

*l'ombudsman*_UdeM

Indépendance, impartialité, confidentialité

**SOUTIEN AUX RÉSIDENTS EN DIFFICULTÉ :
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS**

**Rapport spécial de l'ombudsman
Pascale Descary**

**À l'attention du Vice-décanat aux études médicales postdoctorales
de la Faculté de médecine**

Mars 2015

TABLE DES MATIÈRES

Contexte de l'intervention	4
Introduction	5
Personnes, instances, groupes rencontrés et leurs rôles	6
La famille	6
Des résidents de différents programmes ayant fait appel à nos services.....	6
Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales	7
Les comités d'évaluation des programmes d'études médicales postdoctorales.....	8
Le Comité de révision du programme d'études médicales postdoctorales	9
Le Bureau d'aide aux étudiants et résidents (BAER)	9
Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS).....	10
Le Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université de Montréal (BIMH)	11
Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)	11
La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	13
Le Comité du bien-être de la FMRQ (CBER)	13
Le Collège des médecins du Québec (CMQ).....	14
Données statistiques et documents consultés	16
L'ombudsman de l'Université de Montréal.....	16
Le Bureau d'aide aux étudiants et résidents de l'Université de Montréal (BAER).....	16
Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)	17
La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)	18
L'Association médicale canadienne (AMC).....	19
La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ).....	19
Autres documents consultés	20

Analyse des informations et données recueillies	22
Les bonnes pratiques identifiées.....	22
<i>Évaluation et procédure</i> _____	22
<i>Accommodements et mesures de soutien</i> _____	23
<i>Formation</i> _____	24
<i>Liens et collaboration avec les ressources externes</i> _____	24
Pistes d'améliorations et recommandations.....	25
<i>Évaluation et procédure</i> _____	25
<i>Accommodements et mesures de soutien</i> _____	27
<i>Formation</i> _____	29
<i>Liens et collaboration avec les ressources externes</i> _____	31
Conclusion	33
Bibliographie	34
Règlements, politiques et procédures.....	34
Ouvrages et articles consultés.....	35
Sites Internet consultés	36
Annexe	38

CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Le présent rapport spécial a pour toile de fond la demande d'intervention, à l'été 2013, de la famille d'une résidente de l'Université de Montréal qui a mis fin à ses jours dans une période de grande détresse psychologique, en septembre 2011, alors qu'elle en était à la toute fin de son programme d'études médicales postdoctorales. La demande de la famille visait à ce que des améliorations soient apportées aux pratiques en place à la Faculté de médecine quant au soutien qu'elle offre aux résidents présentant des difficultés de santé mentale, afin qu'ultimement, un tel drame puisse être évité dans le futur. Le suicide récent d'une autre résidente, à l'automne 2014, dans des conditions similaires, est venu raviver le débat sur la détresse chez les médecins résidents et leurs conditions de travail et d'études.

Selon le *Règlement relatif à la fonction et au statut de l'ombudsman à l'Université de Montréal*¹, l'ombudsman a pour fonction de recevoir les demandes d'intervention des membres de la communauté universitaire qui, après avoir épuisé les recours internes à leur disposition, s'estiment victimes d'injustice ou de discrimination, de faire enquête lorsqu'il le juge nécessaire, d'évaluer le bien-fondé de la demande et de transmettre aux autorités compétentes ses recommandations, s'il y a lieu.

L'ombudsman peut, dans son rapport annuel ou dans ses rapports spéciaux, suggérer des modifications aux politiques et procédures et à la réglementation existante, et formuler des commentaires sur les pratiques en vigueur à l'Université.

Cette demande s'inscrit dans le volet systémique du mandat de l'ombudsman. C'est à dessein que nous avons choisi d'élargir notre champ d'intervention au-delà de la demande initiale présentée par la famille, pour bien circonscrire l'état de la situation quant aux résidents en difficulté, pour bien identifier les enjeux et défis de ce dossier, pour augmenter la sensibilisation des différents acteurs impliqués, pour faire une analyse des mécanismes et services disponibles à la Faculté de médecine, et à l'extérieur, pour soutenir ces résidents dans leurs difficultés et pour cibler des pistes d'améliorations.

Il nous importe de mentionner que, conformément à notre mandat, nous n'agissons pas dans une perspective disciplinaire et notre intervention n'a pas pour but d'attribuer de responsabilité quant aux événements qui se sont produits. Celle-ci s'inscrit dans une optique de recherche de solutions et d'améliorations des pratiques.

¹ *Règlement relatif à la fonction et au statut de l'ombudsman à l'Université de Montréal* : <http://ombudsman.umontreal.ca/reglement.html>

INTRODUCTION

La formation médicale dispensée au Québec et au Canada est reconnue comme étant de grande qualité. Plusieurs groupes et instances réfléchissent ensemble à des plans d'action et d'amélioration pour garder les programmes de formation toujours à l'avant-garde des meilleures approches et pratiques cliniques et pédagogiques.

Les programmes d'études en médecine sont très exigeants. Ils préparent les étudiants à une pratique professionnelle qui rencontre les hauts standards de soins attendus par notre société et c'est en toute connaissance de cause qu'ils s'engagent dans cette formation rigoureuse, ce qui ne les empêche toutefois pas de vivre des difficultés en cours de cheminement.

Selon un sondage mené en 2011 par la Fédération médicale étudiante du Québec², les étudiants en médecine sont soumis à un niveau de stress important dès leur entrée aux études de premier cycle. La plupart réussiront à surmonter ces stress et à cheminer normalement dans leur programme. Certains d'entre eux, plus vulnérables, vivront plus difficilement que d'autres les différentes étapes de leur parcours académique, et notamment, le début des études postdoctorales, lesquelles sont particulièrement exigeantes pour les étudiants.

Les résidents en médecine cumulent plusieurs rôles et responsabilités. Ils sont toujours étudiants, en apprentissage, devant se soumettre à des évaluations constantes, que ce soit lors des examens, de présentations de cas cliniques, ou lors des évaluations quotidiennes qui sont parfois empreintes de tensions ou de sentiments d'injustice en raison de certains conflits interpersonnels pouvant exister entre les cliniciens et les résidents. Ceux-ci sont également des professionnels salariés, qui doivent composer avec une situation financière parfois précaire, travailler de longues heures et assumer des responsabilités importantes en milieu hospitalier ou communautaire. Ils se soumettent à de nombreuses activités de stage et de garde au cours desquelles ils répondent aux besoins des patients, puis, ils agissent comme des personnes ressources auprès des étudiants de premier cycle ou des résidents moins avancés dans leur cursus. Tous ces facteurs peuvent générer du stress et de l'anxiété chez les résidents plus vulnérables et les placer à risque de commettre des erreurs médicales qui pourraient alimenter une perte d'estime d'eux-mêmes et de leurs compétences. Dans une culture où la super performance et le perfectionnisme sont la norme, ce cumul de responsabilités peut ultimement les mener, à défaut de soutien approprié, vers le burnout et la dépression, voire le suicide.

Après avoir rencontré différents acteurs impliqués dans ce dossier et après avoir pris connaissance de documents et données statistiques pertinents au sujet des résidents en difficulté, nous avons procédé à l'analyse et l'interprétation des données et informations recueillies pour d'abord cibler les bonnes pratiques en la matière, puis formuler des recommandations visant à mieux prévenir les difficultés rencontrées par les résidents et mieux les soutenir.

² Fédération médicale étudiante du Québec : <http://fmeq.ca/affaires-pedagogiques/rapport-bien-etre>

PERSONNES, INSTANCES, GROUPES RENCONTRÉS ET LEURS RÔLES

La famille

Nous avons rencontré la mère et la sœur (accompagnées de leur représentant légal) d'une résidente de l'Université de Montréal s'étant enlevé la vie en septembre 2011 alors qu'elle était à compléter son programme de résidence.

Elles nous ont communiqué leur vision du cheminement de leur fille/sœur et des obstacles importants qu'elle aurait rencontrés. Elles estiment que les responsables facultaires et de son programme ont contribué, par leurs approches et leurs lacunes en termes d'accompagnement et de soutien face à une résidente aux prises avec des problèmes de santé mentale, à son décès. La famille s'attend à ce que toutes les mesures nécessaires soient mises en œuvre par les autorités facultaires, afin d'éviter que de tels événements se reproduisent.

Des résidents de différents programmes ayant fait appel à nos services

Des résidents présentant des difficultés dans leur cheminement académique font régulièrement appel à nos services afin d'obtenir notre assistance. Celle-ci se traduit par des conseils et l'orientation vers les recours appropriés. Lorsque les recours sont épuisés, si nécessaire, nous vérifions que les règles et processus ont été bien respectés au cours du traitement du dossier par les instances facultaires. Les difficultés les plus fréquemment rapportées concernent des résidents qui estiment avoir été traités et évalués de manière injuste et inéquitable. Dans certains cas, les résidents considèrent que des évaluations défavorables ont été émises dans leur milieu de stage dans un climat de tensions interpersonnelles ou de harcèlement psychologique, ou, que l'exercice de leurs recours auprès des instances facultaires n'a pas toujours été fait dans le respect des principes de l'équité procédurale et de la justice naturelle.

Nous énumérons ici quelques problèmes rencontrés par les résidents à cet égard : temps insuffisant accordé au résident pour consulter des personnes ressources quant à un plan de remédiation proposé, manque d'information quant au motif d'une convocation, refus du droit à être accompagnés par un proche lors d'une rencontre formelle devant un comité, sentiment de manque de respect de la part de membres de comités mal préparés ou qui manifestent de l'impatience, du désintérêt à l'égard du résident, manque de temps accordé au résident pour exprimer pleinement son point de vue, la nette impression que le point de vue du résident n'est pas pris en compte et que la décision est déjà rendue avant même qu'il puisse s'exprimer, le conflit de rôles apparent de certains directeurs du programme, qui reçoivent et accompagnent les résidents en cas de difficulté, mais qui jouent aussi parfois un rôle actif au niveau de l'évaluation chez ces mêmes résidents. D'autres résidents estiment que l'approche pédagogique des évaluateurs n'est pas constructive en ce que ceux-ci ne mettent l'accent que sur les aspects négatifs de leurs prestations, sans toujours bien documenter les évaluations ou identifier la source des difficultés, et sans miser sur les forces et compétences des résidents pour les accompagner vers la réussite des objectifs à atteindre.

Plusieurs de nos demandes d'assistance proviennent de diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU). Ces résidents semblent vivre proportionnellement davantage de difficultés que les autres, certains expriment le sentiment d'être la cible de commentaires désobligeants, voire discriminatoires de la part de leurs évaluateurs et sentent qu'ils sont évalués plus sévèrement que les autres résidents.

Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales

Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales gère les programmes de formation médicale postdoctorale, soit une soixantaine de programmes menant à l'obtention du certificat en médecine de famille ou dans une autre spécialité.

Le rôle de la vice-doyenne consiste notamment à rencontrer tout résident qui lui en fait la demande pour répondre à ses préoccupations et tenter, dans la mesure du possible, de trouver des solutions adaptées aux diverses difficultés qu'ils peuvent rencontrer au cours de leur cheminement. Elle rencontre également de manière systématique tous les résidents qui sont en arrêt prolongé pour motif médical pour garder un lien avec eux et s'assurer qu'ils soient bien rétablis lorsqu'ils envisagent de réintégrer leur programme.

La vice-doyenne collabore activement auprès des différents directeurs de programme, afin de leur apporter le soutien nécessaire dans la gestion des dossiers de résidents en difficulté en tentant de mettre en place des solutions appropriées pouvant prendre la forme de changements de programme, de stages de réintégration sans évaluation lors d'un retour de congé de maladie ou de stages exploratoires au sein d'autres universités. Elle s'assure par ailleurs de conserver la neutralité inhérente à sa fonction en ne s'impliquant pas dans les décisions académiques rendues. Ces questions relèvent des équipes de professeurs cliniciens et des comités d'évaluation de chaque programme. Elle contribue à la mise à jour des procédures en place touchant le cheminement des résidents, leur encadrement, leur évaluation et l'évaluation des professeurs cliniciens, puis s'assure que ceux-ci adoptent les meilleures pratiques en faisant par exemple la promotion des ateliers de formation sur la pédagogie qui leur sont offerts. Elle représente la Faculté de médecine et les programmes d'études médicales postdoctorales en s'impliquant au sein de divers comités et organismes, tels le Collège des médecins du Québec et l'Association des facultés de médecine du Canada, dans un objectif d'harmonisation des pratiques et d'amélioration continue des programmes et de l'encadrement des résidents.

La vice-doyenne estime que les difficultés rencontrées par un certain nombre de résidents peuvent s'expliquer en partie par le fait qu'ils n'ont peut-être pas fait le choix de formation et de carrière le plus approprié par rapport à leurs réels intérêts et aptitudes, ou qui ont fait ce choix suite à des pressions extérieures. Elle considère que malheureusement, certains d'entre eux persistent dans ces programmes alors qu'ils n'y sont possiblement pas à leur place et qu'ils y sont sans doute malheureux, ce qui peut contribuer aux difficultés qu'ils rencontrent.

C'est la vice-doyenne aux études médicales postdoctorales qui a organisé et facilité nos rencontres avec les comités d'évaluation et le comité de révision qui ont été consultés dans le cadre de ce dossier.

Les comités d'évaluation des programmes d'études médicales postdoctorales

Ces rencontres avaient pour but de présenter notre service et de préciser les objectifs de notre démarche en cours. Elles ont permis de bien cerner les processus d'évaluation en place dans les différents programmes et d'échanger sur les mécanismes de gestion des difficultés des résidents.

Les comités d'évaluation sont formés de professeurs de la Faculté désignés par le directeur de programme et d'au moins un représentant des résidents, élu ou désigné par ses pairs. Ces comités tiennent des réunions quelques fois par trimestre et suivent le cheminement de l'ensemble des résidents en consultant leurs évaluations quotidiennes, de mi-stage et les évaluations sommatives de fin de stage. Ils accordent une mention globale de « succès », « inférieur aux attentes » ou « échec » pour chacun des stages complétés puis se prononcent sur la promotion des résidents.

Les membres des comités portent une attention particulière aux dossiers présentant de manière récurrente des résultats inférieurs aux attentes. Un sous-comité d'évaluation ou le directeur du programme rencontre en général les résidents en difficulté pour identifier les sources de ces difficultés et mettre en place un plan d'action pour y pallier. Des difficultés de différents ordres peuvent être identifiées. Les résidents présentant des problèmes de santé mentale ou de détresse psychologique sont orientés vers les ressources d'aide à leur disposition que sont le Bureau d'aide aux étudiants et résidents (BAER) et le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Un congé de maladie temporaire peut être autorisé et il arrive que les résidents soient placés sous suivi administratif du Collège des médecins lorsqu'il existe des craintes que l'état du résident puisse porter atteinte à la sécurité des patients. Des conditions peuvent être imposées ou des aménagements peuvent être faits pour permettre une réintégration harmonieuse au programme à la suite d'un arrêt prolongé pour maladie. Lorsqu'il est question de problèmes de nature technique, il peut être proposé au résident des reprises de stage ou l'ajout d'activités de formation. Lorsque les difficultés sont liées aux connaissances, des plans de remédiation sont développés, en collaboration avec le résident, en proposant par exemple, outre des reprises de stages, des lectures dirigées, de la supervision directe et des examens pour évaluer sa progression. Des reprises de stage dans d'autres milieux sont parfois envisagées. L'échec à un stage et la recommandation d'exclusion du programme, en cas de cumul d'échecs ou de difficultés récurrentes, peuvent être prononcés par le comité d'évaluation; la procédure prévue au *Règlement des études médicales postdoctorales*³ est alors suivie pour permettre aux résidents d'exercer les recours qui y sont prévus, dont l'appel de ces décisions devant le comité de révision.

Les pratiques d'évaluation et d'encadrement des résidents en difficulté sont assez harmonisées au sein des onze comités que nous avons rencontrés. Plusieurs programmes ont mis en place un système de tutorat par lequel on assigne à tous les résidents un tuteur qui ne joue pas un rôle d'évaluation. Des personnes ressources, aussi appelées coordonnateurs locaux, sont également identifiées dans les milieux de stage et sont disponibles pour répondre aux préoccupations des résidents.

³ *Règlement des études médicales postdoctorales*, UdeM : <http://etudes.umontreal.ca/reglements/RPmedPostdoc.pdf>

Le Comité de révision du programme d'études médicales postdoctorales

Le Comité de révision relève de la doyenne de la Faculté de médecine. Ce Comité est constitué de huit professeurs nommés par le Conseil de la Faculté, dont l'un agit comme président et d'un résident en fin de formation, élu ou nommé par ses pairs. Trois membres, dont le résident, forment le quorum du Comité.

Le Comité de révision a pour mandat d'étudier les demandes d'appel d'échecs en stage ainsi que les appels des recommandations d'exclusion. La procédure administrative à laquelle le Comité est assujéti est prévue au *Règlement des études médicales postdoctorales* et expliquée en détails dans le *Guide des résidents*.⁴ Le Comité est attentif à appliquer avec rigueur les règles d'équité procédurale prescrites. Il s'assure que le processus d'évaluation a été respecté, incluant les mesures de remédiation qui ont été mises en place, prend en compte à la fois les enjeux académiques, personnels, de santé, puis détermine si les critères de réussite ont été atteints ou non. Il peut recommander à la doyenne de maintenir la mention d'échec au stage ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». En matière d'exclusion, il recommande à la doyenne le maintien ou la levée de celle-ci.

Étant sensibles à la question de l'équité des processus qui se déroulent devant eux, certains membres nous ont mentionné, lorsque nous les avons rencontrés, qu'il leur serait utile d'avoir accès à des commentaires formulés confidentiellement par des résidents qui ont exercé leurs recours en révision, dans une perspective d'amélioration de leurs pratiques.

Le Bureau d'aide aux étudiants et résidents (BAER)

La mission du *Bureau d'aide aux étudiants et résidents* est d'accueillir les étudiants et résidents en difficulté du programme de médecine et de leur offrir support, accompagnement et références vers les ressources appropriées le cas échéant. Il offre également des activités de formation/prévention aux étudiants et directeurs de programmes.

Le directeur et la coordonnatrice nous ont fait part, lors de notre visite, d'un projet pilote de support par les pairs qu'ils ont développé pour aider les résidents dans leur parcours et prévenir le burnout et la dépression. Ils se sont inspirés d'un essai clinique mené à la *Mayo Clinic* au Minnesota qui a donné lieu à des résultats concluants en termes de reprise de pouvoir et d'engagement renouvelé des médecins à l'égard de leur travail et de diminution des symptômes de dépersonnalisation.⁵ La Faculté prévoit mettre à l'essai ce programme à compter de l'automne 2015 dans quelques milieux de formation. Il s'agira d'insérer de manière obligatoire, une rencontre d'une heure par mois, par petits sous-groupes avec un collègue facilitateur, au cours de laquelle les résidents pourront, dans un cadre informel et sans évaluation, échanger librement sur tout sujet d'intérêt ou de préoccupation, dans le but de promouvoir la satisfaction

⁴ *Guide du résident, Faculté de médecine, UdeM* : http://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/guide_du_resident.pdf

⁵ West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, ... Shanafelt TD. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction and professionalism: a randomized clinical trial, *JAMA Intern Med.*, April, 174(4) 527-33.

personnelle et professionnelle et de développer un sentiment d'appartenance à sa communauté de pratique.

Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS)

Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé relève du vice-décanat au développement continu des compétences professionnelles de la Faculté de médecine⁶. On y développe notamment des outils éducatifs à partir des nouvelles méthodes pédagogiques, dont l'approche par compétences. Parmi les formations qu'il dispense, notons celles s'adressant aux nouveaux tuteurs, qui visent à initier les professeurs de la Faculté de médecine à la méthode d'apprentissage par problèmes; des formations pédagogiques à l'accompagnement des étudiants, où sont abordés l'approche par compétences, les rôles de l'enseignant, la supervision clinique, l'observation, la rétroaction ainsi que l'évaluation; une formation de base obligatoire s'adressant à tous les résidents de niveau 1 afin de les aider à parfaire leur capacité d'enseignement; un stage de formation de quatre semaines, s'adressant aux résidents seniors qui aspirent à une carrière où la pédagogie prendra une place importante, leur permettant de développer leurs compétences en pédagogie médicale en contexte clinique. Le Centre organise également des colloques sur différents thèmes dont un à venir en 2015 sur le raisonnement clinique⁷.

Un espace est dédié, sur le site internet du CPASS, aux ressources disponibles en matière de pédagogie des sciences de la santé, s'adressant aux professionnels qui souhaitent suivre l'actualité dans ce domaine.⁸

Des échanges avec des collaborateurs du CPASS nous ont permis de constater que de plus en plus de responsables de programmes et de cliniciens enseignants s'y réfèrent pour obtenir de la de l'information et de la formation touchant la gestion des difficultés des résidents, notamment en ce qui concerne la préparation de plans de remédiation. Des modèles de plans de remédiation ainsi qu'un *Guide d'aide au diagnostic pédagogique* sont également disponibles.

Les collaborateurs insistent sur l'importance pour les responsables de l'évaluation des résidents, de détecter de manière précoce les difficultés de raisonnement clinique et de bien identifier la cause du problème avant de proposer une stratégie de remédiation. Les professeurs cliniciens ont tendance à centrer davantage leur supervision sur les connaissances cliniques et techniques, qui correspondent à leurs zones de compétences et de confort. Le rôle de superviseur requiert cependant de poser également un diagnostic pédagogique et de mettre en place les conditions favorables d'apprentissage pour le résident à l'aide de plans personnalisés. Les formations offertes par le CPASS visent notamment à outiller les cliniciens en ce sens.

⁶ Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM : <http://www.cpass.umontreal.ca/index.html>

⁷ 2^e Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique : <http://montrealconferenceclinicalreasoning.ca/fr>

⁸ Veille informationnelle en pédagogie des sciences de la santé : <http://netvibes.com/cpass#Accueil>

Le Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université de Montréal (BIMH)

Le *Bureau d'intervention en matière de harcèlement* de l'Université a pour mandat de procurer de l'information et des conseils aux personnes qui considèrent vivre du harcèlement dans le contexte de leurs études ou de leur travail à l'Université, de même qu'aux gestionnaires informés d'une situation de harcèlement dans leur unité. Il offre également des services de médiation, recherche d'entente, coaching de conflit, formation et accompagnement des personnes qui déposent une plainte formelle.⁹

Le BIMH reçoit régulièrement des demandes d'assistance et des plaintes formelles en matière de harcèlement de la part de médecins-résidents, souvent diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU), qui estiment être victimes d'intimidation et de discrimination dans leurs milieux de stage par des professeurs-cliniciens qui établissent un climat de travail tendu et irrespectueux, et qui sont peu enclins à donner de la rétroaction constructive. Des interventions informelles de type conseils et assistance auprès des personnes responsables pour traiter au mieux une situation problématique, des rencontres de médiation visant la recherche de solutions mutuellement satisfaisantes, des interventions de crise, des formations offertes dans les milieux de stage ayant pour objet l'amélioration du climat de travail, et l'acheminement des plaintes formelles aux instances appropriées sont autant de moyens déployés par les représentants du bureau pour soutenir les personnes impliquées dans une situation de harcèlement.

La Faculté de médecine a mis en place une procédure interne de première ligne de traitement des situations de harcèlement, décrite à la fois sur le site internet de la Faculté¹⁰ et dans le *Guide des résidents*¹¹. L'existence d'une telle procédure illustre la volonté de la Faculté d'être proactive pour contrer et gérer adéquatement les situations de harcèlement. La Directrice du BIMH estime toutefois, bien que le recours auprès du BIMH soit possible à toute étape, qu'il existe certaines situations où cette procédure interne peut nuire aux résidents. En effet, certains résidents se sont plaints d'apparence de conflits d'intérêts, questionnant la confidentialité et l'impartialité du processus qui se trouve parfois géré par des personnes impliquées de très près auprès des personnes mises en cause dans ces situations, ou qui manquent de connaissances juridiques propres à la notion de harcèlement. Ce sont là des illustrations de facteurs de risques qui peuvent être nuisibles au traitement de ces dossiers.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Le PAMQ a pour principale mission de venir en aide, dans le plus grand respect de la confidentialité, à tous les médecins, résidents et étudiants en médecine qui éprouvent des difficultés personnelles.¹²

⁹ Bureau d'intervention en matière de harcèlement : <http://www.harcelement.umontreal.ca/services.htm>

¹⁰ Intimidation et harcèlement, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/intimidation-et-harcelement/>

¹¹ Op.cit. note 4

¹² Programme d'aide aux médecins du Québec : <http://www.pamq.org>

Nous avons rencontré la directrice du programme et l'un des médecins-conseils dans le cadre de notre consultation. Tous deux font le constat qu'il existe une forte culture de performance dans le milieu médical et que les médecins et résidents ont peu tendance à consulter lorsqu'ils rencontrent des difficultés. L'entrée en résidence correspond selon eux à une étape charnière dans le cursus d'un étudiant en médecine. Alors qu'au premier cycle, lors de l'externat, on met de plus en plus l'emphase sur l'importance pour les étudiants de prendre soin de leur santé physique et mentale, les résidents constatent, à l'arrivée en résidence, que cette nouvelle approche y est peu développée, que l'erreur les stigmatise, qu'elle ne pardonne pas, qu'elle ne semble pas source d'apprentissage. Plusieurs résidents qui consultent expriment le sentiment qu'il n'existe pas d'espace neutre où ils puissent réellement être entendus et déplorent que très peu d'options leur soient offertes pour tenir compte de leurs besoins particuliers, que ce soit lors d'un retour de congé de maladie prolongé ou lorsque leur situation personnelle le requiert. Cela rend leur réintégration ou la poursuite de leur cheminement parfois très stressantes et difficiles, voire impossibles dans certains cas.

Les représentants du PAMQ nous ont fait part d'une pratique assez répandue au Royaume-Uni, dans plusieurs établissements d'enseignement supérieur de médecine relevant de la Health Education England¹³ qu'on appelle *Less than full time training*¹⁴, anciennement nommée *Flexible training*, qui aurait selon eux avantage à être disponible ici. Cette approche permet aux résidents qui en font la demande et qui rencontrent des critères spécifiques à être analysés (motifs de santé, de handicap, familiaux, religieux, ou qui souhaitent se développer au plan personnel ou professionnel en parallèle de leur cursus académique) de progresser dans leur programme et leur carrière malgré leurs contraintes, en leur accordant le droit de poursuivre leur cheminement à temps partiel. Cet accommodement procure également d'autres avantages comme un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, un plus grand enthousiasme au travail, une meilleure empathie envers les patients et moins d'épuisement professionnel. Les représentants du PAMQ nous rapportent, selon les données dont ils disposent en provenance du *London Deanery*¹⁵, qu'environ 8 % des résidents poursuivraient leur formation sous un tel cheminement flexible et que ceux-ci réussiraient aussi bien que les autres.

Le PAMQ a aussi exprimé le souhait de travailler davantage en collaboration avec les différents partenaires impliqués (les facultés de médecine, la FMRQ et le BAER), et ce, dans le meilleur intérêt des résidents en difficulté. L'équipe du PAMQ croit également beaucoup en l'importance pour les professeurs cliniciens d'être encore mieux formés en pédagogie. Elle cite à cet effet des articles portant sur le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique.¹⁶

Le médecin-conseil a terminé notre entretien en illustrant de manière concrète ce qu'il estime être un modèle exemplaire d'échange entre un superviseur clinique et un résident. Il considère

¹³ Health Education England: <http://hee.nhs.uk/>

¹⁴ Less than full time training : <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/pay-and-reward/nhs-terms-and-conditions/junior-doctors-dentists-gp-registrars/less-than-full-time-training>

¹⁵ London Postgraduate Medical and Dental Education : <http://www.lpmde.ac.uk/training-programme/training-matters/less-than-full-time-training>

¹⁶ Mathieu Nendaz, Bernard Charlin, Vicki Leblanc, Georges Bordage.(2005) Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement, *Pédagogie médicale*, 6 :235-254.2005.
Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche . (2011 et 2012) Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, , *Pédagogie médicale*, 12(4) 223-229 et 231-236, 2012, 13(2), 103-108 et 109-114, 2012, 13(3) 203-208 et 209-214.

que la forme, le ton et le contenu de cet échange représentent ce à quoi on devrait s'attendre, dans un contexte d'apprentissage, à la fois des instances décisionnelles et des résidents.¹⁷

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

La Fédération des médecins résidents du Québec est un syndicat professionnel qui regroupe les associations de médecins résidents des quatre facultés de médecine du Québec, soit les universités de Montréal, McGill, Sherbrooke et Laval. Elle s'est donnée comme mission l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux, moraux, académiques et professionnels des syndicats et de leurs membres.¹⁸

Elle s'est par ailleurs associée aux travaux du *Réseau universitaire québécois pour la santé des résidents et des étudiants en médecine*, qui regroupe les fédérations de résidents et d'étudiants en médecine, les bureaux d'aide des quatre facultés de médecine et le Programme d'aide aux médecins du Québec.

Nous avons rencontré des membres du personnel de la Fédération dans le cadre de notre consultation. Ils expriment différentes réserves quant au traitement des résidents en difficulté par l'administration facultaire et universitaire. Ils se questionnent par exemple sur l'équité du processus en place à l'Université de Montréal en matière d'analyse de recevabilité des plaintes formelles en harcèlement émanant de résidents, considérant le nombre infime d'entre elles qui aurait ultimement été jugé fondé par le Comité de discipline. Ils souhaiteraient que les résidents en difficulté bénéficient de plus de souplesse et d'attention personnalisée de la part de l'administration des programmes et de la Faculté quant à leurs conditions de réalisation des stages de formation, lors, par exemple, d'un retour de congé de maladie prolongé ou à l'égard des résidents aux prises avec un handicap. Ils estiment également que les processus de convocation et les procédures devant les comités d'évaluation auraient avantage à être revus afin de respecter davantage les principes de justice naturelle et les règles d'équité procédurale, citant par exemple, des convocations de dernière minute un jour de fin de semaine pour le lundi suivant, sans que le résident soit informé réellement des motifs de la rencontre. Ils militent finalement en faveur de la mise en place de diagnostics et mesures de remédiation précoces dans le cheminement d'un résident en difficulté afin d'éviter autant que possible les exclusions de programme ou les mesures de redressement draconiennes en fin de parcours.

Le Comité du bien-être de la FMRQ (CBER)

La FMRQ a mis sur pied le Comité du bien-être des résidents en 2001 afin d'assurer la santé et le bien-être de ses membres au sein de leurs milieux de formation.¹⁹ Les membres du CBER ont développé différents projets visant à sensibiliser les milieux aux difficultés que vivent les médecins résidents. Ils ont par exemple institué des rencontres régulières avec les responsables des différents programmes pour les informer du mandat de la FMRQ et des ressources disponibles pour les résidents en difficulté. Ils ont mis sur pied la *journée du médecin résident*,

¹⁷ Voir l'échange courriel en annexe.

¹⁸ Fédération des médecins résidents du Québec : <http://fmrq.qc.ca>

¹⁹ Fédération des médecins résidents du Québec : <http://fmrq.qc.ca/ressources-et-services/sante-bien-etre/activite-sante>

ont rédigé différents articles et pris position sur la santé et le bien-être des médecins résidents, ce dont nous ferons en partie état dans la prochaine section. Ils ont également collaboré au dossier piloté par la Fédération ayant mené, en 2012, à la réduction des heures de garde en établissement, les faisant passer de 24 heures à 16 heures.

Nous avons rencontré la conseillère responsable du CBER dans le cadre de notre consultation. Elle estime qu'il est crucial pour les résidents en difficulté de s'adresser aux personnes ressources désignées, selon la situation, soit la personne responsable du stage dans le milieu, le directeur ou la directrice du programme, le BAER, la FMRQ ou le PAMQ, de sorte que les moyens appropriés soient déployés pour remédier rapidement aux problèmes qu'ils rencontrent. Les membres de son Comité ont observé qu'il existe malheureusement parfois un phénomène de stigmatisation qui peut se produire lorsqu'un résident présente des difficultés de manière récurrente, d'un milieu à l'autre, pouvant mener à des évaluations biaisées. Le Comité travaille à sensibiliser les responsables quant à cette problématique en suggérant notamment que les professeurs cliniciens soient encore mieux formés en matière de pédagogie.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

La mission du Collège des médecins est de promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois.²⁰

Le Collège est sensible à la question des résidents en difficulté. La directrice des études médicales, que nous avons rencontrée, fait le constat que de plus en plus de résidents sont en arrêt de travail pour motifs de santé et que la transition entre l'externat et la résidence peut être difficile pour les étudiants. En partenariat avec d'autres organismes, dont les facultés de médecine du Canada, le Collège est impliqué dans le groupe de travail sur *l'Avenir de l'éducation médicale du Canada*²¹ pour réfléchir à l'amélioration de la situation.

Bien entendu favorable à ce que les résidents qui éprouvent des difficultés reçoivent tout le soutien nécessaire, la directrice estime, en faisant référence aux travaux de Maxine Papadakis²², qu'il est souhaitable que ces difficultés soient identifiées assez tôt dans leur cheminement pour permettre la mise en place de plans de remédiation appropriés et éviter, autant que possible, des exclusions de programmes en fin de parcours. Elle considère que dans certains cas, un accompagnement des résidents dans une réflexion de réorientation vers d'autres domaines d'études devrait être envisagé.

La directrice fait part d'un groupe de travail qui a été créé pour élaborer un guide à l'attention des apprenants et de leurs superviseurs qui permettra une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun dans lequel les Facultés de médecine et notamment la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est activement impliquée.

Finalement, la directrice fait mention de l'entrée en vigueur, en mai 2013, du *Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en*

²⁰ Collège des médecins du Québec : <http://www.cmq.org/fr/Public/ServicesOfferts.aspx>

²¹ Association des Facultés de médecine du Canada : <http://afmc.ca>

²² Maxine Papadakis. (2001). Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: One school's approach, *Academic Medicine*, November, 76(11): 1100-6.

*médecine*²³, qui encadre la pratique des médecins résidents et la gestion des manquements aux normes de la profession. L'article 8 du Règlement prévoit une série de mesures en cas de manquement. Il peut s'agir de l'obligation à se soumettre à un programme de suivi administratif ou à un plan d'encadrement professionnel, ou encore, la limitation ou la suspension temporaire du droit d'exercice. Ces dernières mesures permettent de tenir compte des situations de résidents présentant, par exemple, des problèmes de santé mentale, et peuvent être maintenues jusqu'à ce qu'un rapport médical d'aptitude soit soumis.

²³ *Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine*, chapitre M-9, r.24.1

DONNÉES STATISTIQUES ET DOCUMENTS CONSULTÉS

Nous avons recensé des données statistiques et documents pertinents à notre analyse qui concernent la santé des médecins, résidents et étudiants de premier cycle en médecine et les difficultés qu'ils rencontrent. Ces données proviennent de notre bureau, des divers groupes et associations venant en aide aux médecins, résidents et étudiants rencontrant des difficultés, de même que de certains articles ou ouvrages ayant traité de la question. Elles reflètent un état de la situation qui se veut le plus représentatif possible de la réalité québécoise. Afin de documenter de manière plus complète notre dossier, outre les données du Québec dont nous disposons, nous avons puisé nos informations auprès de sources canadiennes et américaines.

L'ombudsman de l'Université de Montréal

Nous avons répertorié, au Bureau de l'ombudsman, 58 demandes d'assistance de résidents nous ayant été adressées au cours des dix dernières années, de 2004 à 2014. Sur ces 58 demandes, 39 ont été déposées par des résidents en difficulté, dont 26, soit plus de 67 % d'entre eux, étaient des médecins diplômés hors du Canada ou des États-Unis (DHCEU). Dix des 39 demandes avaient pour objet des problèmes d'exclusion de programme, neuf étaient reliées aux stages (placement, changement, reconnaissance de crédits et d'expérience préalable), huit étaient des demandes d'accommodement pour motif de handicap et de grossesse, huit portaient sur des questions d'évaluation (échecs, révision, procédure) et quatre demandes impliquaient la notion de harcèlement psychologique et ont été orientées vers le *Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université*. Les autres demandes avaient pour objet des difficultés d'ordre administratif.²⁴

Le Bureau d'aide aux étudiants et résidents de l'Université de Montréal (BAER)

Le directeur du BAER a rapporté ces données de la littérature sur les résidents en détresse :

20 % des résidents auraient démontré des signes de dépression

74 % des résidents auraient démontrés des signes d'épuisement professionnel

Les résidents qui rencontraient des signes de dépression auraient été susceptibles de commettre 6.2 fois plus d'erreurs de prescriptions.²⁵

²⁴ Statistiques du Bureau de l'ombudsman 2004 à 2014 : <http://ombudsman.umontreal.ca/rapports.html>

²⁵ Amy M Fahrenkopf, Theodore C Sectish, Laura K Barger, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W. Chiang, Sarah Edwards, ... Christopher P Landrigan (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study, *BMJ, March*, 336 (7642): 488-491.

Le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ)

Le PAMQ distingue les demandes d'aide des médecins de celles des résidents. Entre 2010 et 2014, il a répertorié une moyenne de 147 demandes d'aide de résidents par année. On constate que les résidents sont fortement représentés par rapport à leur population lorsque l'on compare les demandes d'aide reçues au PAMQ par des médecins en pratique. Ainsi, en 2013-2014, 124 résidents sur les 3600 résidents ont consulté le PAMQ, représentant 3.5 % de leur population, contre 1.6 % de consultations chez les médecins²⁶.

Le PAMQ répertorie sur son site internet une série d'articles d'intérêt au sujet de la santé des médecins. Dans un article intitulé « Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi » Dre Claude Johnson explique que notre société valorise beaucoup la performance et l'excellence, et que cela est particulièrement vrai en médecine. « Les perfectionnistes vivent constamment en état de stress, ce qui les rend sujets à des problèmes émotionnels, physiques et relationnels, dont la dépression, les troubles alimentaires, les conflits conjugaux, et même le suicide ». ²⁷

Les docteurs Claude Prévost et Sandra Roman abordent pour leur part la question de la satisfaction professionnelle et des conditions de pratiques dans la même revue. Ils affirment qu'en raison d'une culture médicale bien enracinée de superperformance, les médecins arrivent difficilement à vivre une pleine satisfaction professionnelle. Des stratégies défensives sont utilisées par les médecins pour répondre aux demandes et pressions importantes qu'ils vivent au travail. Il s'agit de l'hyperactivité professionnelle et de l'endurance. « Ce modèle de fonctionnement est si bien ancré que [...] nous avons beaucoup de difficultés à accepter, voire imaginer une autre façon de faire ». ²⁸

Un article du journaliste Guy Sabourin, paru en mai 2014, dans Santé Inc. intitulé *Brûlé le médecin ? Le grand tabou du médecin à bout* paru en mai 2014 aborde la difficulté pour les médecins à appliquer pour eux-mêmes les recommandations et conseils qu'ils prodiguent à leurs patients. « La culture du métier comporte encore des éléments d'invulnérabilité et de performance à vie ». ²⁹ Il indique qu'un médecin sur trois sera touché par l'épuisement professionnel au cours de sa carrière et que l'environnement professionnel dans lequel ils évoluent en est grandement responsable en raison de la charge de travail très élevée, la cadence toujours plus rapide, le sentiment de perte de contrôle, l'absence de soutien, la fatigue, la pression, le tout mettant la table pour des risques d'erreurs médicales.

²⁶ Interventions, Rapport statistique PAMQ 2013-2014 : http://www.pamq.org/assets/pdf/Rapport_statistique_2013-2014_vf.pdf

²⁷ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2009). La santé des médecins. *Le Médecin du Québec*, vol. 44, numéro 9, septembre, p.39.

²⁸ Ibid., p.58.

²⁹ Santé Inc. Mai/juin 2014, Dossiers, repéré à : <http://santeinc.com/>

La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)

Dans la publication *Le Bulletin* de l'hiver 2012³⁰, la FMRQ énonce les différents motifs de consultation des médecins résidents auprès de leur organisme : difficultés académiques, personnelles, professionnelles et problèmes de santé physique ou mentale. Bien que les responsables de la FMRQ aient noté une légère fluctuation des demandes d'assistance leur ayant été adressées de 2006-2007 à 2010-2011, (ils en reçoivent en moyenne une centaine par année) ils estiment qu'elle peut s'expliquer par le fait qu'il existe plusieurs ressources de soutien pour les résidents en difficulté. Ils précisent qu'un pourcentage significatif de près de 50 % des demandes proviennent des diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU), une proportion qui est en croissance depuis. Ils notent aussi que parmi les médecins résidents qui ont fait des demandes en 2011-2012, 50 % d'entre eux étaient engagés dans un processus d'exclusion et 68,75 % ont dû quitter pour un congé de maladie.

La FMRQ s'intéresse aussi à la question du harcèlement psychologique, qui serait subi par un nombre important de médecins résidents dans leurs milieux de formation. Dans le Fascicule 2 de janvier-février 2014, le Dr Léon Tourian, président à ce moment du Comité du bien-être des médecins résidents, mentionne que le taux d'intimidation envers les médecins résidents, selon les études disponibles, avoisinerait les 50 %. Ce qui serait d'autant plus préoccupant, c'est que dans 60 % des cas, les victimes ne dénonceraient pas la situation, soit par méconnaissance de ce qu'est le harcèlement ou l'intimidation ou des procédures pour les déclarer, soit parce que ces attitudes sont considérées comme "normales" et les résidents endurent ces situations en attendant que ça passe, ou encore par crainte d'être stigmatisés comme faibles ou à problème³¹.

Le Dr Tourian a également abordé la dure réalité du suicide chez les résidents. Il relate avoir eu beaucoup de difficultés à mettre la main sur des statistiques officielles quant au nombre de résidents s'étant enlevé la vie au Québec au cours des dernières années. Ces renseignements ne seraient pas publiquement disponibles. Il n'a pu que rendre compte des informations non officielles dont il a eu connaissance pendant ses trois années d'implication au sein du Comité du bien-être des résidents. On lui a rapporté qu'il y aurait eu 7 décès par suicide chez les médecins résidents au Québec sur une période de trente mois seulement. Ce nombre pourrait même être plus élevé. Il précise également que selon les chiffres dont il dispose, une proportion de 10 % de résidents penseraient au suicide et que 14 % souffriraient de dépression clinique, un important facteur de risque de suicide.

Il poursuit en tentant de trouver des explications à cette réalité. Il estime que le suicide ne saurait être expliqué que par la survenance d'un seul élément déclencheur ou uniquement par le stress de la formation; il y aurait toujours, selon lui, une conjugaison de facteurs, d'ordre personnel, financier, académique, psychologique ou autres, qui ultimement mèneraient une personne à poser le geste fatal³². Il est à noter qu'un deuxième bulletin portant sur le suicide a été publié à l'hiver 2015 pour sensibiliser les résidents aux ressources qui sont disponibles pour eux.³³

³⁰ FMRQ (2012). La santé et le bien être des résidents : une priorité pour la FMRQ, *Le bulletin*, hiver, volume 34, numéro 2.

³¹ FMRQ (2014). *Fascicule 2*, janvier-février.

³² FMRQ (2014). Préjugés, tabous, stigmatisation, *Le Bulletin*, hiver.

³³ FMRQ (2015) Le suicide : pas une solution, *Le Bulletin*, hiver

L'Association médicale canadienne (AMC)

Une étude menée en 2008 par le Collège des médecins de famille du Canada sur la santé des médecins canadiens, auprès de 3213 répondants, illustre que 20 % d'entre eux vivaient un burnout modéré alors que 5 % vivaient un fort burnout.

Les médecins canadiens sont en bonne santé par rapport à la population générale, plus de 90% disant être en bonne ou en excellente santé. Toutefois, 30 % estimaient que leur milieu de travail représentait un obstacle au maintien d'une bonne santé.³⁴

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)

Il nous apparaît pertinent de rapporter ces données qui concernent des étudiants de premier cycle.

Un sondage mené au printemps 2011 par la FMEQ auprès de 531 étudiants de 1^{er} cycle en médecine, représentant 32 % des étudiants inscrits au Québec, au sujet de leur bien-être fait état des données suivantes³⁵ :

Parmi les stressseurs académiques on retrouve notamment le processus d'application et de sélection du CARMS (Service de jumelage des étudiants à des programmes de formations postdoctorales en médecine à l'échelle canadienne) et le début de la résidence.

19 % ont rapporté avoir été victimes ou témoins de harcèlement
49 % ont rapporté que les études médicales ont eu un impact négatif sur les autres sphères de leurs vies.

Pendant leurs études médicales :

10,4 % ont utilisé des somnifères
3,4 % ont eu un diagnostic de dépression
5,3 % ont eu des désordres alimentaires
17,4 % pleurent chaque mois
3 % pleurent chaque jour
17,5 % ont pensé au suicide
6 étudiants ont établi un plan d'action en ce sens
2 étudiants ont tenté de se suicider

³⁴ Erica Frank, Carolina Segura, Collège des médecins de famille du Canada. (2009). Health practices of Canadian physicians, *Le Médecin de famille canadien*, août, Vol 55.

³⁵ Op. cit. note 2

Autres documents consultés

Le Dr Tait Shanafelt, professeur en médecine et directeur du *Mayo Clinic Department of Medicine Program on Physician well-being*, au Minnesota, fait état, dans un récent article³⁶ que la perception qu'a la société des médecins, soit le fait qu'ils sont des privilégiés, hautement éduqués, bien rémunérés pour un travail qui est reconnu et valorisé, n'est pas conforme à la réalité. Il illustre au contraire, à l'aide de données statistiques canadiennes et norvégiennes datant de la fin des années 1990, que les médecins vivent un très grand stress dans leur travail.

Il cite également des données plus récentes, provenant d'un large sondage ayant été mené auprès de 7,288 médecins américains. Parmi les résultats on retrouve :

- 45,8 % des médecins ont rapporté avoir vécu au moins un symptôme de burnout selon le Maslach Burnout Inventory
- Les médecins sont beaucoup plus enclins à vivre des symptômes de burnout et un déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle que des populations comparables en termes d'âge et de sexe.
- les médecins spécialistes offrant des services de première ligne sont à plus haut risque de développer ces symptômes.

Le Dr Shanafelt rapporte également que les symptômes de burnout débutent souvent lors de la résidence. Il cite une revue de littérature de 2004 de 15 études qui démontraient que 40 % à 70 % des résidents ont vécu des symptômes de burnout. Il ajoute qu'une étude spécifique impliquant 16 000 résidents en médecine interne a démontré que les résidents qui souffraient de burnout n'absorbaient pas les enseignements et les apprentissages au même niveau que leurs pairs pendant leur programme de formation. Parmi les conséquences du burnout chez les médecins, il mentionne la dégradation possible des soins offerts et l'augmentation du risque de commettre des erreurs médicales, lesquelles ont un impact direct sur le niveau de stress et de détresse du médecin.

Le Dr Shanafelt mentionne finalement que la prévalence de la dépression est comparable chez les médecins par rapport à la population en général. En revanche, les médecins seraient de façon disproportionnée plus enclins au suicide. Les hommes médecins auraient un taux de suicide 3,4 fois supérieur aux hommes d'autres professions, alors que ce taux grimpe à 5,7 fois chez les femmes médecins.

Dans un article intitulé *Physician Suicide*³⁷, on estime qu'en moyenne, aux États-Unis, il y a 400 décès par suicide chaque année chez les médecins, ce qui représente un taux beaucoup plus élevé que dans la population en général. Le suicide est souvent le résultat d'une dépression non traitée ou non adéquatement traitée. On précise que la dépression est présente au sein de la profession médicale dans une proportion à peu près équivalente à la population générale, soit 12 % chez les hommes et 18 % chez les femmes, mais que sa prévalence est plus marquée chez les résidents en médecine, à 15 % chez les hommes et 30 % chez les femmes. On précise de plus que les médecins et les résidents ont peu tendance à consulter pour leurs symptômes dépressifs

³⁶ Tait D. Shanafelt , Sonja Boone, Litjen Tan, Lotte N. Dyrbye, Wayne Sotile, Daniel Satele, Colin P. West, ... Michael R. Oreskovich.(2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population, *JAMA Internal medicine*, October 8, Vol 172, No. 18.

³⁷ Louise B. Andrew, MD, JD; Chief Editor: Barry E Brenner, MD, PhD, FACEP. (2011). Physician suicide, *FACEP, May, Medscap Reference Web, MD, LLC*.

en raison du stigmate qui y est rattaché, ce qui laisse penser que les pourcentages seraient plus élevés. On signale finalement qu'alors que les médecins en bonne santé ont déjà de la difficulté à demander de l'aide de quelle que nature que ce soit, il est encore plus difficile pour eux d'accepter de consulter lorsqu'ils se sentent inadéquats et dépressifs.

Dans un collectif ayant pour thème la détresse des médecins, les auteurs Marie-France Maranda, Marc-André Gilbert, Louise St-Arnaud et Michel Vézina citent un article de Miller *et al.* (2000) qui aborde le fait que les médecins ne sont pas invincibles. Ils résument : « Le stress peut conduire à de tragiques conséquences, dont le suicide, remarqué chez les membres de cette catégorie professionnelle, de même que la dépression, l'abus de substance et les problèmes conjugaux. »³⁸ Selon ces auteurs, les femmes médecins sont particulièrement à risque. Pourtant, les médecins ne sont pas portés à demander de l'aide et, souvent, ils préfèrent se « soigner » eux-mêmes.

Rapportant cette fois des données provenant d'un article sur l'épuisement professionnel chez les résidents en médecine familiale et en psychiatrie, les auteurs notent : « Woodside *et al.* (2004) ont constaté que le taux de ceux ayant des scores élevés d'épuisement professionnel augmente au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur résidence. Les chercheurs ont également relevé une diminution de la satisfaction envers l'environnement de travail avec le temps de résidence. »³⁹

³⁸ Marie-France Maranda, Marc-André Gilbert, Louise St-Arnaud, Michel Vézina. (2006). La détresse des médecins : Un appel au changement, *Les Presses de l'Université Laval*.

³⁹ Ibid. p.121

ANALYSE DES INFORMATIONS ET DONNÉES RECUEILLIES

Nous avons répertorié un grand nombre de ressources disponibles pour apporter de l'aide aux résidents en difficulté. Nous avons également répertorié de nombreux outils réglementaires et procéduraux qui ont été développés par le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les différents programmes pour bien encadrer l'évaluation des résidents et le soutien pour ceux qui rencontrent des difficultés. Les responsables facultaires et départementaux sont sensibles à ces questions et tendent à exercer leurs rôles et responsabilités de leur mieux, avec le temps et les outils dont ils disposent.

Nous dressons ici la liste de ce que nous jugeons être de bonnes pratiques en vigueur dans les programmes d'études médicales postdoctorales quant à ces enjeux.

Les bonnes pratiques identifiées

Évaluation et procédure

- Un processus d'évaluation établi qui précise les différentes étapes et le rôle des différentes parties prenantes⁴⁰.
- L'évaluation statutaire des professeurs-cliniciens par les résidents.
- Des suivis faits par l'administration facultaire auprès de professeurs-cliniciens qui font l'objet d'évaluations négatives ou de plaintes récurrentes de la part de résidents.
- Une procédure administrative détaillée et respectueuse des principes de justice naturelle et d'équité procédurale lors de l'exercice des recours auprès du comité de révision, prévue au *Règlement des études médicales postdoctorales*⁴¹ et précisée en détails dans le *Guide des résidents*⁴² et sur le site internet de la Faculté⁴³.
- Une *Politique-cadre de la faculté sur la sécurité des résidents*⁴⁴ qui aborde les dimensions de sécurité physique, psychologique et professionnelle. On y prévoit par exemple que les informations accessibles au comité d'évaluation ne doivent être divulguées que lorsque des dispositions de remédiation à mettre en œuvre impliquent des acteurs autres que les membres du comité. Ces informations ne devraient qu'exceptionnellement être transmises par une personne autre que le directeur de programme. De plus, les évaluations et les plaintes faites par les résidents doivent être traitées de façon à assurer l'anonymat des résidents autant

⁴⁰ Processus d'évaluation, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/evaluation/processus/>

⁴¹ Op.cit. note 3

⁴² Op.cit. note 4

⁴³ Procédure-Comité de révision, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/procedure-comite-revision/>

⁴⁴ Politique-cadre de la faculté sur la sécurité des résidents, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/guide-de-securite/>

que possible. De façon générale, le directeur de programme devrait agir comme modérateur auprès des divers intervenants.

- Une procédure décrite à la fois sur le site internet de la Faculté⁴⁵ et dans le *Guide des résidents*⁴⁶, pour contrer et gérer, à l'interne, en première ligne, les situations d'intimidation et de harcèlement au sein des différents programmes, et qui fait spécifiquement référence aux services offerts par le *Bureau d'intervention en matière de harcèlement* de l'Université⁴⁷.
- Un *Code d'éthique* propre à la Faculté de médecine⁴⁸, applicable aux étudiants, aux professeurs et personnel enseignant et aux membres du personnel non-enseignant. Le Code affirme les valeurs auxquelles la Faculté adhère et dont elle fait la promotion, que sont la liberté et l'autonomie intellectuelles, la bienfaisance, la justice et l'équité, l'intérêt public, le respect, l'honnêteté et l'intégrité et la responsabilité. L'article 3.1 prévoit, au chapitre des règles de conduite à adopter envers autrui :

« 3.1. *Tout membre de la faculté doit adopter une conduite personnelle et professionnelle irréprochable envers les individus qu'il côtoie dans le cadre de ses fonctions, notamment :*

3.1.1. *En respectant l'intégrité physique et mentale d'autrui,*

3.1.2. *En démontrant un esprit d'ouverture et de respect de la différence,*

3.1.3. *En refusant la discrimination ou l'intimidation sous toutes ses formes,*

3.1.4. *En étant attentif aux inégalités de pouvoir que peuvent engendrer la profession et les rapports hiérarchiques liés à sa fonction,*

3.1.5. *En recherchant et en respectant l'expertise et la contribution de chacun,*

3.1.6. *En démontrant un effort constant de développement personnel et professionnel, notamment par l'engagement actif dans l'acquisition et le partage de ses connaissances et compétences,*

3.1.7. *En reconnaissant la fatigue excessive et par l'abstention de tout usage d'alcool ou de substance qui pourrait interférer avec ses responsabilités académiques, professionnelles ou cliniques. »*

Accommodements et mesures de soutien

- Des mécanismes de remédiation établis pour les résidents en difficulté incluant des mesures telles le mentorat, la supervision, un complément de formation, des lectures dirigées, etc.

⁴⁵ Op.cit. note 10

⁴⁶ Op.cit. note 4

⁴⁷ Op.cit. note 9

⁴⁸ *Code d'éthique de la Faculté de médecine, Faculté de médecine, UdeM* : http://ethiqueclinique.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/14/code_ethique.pdf

- La possibilité pour le résident qui rencontre des difficultés d'ordre personnel ou professionnel, de rencontrer le directeur de l'enseignement, les personnes ressources désignées dans les milieux, le directeur de programme, le directeur de département, le tuteur, la vice-doyenne et le comité d'évaluation ou encore l'orientation vers les ressources appropriées que sont le BAER, le PAMQ, la FMRQ, le *Bureau d'intervention en matière de harcèlement de l'Université*⁴⁹, le *Bureau de l'ombudsman*⁵⁰ ou autre.
- L'offre d'accommodements pour des motifs de santé ou lors de retours de congés de maladie prolongés : autorisation possible de une à trois périodes de stages non contributives au cours desquelles il n'y a ni garde ni évaluation, possibilité de changements de milieux, report de convocations devant le comité d'évaluation, etc.
- La possibilité pour les résidents de demander un changement de programme⁵¹, un transfert d'université⁵² et de bénéficier d'un stage en entente interuniversitaire⁵³ dans certaines circonstances.
- La mise en place, à compter de l'automne 2015, d'un projet pilote de soutien par les pairs qui sera intégré à l'horaire des résidents de certains milieux de formation.

Formation

- Les formations à la pédagogie dispensées par le CPASS, dont celles destinées aux professeurs-cliniciens, aux résidents de niveau I et aux résidents séniors.
- Un espace internet, sur le site du CPASS, dédié aux ressources disponibles en matière de pédagogie des sciences de la santé, s'adressant aux professionnels qui souhaitent suivre l'actualité dans ce domaine.
- Un coaching informel offert par des membres du programme de médecine de famille à des directeurs d'autres programmes et comités d'évaluation, afin de les soutenir dans l'élaboration de plans de remédiations efficaces et répondant aux besoins spécifiques des résidents en difficulté.

Liens et collaboration avec les ressources externes

- Le projet conjoint impliquant l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), axé sur la promotion de la santé et le bien-être des médecins. Les activités de mise en œuvre de ce projet, financé par Santé Canada, s'appuient sur le rapport

⁴⁹ *Op. cit.* note 9.

⁵⁰ Bureau de l'ombudsman : <http://www.ombudsman.umontreal.ca/>

⁵¹ Changement de programme, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/changement-de-programme/>

⁵² Transfert d'université, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/transfert-duniversite/>

⁵³ Politique sur les stages en entente interuniversitaire, Faculté de médecine, UdeM : <http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/entente-interuniversitaire/>

intitulé « *Une vision collective pour les études médicales postdoctorales au Canada* », publié en mars 2012⁵⁴. Ce rapport est le fruit de vastes recherches, études et consultations auprès d'enseignants en médecine, de sociétés professionnelles, d'organismes de réglementation, de médecins praticiens, de chirurgiens, de résidents et d'étudiants. Dix recommandations ont été formulées à l'issue de cet exercice : créer des milieux positifs et propices aux apprentissages, assurer une intégration et des transitions efficaces tout au long du continuum pédagogique, mettre en œuvre des systèmes d'évaluation efficaces, former, appuyer et reconnaître les enseignants-cliniciens, encourager le développement de compétences de leadership chez les futurs médecins, etc.

- Un groupe de travail chapeauté par le Collège des médecins du Québec, dans lequel est impliquée la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, concernant la rédaction d'un guide à l'attention des apprenants et de leurs superviseurs qui permettra une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de toutes les personnes impliquées dans l'évaluation des résidents.
- Le *Réseau universitaire québécois pour la santé des résidents et des étudiants en médecine*, qui regroupe les fédérations de résidents et d'étudiants en médecine, les bureaux d'aide des quatre facultés de médecine et le Programme d'aide aux médecins du Québec.
- La bonne collaboration des instances facultaires et des responsables de programmes avec le Bureau de l'ombudsman lors de ses interventions auprès d'eux.

Pistes d'améliorations et recommandations

Tel que précédemment rapporté, de multiples ressources sont disponibles pour les résidents en difficulté. Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les différents responsables de programmes sont conscients des difficultés rencontrées par bon nombre d'entre eux et ont mis en place plusieurs outils, au cours des années, pour les accompagner au mieux. La littérature consultée, ainsi que les données statistiques recensées, exposant clairement la détresse vécue chez les résidents, les deux plus récents suicides de résidentes inscrites dans des programmes de spécialité de l'Université et des situations de harcèlement et d'intimidation bien enracinées dans certains milieux ou dont le traitement manque de neutralité et de transparence nous amènent toutefois à penser que, malgré les bonnes pratiques déjà en vigueur, il y a encore place à amélioration. Les constats ci-dessous tentent de circonscrire les améliorations possibles en matière d'évaluation et procédure, d'accommodements et mesures de soutien, de formation et de collaboration avec les ressources externes. Ils ont mené à l'élaboration des recommandations qui suivent.

Évaluation et procédure

Nous avons fait le constat qu'il existe un écart important entre la panoplie de règles, procédures et pratiques du processus d'évaluation des résidents, et leur application dans la pratique. Trop souvent encore entend-on, par exemple, des résidents déplorer ne pas recevoir de rétroaction

⁵⁴ Association des Facultés de médecine du Canada : http://afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf

régulière, que celle-ci ne soit pas détaillée ou qu'elle se déroule dans un climat de tensions et de manque de respect.

Les directeurs de programme sont identifiés comme personnes-ressources pour les résidents qui rencontrent des difficultés de toute nature. Comme ils sont disponibles et accessibles, puis suivent de près le cheminement de leurs étudiants, une relation de confiance s'établit entre eux et les résidents se sentent souvent à l'aise de se confier à eux quant à des difficultés d'ordre personnel, académique ou clinique. Certains directeurs ajoutent à ce rôle de soutien, une implication au niveau de l'évaluation des résidents qui nous apparaît incompatible avec leur fonction. Ce double rôle présente selon nous le risque que les évaluations académiques soient biaisées par des informations fournies par le résident à son directeur sous le sceau de la confiance. Dans la même perspective, le directeur du programme devrait s'abstenir de divulguer des informations concernant les difficultés d'un résident aux responsables des prochains stages qu'il doit effectuer, sauf dans la mesure où cela est requis pour la mise en place d'un plan de remédiation.

Le dépistage de déficiences académiques et cliniques majeures chez certains résidents se fait parfois tellement tardivement, qu'il devient impossible d'imaginer des mesures de soutien appropriées. S'ensuivent des discussions sur un changement possible de carrière, des plans de remédiation draconiens ou des exclusions du programme, ce qui n'est pas sans entraîner des impacts majeurs sur l'estime de soi, l'équilibre et la santé psychologique du résident, en particulier lorsque de telles mesures ou discussions ont lieu en fin de programme.

Alors que les règles de procédure applicables aux recours devant le Comité de révision des études médicales postdoctorales sont explicites et respectueuses des principes de justice naturelle et d'équité procédurale, nous avons constaté l'inexistence de telles balises au niveau des comités d'évaluation. Des convocations faites à la dernière minute sans en préciser les motifs ou la restriction du droit d'être accompagné ou entendu posent, à notre avis, un problème de justice naturelle. Aussi, il nous apparaîtrait important qu'un intervenant neutre, non votant, puisse siéger à ces comités lorsqu'un résident y exerce ses recours et y est entendu, afin de garantir l'équité du processus.

L'évaluation des professeurs-cliniciens par les résidents est un moyen simple et efficace pour les administrateurs des programmes de mesurer la qualité de l'enseignement et de l'encadrement reçus et de faire les suivis appropriés lorsque requis. Selon les témoignages obtenus au cours de notre consultation, cette pratique essentielle ne semble pas être déployée pleinement au sein des différents programmes, privant ainsi les responsables de données essentielles dans une perspective d'amélioration des pratiques. Dans la même veine, il pourrait être utile et constructif que les membres des comités d'évaluation et de révision puissent être saisis des commentaires anonymes des résidents ayant comparu devant eux pour éventuellement améliorer leurs approches en fonction de ceux-ci.

Ainsi, en matière d'évaluation et procédure, l'ombudsman recommande :

- Que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les directions de programmes prennent tous les moyens nécessaires pour que les résidents reçoivent de la rétroaction constructive et détaillée, dans un climat de respect, tout au long des activités de stage et lors de leurs évaluations formelles;
- Que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les directions de programmes prennent tous les moyens nécessaires pour éviter la divulgation

d'informations relatives aux difficultés des résidents dans un nouveau milieu de stage, sauf dans la mesure où un plan de remédiation le requiert, conformément à la Politique-cadre de la faculté sur la sécurité des résidents⁵⁵;

- Que les directeurs de programmes évitent de cumuler les rôles de soutien pour les résidents en difficulté et d'évaluation de ces mêmes résidents;
- Que les directeurs de programme identifient rapidement les difficultés majeures des résidents, de sorte que des plans de remédiation adaptés à leurs besoins puissent être établis tôt dans leur cheminement, lorsque cela est possible;
- Que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les directions de programme évitent, dans la mesure du possible, les exclusions de programme et la discussion sur une possible réorientation de carrière alors que le résident est en fin de programme;
- Que le comité d'évaluation applique les mêmes règles de procédures que celles en vigueur au comité de révision lors des rencontres avec les résidents (principes de justice naturelle et d'équité procédurale);
- Qu'un intervenant neutre soit présent, à titre de gardien du processus, lorsque les résidents exercent leurs recours et qu'ils sont entendus par les comités d'évaluation et de révision;
- Que l'évaluation des professeurs-cliniciens soit faite de manière plus systématique par les résidents afin que les suivis appropriés puissent être faits par le vice-décanat aux études médicales postdoctorales lorsque requis;
- Que les résidents ayant exercé des recours devant les comités d'évaluation et de révision puissent émettre confidentiellement leurs commentaires à l'attention du vice-décanat aux études médicales postdoctorales sur l'expérience qu'ils ont vécue.

Accommodements et mesures de soutien

La notion d'accommodement raisonnable est fondée sur le droit à l'égalité. Elle a pour objectif de corriger une discrimination prohibée par la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* à l'article 10, soit : la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.⁵⁶ Cette obligation juridique, découlant de la jurisprudence, s'applique lorsqu'une règle ou une pratique, en apparence neutre, est préjudiciable à une personne en raison de l'un des motifs énumérés à l'article 10.

L'Université de Montréal est soumise à cette obligation d'accommodement. Nous estimons que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les directions de programmes devraient ajuster leurs pratiques en conséquence, en permettant davantage les accommodements raisonnables aux résidents qui se trouvent dans une situation personnelle protégée par la Charte. Nous pensons plus particulièrement aux situations de handicap physique et de santé

⁵⁵ Op.cit. note 44.

⁵⁶ *Charte des droits et libertés de la personne du Québec, L.R.Q., c. C-12, article 10*

mentale documentées par un diagnostic médical, aux contraintes des parents responsables de jeunes enfants (l'état civil), et aux motifs religieux. La majeure partie des demandes d'accommodements proviennent des résidents qui sont aux prises avec un handicap ou qui ont des motifs familiaux. Bien que certains aménagements soient proposés aux résidents ayant des besoins particuliers, comme nous en avons fait état dans la section précédente, c'est l'allègement de leur charge de travail, dont le cheminement à temps partiel, qui représente souvent la modalité la plus adaptée pour répondre à leurs besoins, ce qui n'est malheureusement pas autorisé à l'heure actuelle par le vice décanat et les directions de programmes. D'autres modalités d'accommodement pourraient être déployées encore davantage, pour les résidents ayant une condition particulière, telles : de faciliter un changement de superviseur ou de milieu de stage ou l'offre de stage par entente interuniversitaire lorsque la situation le justifie. Il nous apparaît qu'un contexte de travail et d'évaluation non optimal peut donner lieu, pour les résidents ayant des besoins particuliers, à des résultats non représentatifs de leurs capacités réelles, avec toutes les conséquences que cela peut impliquer sur la suite de leur cheminement.

Le vice-décanat aux études médicales postdoctorales devrait également, à notre point de vue, donner ouverture à plus d'aménagements particuliers pour les résidents diplômés hors du Canada et des États-Unis. Ces aménagements pourraient permettre à ceux qui en ressentent le besoin de prendre le temps de bien s'intégrer à leur communauté d'accueil et de se familiariser avec le système de santé québécois sans trop sentir la pression de performer dans un nouvel environnement de vie, de travail et d'études. Ainsi, le cheminement à temps partiel, la complétion de périodes de stages non contributives et un accompagnement particulier en début de parcours, représenteraient des possibilités intéressantes à cet égard.

Il ressort de notre consultation que le *Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé* joue un rôle très important et positif au sein des programmes d'études médicales postdoctorales, notamment en termes d'offre de formation axée sur les nouvelles méthodes pédagogiques. Le programme de médecine de famille a par ailleurs développé, de manière informelle, en collaboration avec certains membres du CPASS, une offre efficace et pertinente de soutien et de coaching pour seconder les responsables de l'évaluation de leur programme lors de la mise en place de mesures de remédiation adaptées aux besoins des résidents en difficulté. Des responsables de d'autres programmes ont aussi fait appel à ce groupe pour les épauler dans la gestion de ces situations délicates, mais les ressources manqueraient pour étendre ce service de manière formelle à tous les programmes. Ainsi, il nous apparaît essentiel que soit créé un comité de soutien à l'évaluation, formé par exemple d'un médecin spécialisé dans les nouvelles approches pédagogiques, d'un spécialiste en psychologie organisationnelle, et d'un expert en gestion de conflits. Ce comité serait disponible, au besoin, pour accompagner les responsables de l'évaluation de l'ensemble des programmes dans la gestion des situations de résidents en difficulté et dans la mise en place de stratégies de remédiation appropriées.

Finalement, le jumelage des nouveaux résidents avec des résidents seniors, pour faciliter la transition entre le premier cycle et la résidence, l'implantation définitive de l'activité de soutien par les pairs au programme, dès lors que le projet pilote sera complété et qu'on aura jugé ses résultats efficaces et satisfaisants et l'offre d'outils de gestion du stress comme la méditation de pleine conscience qui a été intégrée avec succès au cursus du premier cycle, sont autant de mesures de soutien qui méritent selon nous une attention particulière.

Ainsi, en matière d’accommodements et de mesures de soutien, l’ombudsman recommande :

- Que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales et les directions de programmes assouplissent leur position à l’égard des demandes d’accommodements des résidents, conformément à l’obligation jurisprudentielle qui leur incombe, pour tout motif protégé par la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*⁵⁷, et plus particulièrement, les motifs de handicap physique ou de santé mentale, les motifs liés à l’état civil de parent et les motifs religieux, en permettant par exemple le cheminement à temps partiel (*Less than full time training*);
- Que davantage d’alternatives soient proposées aux résidents en difficulté comme de faciliter le changement de superviseur, le changement de milieu de stage, ou l’offre de stages par entente interuniversitaire lorsque la poursuite dans des conditions non optimales risque de les stigmatiser et de mettre en péril leur équilibre et leur réussite;
- Que les diplômés hors Canada et États-Unis puissent bénéficier d’un accompagnement, en début de parcours, au besoin, afin de leur permettre une meilleure intégration dans leur programme (stages non contributives, *coaching* individualisé, encadrement particulier);
- Qu’un comité de soutien à l’évaluation soit créé et mis à contribution au sein de tous les programmes pour assister les comités d’évaluation dans la gestion des situations de résidents en difficulté et dans la mise en place de stratégies de remédiation qui soient adaptées à leurs besoins;
- Que l’activité de soutien par les pairs soit rapidement implantée dans tous les milieux de formation et programmes si les résultats du projet pilote s’avèrent concluants;
- Qu’un jumelage soit systématiquement fait entre un résident débutant un programme et un résident sénior;
- Que des outils de gestion du stress soient disponibles pour les résidents, comme par exemple, la pratique de la méditation de pleine conscience qui a été intégrée au cursus des études médicales de premier cycle.

Formation

Les formations dispensées par le *Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé* sur l’enseignement à la pédagogie visent à former les nouveaux tuteurs aux meilleures pratiques en matière d’évaluation et d’encadrement des étudiants. Elles sont actuellement données de manière systématique et obligatoire à tous les résidents de 1^{er} niveau ainsi qu’aux nouveaux professeurs cliniciens, et disponibles à tous les autres qui souhaitent y être sensibilisés.

Il nous apparaît que ces notions de pédagogie sont tellement essentielles à quiconque joue un rôle d’évaluation auprès des résidents que ces formations devraient être obligatoires pour tous les professeurs cliniciens déjà en pratique et intégrées au cursus de tous les résidents finissants

⁵⁷ Ibid.

afin que ces derniers puissent endosser leur futur rôle de professeurs-cliniciens avec les meilleurs outils disponibles. Nous avons constaté que les nouveaux résidents et les nouveaux professeurs cliniciens sont souvent ceux qui démontrent d'emblée une ouverture face à ces approches constructives de la pédagogie, alors que ceux qui jouent ce rôle depuis plusieurs années y sont parfois réfractaires et tendent à se maintenir dans des façons de faire centrées sur la stricte évaluation des connaissances et compétences, sans beaucoup se préoccuper du contexte de l'apprentissage et de ce qui sous-tend les lacunes des résidents.

Le dépistage précoce des résidents en difficulté est reconnu, par plusieurs personnes consultées, comme une mesure importante pour permettre la mise en place de mesures adaptées d'accompagnement et de remédiation tôt dans le cheminement et éviter autant que possible les mesures draconiennes de redressement, voire les exclusions de programmes, en fin de parcours. Les directeurs de programmes et les membres des comités d'évaluation sont bien placés pour assumer cette responsabilité de veille et d'encadrement et pourraient avantageusement bénéficier d'une formation spécifique à cet égard, en plus de recevoir un appui, au besoin, d'un éventuel comité de soutien à l'évaluation, tel qu'abordé précédemment. De même, une formation de sensibilisation aux problèmes de santé mentale que peuvent vivre les résidents en cours de programme pourrait leur être offerte, ainsi qu'aux membres du comité de révision, afin qu'ils puissent adapter leurs approches en tenant compte de la vulnérabilité particulière de ces résidents.

Comme nous l'avons souligné, la mise en place d'une procédure interne de traitement des situations de harcèlement par la Faculté de médecine dénote sa sensibilité à ces problématiques et sa proactivité à agir pour les contrer. Toutefois, considérant qu'il y aurait, dans certains cas, présence de conflits d'intérêts apparents ou avérés, dû à la trop grande proximité des personnes responsables d'appliquer cette procédure dans les situations de harcèlement portées à leur attention, il serait souhaitable qu'elles soient sensibilisées à la notion de conflit d'intérêts avant d'endosser ce rôle. Dans la même optique de préserver l'intégrité du processus de traitement interne des plaintes en matière de harcèlement, les responsables bénéficieraient selon nous d'une formation appropriée sur les notions juridiques et psychosociales encadrant le harcèlement psychologique et l'intimidation et sur les meilleures pratiques pour traiter ces situations adéquatement. En plus de fournir un meilleur encadrement de ces signalements, la compréhension accrue de ce que sont le harcèlement et ses impacts pourrait assurer un meilleur soutien psychosocial aux protagonistes.

Finalement, la Faculté de médecine s'est dotée d'un *Code d'éthique* pertinent qui fait la promotion des valeurs auxquelles elle souscrit, telle l'obligation pour tout membre de la Faculté d'avoir une conduite personnelle et professionnelle irréprochable à l'égard d'autrui. Il importe, selon nous, que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales procède par tous les moyens utiles à des rappels réguliers de l'existence de cette obligation et qu'il mette en place les mesures appropriées pour que cessent les pratiques ou attitudes inappropriées de harcèlement ou d'intimidation se manifestant, parfois de manière récurrente et bien enracinée, chez certains membres de sa communauté et dans certains milieux.

Ainsi, en matière de formation, l'ombudsman recommande :

- Que les formations offertes par le *Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé* soient obligatoires pour tous les professeurs-cliniciens, incluant les notions de pédagogie telles :

- L'établissement et le maintien d'un environnement respectueux et propice à l'apprentissage
 - L'art de donner de la rétroaction constructive
 - Le respect et la promotion de la diversité
 - L'offre de chances égales à tous les résidents de progresser
 - L'établissement d'un diagnostic adapté aux difficultés des résidents
 - L'établissement d'un plan d'action qui réponde au diagnostic posé;
- Qu'une telle formation soit intégrée au cursus de tous les résidents finissants afin de faciliter la transition vers leur pratique professionnelle et leur future responsabilité de professeur-clinicien;
 - Que les directeurs de programmes ainsi que les membres des comités d'évaluation soient formés, et appuyés par un comité de soutien à l'évaluation, pour dépister de manière précoce les résidents en difficulté afin de pouvoir leur procurer un accompagnement adapté à leur situation et leurs besoins;
 - Que les directeurs de programmes ainsi que les membres des comités d'évaluation et de révision soient formés aux problématiques de santé mentale chez les résidents afin de pouvoir jouer leur rôle avec toute l'empathie et l'humanisme nécessaires auprès des résidents plus vulnérables;
 - Que les personnes responsables d'appliquer la procédure interne de traitement des plaintes en matière de harcèlement de la Faculté soient sensibilisées et formées aux notions de conflits d'intérêts et aux notions juridiques et psychosociales encadrant la définition et la gestion des situations de harcèlement psychologique et d'intimidation;
 - Que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales rappelle, par tous les moyens nécessaires, l'obligation qui incombe à tous, qu'ils soient résidents, personnel enseignant et non enseignant, d'adopter une conduite personnelle et professionnelle irréprochable à l'égard de toutes les personnes qu'ils côtoient dans le cadre de leurs fonctions, tel que prescrit à l'article 3.1 du *Code d'éthique de la Faculté de médecine*⁵⁸, et que les suivis appropriés soient faits pour que les conduites inacceptables cessent, le cas échéant.

Liens et collaboration avec les ressources externes

Nous avons appris l'existence, dans le cadre de notre consultation, du *Réseau universitaire québécois pour la santé des résidents et des étudiants en médecine* : il regroupe les différents acteurs appelés à jouer un rôle de soutien auprès de ceux qui vivent des difficultés, soit les facultés de médecine, les bureaux universitaires d'aide aux étudiants et résidents, le Programme d'aide aux médecins du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec. Un tel regroupement nous apparaît très pertinent pour utiliser de façon optimale les ressources disponibles et cibler les options de soutien les plus appropriées. Nous estimons regrettable toutefois que ce comité ne soit pas très actif actuellement et que chacun des groupes qui en fait partie semble jouer son rôle en vase clos. Une collaboration accrue et des actions concertées entre les différents partenaires impliqués favoriseraient selon nous une gestion efficace des situations impliquant des résidents en difficulté. Le Bureau d'aide aux étudiants et résidents, en

⁵⁸ Op. cit. note 48.

tant qu'instance universitaire, pourrait jouer un rôle pivot au sein du regroupement, en facilitant les communications et les discussions entre la Faculté et les ressources externes.

Ainsi, en ce qui concerne les liens et la collaboration avec les ressources externes, l'ombudsman recommande :

- Que le *Réseau universitaire québécois pour la santé des résidents et des étudiants en médecine* soit davantage mis à contribution et que le BAER puisse y jouer un rôle de premier plan en facilitant la communication et la collaboration entre l'Université et les ressources externes d'aide aux résidents.

CONCLUSION

Les informations et données que nous avons recensées dans le cadre de notre consultation sont éloquentes. La réalité personnelle et professionnelle des médecins, des résidents et des étudiants en médecine est difficile. Plusieurs d'entre eux seraient aux prises avec des symptômes d'épuisement professionnel et de dépression et seraient significativement plus enclins au suicide que la population en général.

La réalité des médecins-résidents est d'autant plus difficile qu'ils cumulent plusieurs rôles et responsabilités et que cette transition vers leur carrière professionnelle ne se déroule pas toujours de manière harmonieuse. Les études médicales postdoctorales sont empreintes de la culture bien enracinée de la superperformance, qui prévaut également chez les médecins en pratique, où tacitement, on exige du professionnel qu'il soit au service de ses patients, de ses confrères et consœurs, s'oubliant totalement, faisant fi de ses propres besoins et difficultés, parfois au péril de son équilibre et de sa santé.

Nous avons fait état des nombreux outils et ressources existants pour évaluer, soutenir et encadrer adéquatement les résidents en difficulté. Nous avons également constaté que le vice-décanat aux études médicales postdoctorales ainsi que les directions de programmes visent à mettre en œuvre les meilleures pratiques en ces matières, et c'est dans cette perspective d'amélioration globale et continue des approches et des processus que nous avons formulé nos recommandations. Nous croyons, de la même manière que nous avons perçu l'ouverture du vice-décanat et des responsables des différents programmes lors de la présente consultation, que ces pistes d'améliorations et recommandations seront reçues et analysées avec la même ouverture et attention. Au nom des résidents, nous les en remercions.

BIBLIOGRAPHIE

À la suite de chaque référence se trouvent les numéros des notes infrapaginales.

Règlements, politiques et procédures

Changement de programme, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/changement-de-programme/>. Note 51

Charte des droits et libertés de la personne du Québec, L.R.Q., c. C-12, article 10. Notes 56, 57

Code d'éthique de la Faculté de médecine, Faculté de médecine, UdeM :

http://ethiqueclinique.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/14/code_ethique.pdf.
Notes 48,58

Guide du résident, Faculté de médecine, UdeM : http://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/8/guide_du_resident.pdf.

Notes 4, 11, 42, 46

Intimidation et harcèlement, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/intimidation-et-harcelement/>. Notes 10, 45

Politique sur les stages en entente interuniversitaire, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/entente-interuniversitaire/>. Note 53

Politique-cadre de la faculté sur la sécurité des résidents, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/guide-de-securite/> Note 44, 55

Procédure-Comité de révision, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/procedure-comite-revision/>. Note 43

Processus d'évaluation, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/evaluation/processus/>. Note 40

Règlement des études médicales postdoctorales, UdeM :

<http://etudes.umontreal.ca/reglements/RPmedPostdoc.pdf>. Notes 3, 41

Règlement relatif à la fonction et au statut de l'ombudsman à l'Université de Montréal :

<http://ombudsman.umontreal.ca/reglement.html>. Note 1

Règlement sur les modalités de contrôle des personnes effectuant un stage de formation professionnelle en médecine, chapitre M-9, r.24.1. Note 23

Transfert d'université, Faculté de médecine, UdeM :

<http://medecine.umontreal.ca/etudes/etudes-medicales-postdoctorales/etudiants-actuels/reglements-procedures/transfert-duniversite/>. Note 52

Ouvrages et articles consultés

- Amy M Fahrenkopf, Theodore C Sectish, Laura K Barger, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W. Chiang, Sarah Edwards, ... Christopher P Landrigan (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study, *BMJ*, March, 336 (7642): 488-491. Note 25
- Erica Frank, Carolina Segura, College des médecins de famille du Canada. (2009). Health practices of Canadian physicians, *Le Médecin de famille canadien*, août, Vol 55. Note 34
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2009). La santé des médecins. *Le Médecin du Québec*, vol. 44, numéro 9, septembre, p.39. Notes 27, 28
- FMRQ (2012). La santé et le bien être des résidents : une priorité pour la FMRQ, *Le bulletin*, hiver, volume 34, numéro 2. Note 30
- FMRQ (2015) Le suicide : pas une solution, *Le Bulletin*, hiver. Note 33
- FMRQ (2014). *Fascicule 2*, janvier-février. Note 31
- FMRQ (2014). Préjugés, tabous, stigmatisation, *Le Bulletin*, hiver. Note 32
- Gilbert Sanche, Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin (2012). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, III - Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses : la fermeture prématurée, *Pédagogie médicale*, 13(2) : 103-108. Note 16
- Gilbert Sanche, Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin. (2012). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, VI - Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention, *Pédagogie médicale*, 13(3) : 209-214. Note 16
- Louise B. Andrew, MD, JD; Chief Editor: Barry E Brenner, MD, PhD, FACEP. (2011). Physician suicide, *FACEP*, May, Medscape Reference Web, MD, LLC. Note 37
- Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, I - Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie médicale*, 12(4) 223-229. Note 16
- Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin, Gilbert Sanche. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, II - Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses, *Pédagogie médicale*, 12(4) : 231-236. Note 16
- Marie-France Maranda, Marc-André Gilbert, Louise St-Arnaud, Michel Vézina. (2006). La détresse des médecins : Un appel au changement, *Les Presses de l'Université Laval*. Notes 38, 39
- Mathieu Nendaz, Bernard Charlin, Vicki Leblanc, Georges Bordage (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6 : 235-254, 2005. Note 16
- Maxine Papadakis. (2001). Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: One school's approach, *Academic Medicine*, November, 76(11) : 1100-6. Note 22

- Santé Inc. Mai/juin 2014, *Dossiers*, repéré à : <http://santeinc.com/>. Note 29
- Suzanne Laurin, Marie-Claude Audétat, Gilbert Sanche. (2012). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, V- Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique, *Pédagogie médicale*, 13(3) : 203-208. Note 16
- Suzanne Laurin, Marie-Claude Audétat, Gilbert Sanche.(2012). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique, IV- Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du raffinement et du traitement des hypothèses : les difficultés de priorisation, *Pédagogie médicale*, 13(2) : 109-114. Note 16
- Tait D. Shanafelt , Sonja Boone, Litjen Tan, Lotte N. Dyrbye, Wayne Sotile, Daniel Satele, Colin P. West, ... Michael R. Oreskovich.(2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population, *JAMA Internal medicine*, October 8, Vol 172, No. 18. Note 36
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski SA, ... Shanafelt TD. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction and professionalism: a randomized clinical trial, *JAMA Intern Med.*, April, 174(4) 527-33. Note 5

Sites Internet consultés

- 2^e Conférence internationale de Montréal sur le raisonnement clinique : <http://montrealconferenceclinicalreasoning.ca/fr>. Note 7
- Association des Facultés du médecine du Canada : <http://afmc.ca>. Note 21
- Association des Facultés du médecine du Canada : http://afmc.ca/future-of-medical-education-in-canada/postgraduate-project/pdf/FMEC_PG_Final-Report_FR.pdf. Note 54
- Bureau d'intervention en matière de harcèlement : <http://www.harcelement.umontreal.ca/services.htm>. Notes 9,47, 49
- Bureau de l'ombudsman : <http://www.ombudsman.umontreal.ca/>. Note 50
- Collège des médecins du Québec : <http://www.cmq.org/fr/Public/ServicesOfferts.aspx>. Note 20
- Fédération des médecins résidents du Québec : <http://fmrq.qc.ca>. Note 18
- Fédération des médecins résidents du Québec : <http://fmrq.qc.ca/ressources-et-services/sante-bien-etre/activite-sante>. Note 19
- Fédération médicale étudiante du Québec : <http://fmeq.ca/affaires-pedagogiques/rapport-bien-etre>. Notes 2, 35
- Health Education England: <http://hee.nhs.uk/>. Note 13
- Interventions, Rapport statistique PAMQ 2013-2014 : http://www.pamq.org/assets/pdf/Rapport_statistique_2013-2014_vf.pdf. Note 26
- Le Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Faculté de médecine, UdeM : <http://www.cpass.umontreal.ca/index.html>. Note 6
- Less than full time training : <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/pay-and-reward/nhs-terms-and-conditions/junior-doctors-dentists-gp-registrars/less-than-full-time-training>. Note 14

London Postgraduate Medical and Dental Education : <http://www.lpmde.ac.uk/training-programme/training-matters/less-than-full-time-training>. Note 15

Programme d'aide aux médecins du Québec : <http://www.pamq.org>. Note 12

Statistiques du Bureau de l'ombudsman 2004 à 2014 :
<http://ombudsman.umontreal.ca/rapports.html>. Note 24

Veille informationnelle en pédagogie des sciences de la santé :
<http://netvibes.com/cpass#Accueil>. Note 8

ANNEXE

Modèle exemplaire d'échange entre un directeur local de Programme et un résident.

Pour : Directeur local de Programme

De : Résident

Objet : Demande spéciale

Bonsoir Directeur local de Programme,

On m'avait dit que vous passeriez nous rencontrer durant notre cours d'hier matin; j'aurais aimé pouvoir vous parler quelques instants.

Comme vous le savez, mon stage d'urgence n'a pas été facile. J'ai trouvé ça stressant, j'étais épuisé par moments. Ça explique que j'aie été absent à quelques occasions des cours magistraux; je me sentais trop fatigué et j'avais besoin de récupérer. Même si je demandais à m'impliquer dans les cas plus instables (qui sont pour moi moins évidents à gérer), j'ai souvent eu l'impression de ne pas être à la hauteur malgré toute ma bonne volonté. Il y a eu quelques fois où j'ai raté des diagnostics assez évidents, j'en étais gêné et je repensais à cela constamment... même si je ne pense pas que je les aurais ratés dans un SRV. En tous cas, je me suis souvent senti incompetent et ça me rentrait dedans.

Ceci étant dit, avec du recul, j'ai travaillé pour m'améliorer, je pense que mes patrons l'ont remarqué et je suis content parce que j'ai appris beaucoup durant ce stage. Mais on dirait que je n'arrive pas à remonter la pente, je reste très fatigué, je suis moins motivé. C'est pourquoi j'aimerais savoir si je pouvais prendre une semaine de vacances durant la première semaine de mon prochain stage. Je sais que ce n'est pas dans les règles et que c'est à la dernière minute, mais ça fait quelque temps que j'y pense et je n'osais pas trop le demander. Je tiens absolument à compléter mon stage actuel parce que j'aime beaucoup ce qu'on y fait et que je veux en faire dans ma pratique future.

Dites-moi ce que vous en pensez.

Merci,

Résident

Bonjour Résident,

Je te remercie de ce courriel. Il y a eu confusion avec Dr X: c'est le 18 mars que je vais me joindre à vous vers 11h30 pour une présentation sur l'agrément.

Oui, tu peux prendre la première semaine de stage en congé. On va déplacer les patients déjà prévus et comme tu as de la place plus tard, il n'y a pas de problèmes. N'oublie simplement pas de faire ta demande sur le Portail et d'aviser la Secrétaire de l'enseignement.

Je pense que ce congé te sera salutaire, après ce stage d'urgence... Je sais que cela a été difficile, et je crois que tu as fait ton possible dans les circonstances. Je pense qu'on peut cependant rester "marqué" pendant quelques temps, de toutes sortes de façon, alors n'hésite pas à en parler et aller chercher de l'aide si nécessaire.

Tu sais aussi que tu peux, si tu sens qu'une semaine ne sera pas suffisant, prendre plus de temps d'arrêt, de manière à te remettre bien en forme et prêt à recevoir tout l'enseignement souhaité! Finir ta résidence un peu plus tard ne changera rien dans ta longue carrière de médecin, si ce n'est, je crois, de faire de toi un meilleur médecin, si c'est ce dont tu as besoin :)

Je te remercie et suis heureux que tu aies pris la peine et le temps de m'écrire :)

Je suis toujours disponible pour vous, et mon souhait principal est que votre résidence se passe le mieux possible! Si tu penses que je peux faire quelque chose d'autre, n'hésite pas à me contacter.

Bon courage pour la fin de ton stage
Directeur local de Programme