctorsns.com
jan.goodwin@doctorsns.com
professionalsupport@doctorsns.com

### Nouveau-Brunswick : Programme de santé des médecins

Sans frais : 1-888-453-7272 (répondeur 24 heures sur 24)
Messages retournés pendant les heures d'ouverture, du lundi au vendredi
Société médicale du Nouveau-Brunswick : 506-458-8860
lricharddespres@nbms.nb.ca
www.nbms.nb.ca

### Île-du-Prince-Édouard : Physician Support Program

Sans frais : 1-877-626-3955 (au sein du code régional 902)
902-626-3955
airwin@mspei.org
www.mspei.org

### Terre-Neuve-et-Labrador : Professionals' Assistance Program

Sans frais : 1-800-563-9133
709-754-3007
rmlahey@nl.rogers.com
www.nlpap.ca

## Autres ressources

### Programme de la promotion de la santé à la faculté de l'Université d'Ottawa

613-562-5800, poste 8507
wellness@uottawa.ca
www.medicine.uottawa.ca/wellness

### Association canadienne des médecins résidents

613-234-6448
cair@cair.ca
www.cair.ca

### Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada

613-565-7740
office@cfms.org
www.cfms.org

### Fédération des médecins résidents du Québec

Sans frais : 1-800-465-0215
514-282-0256
fmrq@fmrq.qc.ca
www.fmrq.qc.ca

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# C. Ressources en ligne et cyber-ressources

## Ressources CanMEDS du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins
collegeroyal.ca/canmeds/CanMEDS2005/index.php

Le guide des outils d'évaluation CanMEDS
collegeroyal.ca/canmeds/resources/handbook_f.php

Pratiques exemplaires CanMEDS
collegeroyal.ca/canmeds/bestpractices/index.php

Bibliographie des compétences CanMEDS
collegeroyal.ca/canmeds/bestpractices/bibliography_f.php

Guide du programme de DPC du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
collegeroyal.ca/opd/cpd/prog-guide_f.pdf

## Ressources de l'AMC

Réseau canadien de santé des médecins
www.amc.ca/index.cfm/ci_id/2419/la_id/2.htm

La santé des médecins, ça compte – Trouver l'équilibre.
Rapport de la Conférence internationale 2008 sur la santé des médecins
www.amc.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Physician_Health_and_Wellbeing/physician_health_conference/PHWB-2008conf-report_f.pdf

La santé et le mieux-être des médecins
Politique de l'AMC
http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06F.pdf

Creating a Healthy Culture in Medicine
Report of the 2004 AMA/CMA International Conference on Physician Health
www.cma.ca/multimedia/CMA/Content_Images/Inside_cma/Physician_Health_and_Wellbeing/English/healthy-culture.pdf

A Physician's Guide to Coping with Death and Dying
www.cma.ca/index.cfm/ci_id/43636/la_id/1.htm

Les aspects non financiers de la retraite des médecins : Sommaire de l'analyse documentaire et contextuelle
www.amc.ca/index.cfm/ci_id/25568/la_id/2.htm
Guide de l'AMC sur la santé et le mieux-être des médecins
www.amc.ca/multimedia/staticContent/HTML/N0/11/PhysicianHealth/resources/guide-PHWB.pdf

Code de déontologie de l'AMC
http://policybase.cma.ca/PolicyPDF/PD04-06F.pdf

Les enjeux de l'exercice de la profession en milieu rural et éloigné
Politique de l'AMC
http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD08-01F.pdf

## Autres ressources en ligne

ePhysicianhealth.com

eWorkplacehealth.com

Foundation for Medical Excellence
www.tfme.org

Santé et mieux-être des médecins
Guide pour l'Internet à l'intention des médecins
physiciansguide.com/dochlth.html

The Centre for Professional Well-being
www.cpwb.org

Centre for Professional Health
Vanderbilt Medical Centre
www.mc.vanderbilt.edu/root/vumc.php? site=cph

## Vie saine et active

Mode de vie sain
Fondation des maladies du cœur
www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562033/k.B98E/Accueil.htm#

Bien manger avec le Guide alimentaire canadien
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php

Guides d'activité physique
www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/reprod/agenc/index_f.html

L'approche VITALITÉ – Guide des animateurs
Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/vitalit/vitality_approach-approche_vitalite-fra.php

## Milieux de travail sains

Lowe GS. Des milieux de travail sains sont-ils plus productifs? 2003.
www.cprn.org/doc.cfm? doc=299&l=fr

Framework for Development of a Healthy Workplace.
National Quality Institute.
www.nqi.ca/nqistore/Product_details.aspx? ID=70

## Santé à la faculté

Programme de promotion de la santé à la faculté
Université d'Ottawa
www.medicine.uottawa.ca/wellness/fra/attribution.html

## Étudiants en médecine

Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada
www.cfms.org

Centre des étudiants en médecine de l'Association médicale canadienne
www.amc.ca/index.cfm/ci_id/121/la_id/2.htm



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# C. Ressources en ligne et cyber-ressources

American Medical Student's Association's Medical Student Well-Being
www.amsa.org/well

## Médecins résidents

Association canadienne des médecins résidents
www.cair.ca

CAIR position papers on Resident Well-being
www.cair.ca/document_library/docs/Wellbeingpaper.pdf

Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
www.fmrq.qc.ca/formation-medicale/index.cfm

## Femmes en médecine

Fédération des femmes médecins du Canada
www.fmwc.ca

## Médecins en milieu rural

Société de la médecine rurale du Canada
www.srpc.ca/mainframe.html

En milieu rural, Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/jfy-spv/rural-rurale-fra.php

## Orientation sexuelle

Gay and Lesbian Medical Association
www.glma.org

Association of Gay and Lesbian Psychiatrists
www.aglp.org

## Autochtones

Institute for Aboriginal Health
www.iah.ubc.ca

Visions
www.visions.ab.ca

Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, Santé Canada
www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php

Agence de la santé publique du Canada
www.phac-aspc.gc.ca/chn-rcs/aboriginal-autochtones-fra.php

## Groupes ethniques

Racism in the medical profession: the experience of UK graduates (BMA, June 2003)
www.bma.org.uk/employmentandcontracts/equality_diversity/ethnicity/racism.jsp

## Médecins handicapés

Canadian Association of Physicians with Disabilities
www.capd.ca

## Familles des médecins

Jeunesse, J'écoute
www.jeunessejecoute.ca/

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# D. Façons de demander de l'aide

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Inquiet à propos d'un stagiaire?

1. Assurez-vous que vos préoccupations sont raisonnables, valables et aussi objectives que possible.

2. Renseignez-vous sur les mécanismes de soutien auxquels les stagiaires ont accès à l'échelle locale, provinciale et nationale. En cas de doute, consultez les ressources sur la santé et le mieux-être de votre région ou le programme de santé des médecins de votre province ou territoire. Vous en trouverez la liste à www.cma.ca/santedesmedecins. Vous trouverez également plus de renseignements sur les questions liées à la santé et au mieux-être des médecins sur le site www.e-santedesmedecins.com.

3. Prévoyez une rencontre privée avec le stagiaire, en insistant sur le fait que cette rencontre se veut un exercice de soutien, d'échange et de remue-méninges où chacun pourra s'exprimer sur les prochaines étapes.

4. Énoncez vos préoccupations en termes simples et clairs et invitez le stagiaire à répondre et à exprimer son point de vue.

5. Si vous parvenez à une entente, invitez le stagiaire à suggérer des interventions. Communiquez au résident les renseignements pertinents contenus dans le présent guide et les coordonnées des services de soutien clinique.

6. N'oubliez pas que vous n'agissez pas ici en tant que médecin; résistez à toute envie de poser un diagnostic ou d'instaurer un traitement. Laissez ce soin au médecin du stagiaire.

7. Offrez au stagiaire de prendre congé pour s'occuper de sa santé, en l'assurant de votre soutien continu et de votre désir de l'aider à aller de l'avant.

8. Si vos préoccupations ont trait aux soins et à la sécurité des patients, examinez vos obligations envers la population et envers le stagiaire. En cas de doute, demandez conseil à l'ACPM.

9. Si le rendement scolaire du stagiaire est inférieur aux attentes ou si vos préoccupations concernent les soins aux patients ou la sécurité des patients, envisagez la possibilité d'exiger une évaluation médicale indépendante. Votre programme de santé des médecins peut se charger d'organiser cette évaluation. Soyez prêt à assumer la totalité des coûts connexes et ayez des attentes raisonnables quant au rapport. En général, seuls les recommandations ou les éléments du diagnostic pertinents vous seront communiqués, afin de protéger les renseignements personnels du stagiaire.

10. Si vous croyez que le stagiaire présente un risque de préjudice imminent pour lui ou pour les autres, énoncez vos préoccupations clairement et demandez au stagiaire de se rendre à la salle d'urgence. En cas de refus, envisagez la possibilité d'alerter les autorités policières.

11. Soyez prêt à autoriser un congé de maladie soigneusement planifié.

12. Faites bon accueil aux résidents lorsqu'ils sont prêts à réintégrer le programme de formation avec l'autorisation de leur médecin clinicien; demandez la présentation d'une preuve adéquate de santé et d'un plan de retour au travail soigneusement établi et envisagez la possibilité d'une surveillance continue de l'état de santé.



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# D. Façons de demander de l'aide

Derek Puddester, MD MEd FRCPC

## Si vous êtes directeur de programme et êtes préoccupé par le moral et la santé de votre programme :

1. Réfléchissez avec soin à votre leadership et à celui de votre comité, ainsi qu'à la culture générale de votre service.

2. Retenez les services d'un expert-conseil de l'extérieur pour recueillir des données qualitatives et quantitatives sur la santé et le mieux-être des membres de votre programme.

3. Invitez l'expert-conseil à présenter ses conclusions à l'ensemble du service, d'une manière transparente.

4. Examinez les outils nécessaires pour modifier la culture de votre groupe. Ces interventions peuvent consister en la mise en place de politiques visant à favoriser une vie saine (p. ex., politiques sur l'intimidation et le harcèlement, gestion des conflits, évaluation et promotion) ou en des séances d'éducation axées sur le développement des compétences (p. ex., communication, soins autodirigés, intelligence émotionnelle et conflits de génération).

## Si vous êtes un résident et êtes inquiet de votre propre santé :

1. Consultez votre médecin de famille et faites-lui part de toutes vos préoccupations.

2. Examinez avec soin les recommandations de votre médecin, y compris en ce qui a trait aux analyses, aux traitements et au suivi.

3. Résistez à la tentation de pratiquer l'autodiagnostic ou l'autotraitement.

4. Évitez de demander à des stagiaires ou à des superviseurs d'établir un diagnostic ou de proposer un traitement.

5. Consultez les programmes de santé et de mieux-être de votre région – ils peuvent souvent vous aider à trouver un médecin de famille ou d'autres services de soutien cliniques ou non cliniques.

6. Communiquez avec le programme de santé des médecins de votre province.

7. Examinez diverses options, par exemple prendre un congé de maladie ou poursuivre votre formation à temps partiel durant votre rétablissement.

8. Demandez et acceptez l'aide de vos amis, de votre famille et de vos collègues. Résistez à l'envie de vous isoler.

9. Maintenez le plus possible des comportements sains – surveillez les composantes fondamentales d'un mode de vie sain (sommeil, alimentation, hydratation, loisirs, intimité) et appliquez les principes de la résilience.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

# E. Stratégies utiles pour faire face aux longues heures de travail

Jason Frank, MD MA(Ed) FRCPC

## Maintenir ses rythmes

1. Rythme circadien (p. ex., bonne hygiène de sommeil)
2. Rythmes sociaux (p. ex., temps passé avec la famille)
3. Rythmes psychologiques (p. ex., horaire hebdomadaire)
4. Rythmes physiques (p. ex., activités physiques régulières)

## Contrebalancer les effets de la fatigue

1. Maintenir un sommeil régulier adéquat
2. Faire une consommation judicieuse de caféine
3. Éviter la consommation d'alcool et autres drogues
4. Prendre des pauses, faire des siestes, varier la routine
5. Faire de l'activité physique
6. Maintenir une lumière vive

## Gérer son temps efficacement

1. Apprendre à se connaître soi-même
2. Définir ses objectifs et en établir l'ordre de priorité
3. Suivre un plan
4. Être organisé
5. Exploiter les ressources disponibles

## Faire participer les autres

1. Parler à ses proches de son travail de médecin
2. Veiller à ce que les décideurs comprennent bien la nature de la médecine

## Faire le plein d'énergie

1. Prendre des vacances et planifier les prochaines
2. Évacuer le stress
3. Pratiquer des activités hors du cadre de la médecine
4. S'accorder du temps de réflexion
5. Réévaluer ses valeurs et priorités personnelles



© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Ca

# F. Index de référence rapide

Cette section présente quelques-uns des thèmes les plus utilisés pour discuter des questions liées à la santé des médecins, ainsi que les pages dans le guide où ces thèmes sont abordés.

**Abus d'alcool ou d'autres drogues**—p. 4-5, 8-9, 11, 28-31, 42-43, 52-53, 58-59, 62-63, 68-71, 84-87, 94-95, 98-103.

**Anxiété**—p. 30-31, 44-45, 71, 88-89, 92-93, 100-101.

**Carrière/Questions liées à la carrière**—p. 4-7, 12-13, 16-17, 19, 21, 24-27, 42-43, 52-53, 64-65, 70-71, 79-87, 100-105, 108-111

**Collégialité**—p. 7, 16-17, 57-67

**Comportement perturbateur**—p. 44-45, 57, 62-63, 66-67, 98-99

**Conflit**—p. 12-13, 22-25, 50-51, 54-55, 57, 60-67, 70-75.

**Dépression**—p. 2-3, 6-7, 11, 34-37, 58-59, 88-89, 92-93.

**Épuisement professionnel**—p. 6-7, 21, 36-37, 44-45, 52-53, 62-67, 82-83, 88-89, 92-93, 100-101

**Gestion de la pratique**—p. 2-9, 14-15, 50-61, 66-85, 87-99, 102-103, 107-111.

**Gestion du stress**—p. 14-17, 24-25, 30-37, 44-45, 86-87, 90-97, 102-103.

**Heures de travail**—p. 2-3, 6-7, 48-49, 52-53.

**Mariages/Partenaires/Proches/Conjoint(e)s**—p. 12-13, 22-25, 42-43.

**Préoccupations**—p. 6-9, 26-27, 36-39, 44-45, 50-51, 54-55, 58-59, 62-63, 68-69, 72--77, 86-101, 104-105, 110-111, 122-123.

**Professionnalisme**—p. 4-5, 40-41, 50-51, 62-63, 70-77, 96-99

**Promotion de la santé**—p. 2-5, 8-9, 14-19, 21, 26-27, 34-37, 40-41, 44-45, 52-53, 58-59, 68-69, 84-85, 100-101, 104-105.

**Questions de limites acceptables**—p. 26-27, 69, 76-77

**Relations personnelles**—p. 2-3, 11-17, 21-27, 30-34, 80-81.

**Relations professionnelles**—p. 2-3, 11-13, 18-19, 42-67, 79-87, 96-97.

**Rôle parental**—p. 2-3, 12-13, 18-19, 22-27, 36-37, 42-43, 48-49, 94-95, 100-101.

**Santé physique**—p. 2-3, 6-7, 14-15, 24-25, 34-35, 40-41, 52-53, 86-91, 94-99, 104-105, 106-117.

**Sommeil**—p. 6-7, 21, 24-25, 28-31, 42-45, 52-53, 70-71, 92-93.

**Stress financier**—p. 24-25, 30-31, 42-43, 80-81, 104-105, 107-111.

© 2009 Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada

COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA | CANMEDS

**Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada**
774, promenade Echo
Ottawa (ON ) Canada K1S 5N8

**TÉL** 613-730-8177 / 1-800-668-3740
**TÉLÉC** 613-730-8262
**SANS FRAIS** 1-800-668-3740
**COURRIEL** canmeds@collegeroyal.ca

collegeroyal.ca

ISBN : 978-1-926588-06-3