

# ANNEXE 3

## AMÉLIORER LA RÉSILIENCE DANS LA FORMATION ET LA PRATIQUE MÉDICALES : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

### Note d'information – Séance stratégique 3

#### Introduction

Cette séance initiera les membres au concept de la résilience et à la façon dont des facteurs tant internes qu'externes peuvent la compromettre, et leur permettra de comprendre pourquoi la résilience constitue un enjeu critique dans tout le cycle de vie du médecin (on mettra particulièrement l'accent sur les étudiants, les médecins résidents et les médecins en début de carrière). Les membres discuteront des moyens à prendre pour renforcer la résilience et formuler des stratégies de prévention primaire proactive et ils cerneront les obstacles et les facteurs habilitants dans l'application de ces stratégies. Cette note d'information présente un bref survol des enjeux de la santé des médecins tout au long du cycle de leur carrière et présente le concept de la résilience. Elle pose aussi les bases de la séance de discussion sur la façon dont le renforcement de la résilience peut permettre de s'attaquer à des enjeux tels que l'épuisement et autres problèmes de santé qui surviennent au cours de la formation en médecine et de l'exercice de la profession.

#### La santé des médecins dans le cycle de la carrière

La santé des médecins est désormais un enjeu reconnu au sein de la profession médicale et cette question prioritaire prend une importance de plus en plus grande pour l'AMC et les autres intervenants. La médecine est une profession gratifiante, mais elle est aussi très exigeante et stressante et elle impose de lourdes charges de travail, de longues heures et d'énormes responsabilités. Malgré des progrès importants, des publications récentes nous rappellent que de sérieux obstacles à la santé et au bien-être des médecins perdurent. Dans un rapport de 2015 publié par le Programme de promotion de la santé des médecins du Québec<sup>1</sup>, qui porte sur l'état du savoir et sur les stratégies de prévention, les auteurs ont constaté que les médecins risquent beaucoup plus que la population en général de connaître tout un éventail de problèmes pouvant aboutir à des résultats indésirables, tels que l'épuisement dont les taux approchent d'ailleurs les 60 %. L'édition 2008 du Sondage canadien sur la santé des médecins a révélé que quelque 23 % des médecins actifs se sentaient déprimés, que 60 % avaient trop de travail, ce qui les empêchait de poursuivre des intérêts personnels et familiaux, et que 33 % étaient stressés par leur travail<sup>2</sup>. Dans l'ensemble, lorsque leur mieux-être diminue, on constate chez les médecins une réduction de la satisfaction à l'égard de la vie<sup>3</sup>, des relations personnelles et professionnelles difficiles<sup>4</sup>, une augmentation des taux d'attrition<sup>5</sup>, l'abus de substances<sup>6</sup> et même le suicide<sup>7</sup>. Les facteurs qui contribuent à la dégradation du mieux-être chez les médecins sont notamment la charge de travail excessive, les normes de formation et d'exercice<sup>8</sup>, la fatigue<sup>9</sup> et la dégradation de l'équilibre entre le travail et la vie personnelle<sup>10</sup>. Malheureusement, la stigmatisation qui entoure la santé des médecins demeure aussi un problème prévalent dans la profession. Une étude a signalé, par exemple, que parmi les 18 % des médecins canadiens qui ont avoué connaître de la détresse, 25 % seulement envisageaient de demander de l'aide et 2 % seulement en ont effectivement demandé<sup>11</sup>.

L'état de santé des médecins ne se répercute pas seulement sur les membres de la profession, puisque la diminution de leur mieux-être peut avoir un effet indésirable sur la qualité des soins aux patients – et aussi

accroître la probabilité d'erreurs médicales<sup>12</sup>. On signale d'ailleurs que des médecins en bonne santé commettent moins d'erreurs<sup>13</sup>. Sur le plan économique, le coût des erreurs médicales aux États-Unis a été évalué à 19,5 milliards de dollars<sup>14</sup>; au Canada, on croit que l'épuisement des médecins coûte des millions de dollars au système de santé<sup>15</sup>.

Des enjeux de santé surviennent chez les médecins pendant tout le cycle de la carrière, y compris durant la formation. Dans un récent rapport<sup>16</sup>, la Fédération des étudiants et des étudiantes en médecine du Canada (FEMC) signalait que la majorité des étudiants ressentent au moins une forme de détresse pendant leur formation (p. ex., stress, fatigue, dépression)<sup>17</sup>. Une critique systématique de 2006 portant sur des études traitant de la dépression, de l'anxiété et de l'épuisement chez les étudiants en médecine de l'Amérique du Nord a révélé chez eux, tout comme chez les médecins actifs, une détresse psychologique plus lourde que dans la population en général<sup>18</sup>. Les taux d'épuisement et les idées suicidaires sont aussi plus prévalents chez les étudiants en médecine<sup>19</sup>. Comme chez leurs collègues actifs, les facteurs qui contribuent aux problèmes comprennent des horaires chargés, des charges de travail plus lourdes et des listes toujours plus longues de responsabilités professionnelles.

Étant donné l'incidence des problèmes de mieux-être chez les médecins actifs et les étudiants en médecine, il n'est pas étonnant que jusqu'à 76 % des médecins résidents répondent aux critères d'épuisement et qu'ils soient trois fois plus susceptibles, en résultat, de fournir aux patients des soins qui sont loin d'être optimaux<sup>20</sup>. Une autre étude réalisée par Médecins résidents du Canada (MRdC) a révélé que 33 % des médecins résidents jugeaient leur vie « très » ou « extrêmement » stressante et que 52 % d'entre eux ont été victimes d'intimidation et de harcèlement au travail; 18 % étaient d'avis que leur santé mentale était « moyenne » ou « médiocre »<sup>21</sup>. Dans l'ensemble, les médecins résidents déclarent en majorité que la fatigue liée au travail a une incidence sur leur santé mentale, leur santé physique et leurs relations avec les membres de leur famille et leurs amis<sup>20</sup>.

## Importance d'une prévention primaire proactive

Des activités de prévention et de promotion conçues pour les médecins pourraient peut-être aider à atténuer les résultats indésirables<sup>15</sup>. Dans sa Prise de position de 2015 sur la santé des médecins<sup>22</sup>, l'Association médicale mondiale affirme que des stratégies améliorées de promotion du mieux-être et de prévention, conjuguées à des interventions rapides, peuvent contribuer à atténuer la gravité des problèmes psychologiques chez les médecins et les médecins en formation et peut-être même en réduire l'incidence. Une recommandation clé de la déclaration porte de fait sur la prestation et le soutien de programmes de prévention primaire. Les services de santé mentale peuvent fonctionner le long d'un continuum comportant notamment des stratégies d'intervention proactive, de prévision et de réaction allant de la promotion de la santé à la prévention tertiaire<sup>16</sup>. Même si des stratégies de réaction (p. ex., services en cas de crise) sont essentielles en matière de santé et de mieux-être des médecins et des médecins en formation, des interventions proactives venant compléter ces stratégies permettent d'offrir un programme plus complet de services de santé mentale<sup>16</sup>. Le concept de la résilience est une de ces stratégies de prévention primaire qui prend de plus en plus d'importance au sein de la profession médicale.

## La résilience en regard de la formation et de l'exercice de la médecine

La résilience s'entend de la capacité d'une personne à réagir sainement face à des contretemps, à s'adapter et à persévérer en dépit des obstacles<sup>23</sup>. Les personnes résilientes peuvent non seulement « rebondir » à la suite d'expériences difficiles, mais aussi améliorer encore davantage leurs comportements, leurs réflexions et leurs actions<sup>24</sup>. Elles le font à un coût psychologique minime<sup>23</sup> et ont davantage tendance à conserver l'équilibre entre leur travail et leur vie personnelle<sup>25</sup>. Les publications médicales soulignent de façon positive la résilience comme caractéristique essentielle des personnes qui œuvrent dans des environnements très risqués comme les soins de santé<sup>20, 26-27</sup> et la considèrent comme un élément central du mieux-être des médecins<sup>28</sup>. En effet, il ne suffit pas de reconnaître l'existence de menaces au mieux-être en médecine : les

médecins doivent aussi savoir dans quelle mesure ils et elles peuvent contrôler leurs propres réactions cognitives, affectives et somatiques face à ces menaces<sup>23</sup>.

## Améliorer la résilience

Si le concept de la résilience attire tant d'attention en médecine comme caractéristique personnelle précieuse, c'est que l'on reconnaît de plus en plus son rôle dans la prévention de la détresse mentale et comme moyen de prévention face à de multiples facteurs de stress inhérents à l'exercice de la médecine<sup>1, 29</sup>. Comparativement à des caractéristiques moins malléables (comme le tempérament), l'aspect dynamique de la résilience permet d'acquérir cette qualité et de l'améliorer au fil du temps<sup>29</sup>. On peut favoriser la résilience par l'acquisition de compétences qui permettent à la personne de cerner les expériences difficiles, de s'y adapter et de s'en remettre efficacement. Pourtant, même si le concept est défini clairement, les façons de faciliter l'acquisition de la résilience dans la formation et l'exercice de la médecine ont attiré moins d'attention<sup>1</sup>.

Néanmoins, de plus en plus d'initiatives visent à bâtir la résilience chez les médecins depuis quelques années. Parmi celles-ci, un des exemples peut-être les plus intrigants et détaillés est celui du cursus sur la résilience en formation médicale postdoctorale dirigé par MRdC<sup>20</sup>. La formation en médecine constitue une période particulièrement dynamique et stressante pour beaucoup d'apprenants qui doivent chercher constamment à établir l'équilibre entre leurs responsabilités d'apprenant et de fournisseur de soins et leurs responsabilités personnelles. En collaboration avec des experts en mieux-être, MRdC et des représentants de parties prenantes nationales ont uni leurs efforts pour créer un cursus personnalisé visant à améliorer la résilience psychologique chez les médecins résidents. Plus précisément, la formation dote les médecins résidents des outils nécessaires pour atténuer le stress, surmonter l'adversité et mieux appuyer leurs patients, leurs pairs et eux-mêmes, non seulement au cours de la formation en médecine, mais aussi tout au long de leur carrière<sup>20</sup>. Dans l'ensemble, cette initiative appuie :

- la création d'une culture de sensibilisation à la résilience et de compréhension de ses mécanismes, chez les apprenants et les formateurs;
- une meilleure sensibilisation aux facteurs de stress que l'on peut prévoir au cours de la formation et de l'exercice de la médecine;
- l'établissement d'une stratégie systématique de formation à la résilience;
- la promotion de l'adoption généralisée du cursus sur la résilience dans l'éducation en médecine.

De telles démarches innovatrices et coordonnées aident les médecins résidents à surmonter les difficultés à la fois prévues et imprévues qui sont inhérentes à la formation en médecine – ce qui les prépare à faire une carrière longue, gratifiante et durable en médecine. Ces stratégies peuvent aussi produire des avantages pour les médecins, les patients et le système de santé du Canada dans son ensemble<sup>20</sup>.

Lorsque l'on cherche à récolter des appuis pour les initiatives de santé des médecins, un élément important de l'exercice consiste à explorer à la fois les obstacles et les facteurs habilitants. En ce qui concerne la santé et le mieux-être – y compris l'amélioration de la résilience – il existe des obstacles particuliers à la formation et à l'exercice de la médecine que l'on soulève constamment dans les publications. Les obstacles sont sans doute illustrés et résumés le mieux dans les constatations tirées d'un sommet sur la résilience organisé par MRdC en 2015<sup>20</sup> auquel ont participé des intervenants nationaux (dont compris l'AMC). Les obstacles internes (personnels) et externes (professionnels) repérés étaient notamment les suivants :

- autostigmatisation liée à la peur du jugement, des répercussions ou de l'incapacité de terminer la formation;
- culpabilité associée au sentiment de « laisser tomber » les collègues et les patients;
- crainte du manque de confidentialité dans l'accès aux services d'aide;
- manque d'accès aux fournisseurs de soins primaires (p. ex. problèmes de conflits d'horaires ou de distance);

- coût élevé des ressources en santé mentale proactives dirigeant le programme;
- changement d'une « culture » médicale profondément ancrée;
- rivalité pour obtenir de l'attention, de l'espace ou des ressources (p. ex., dans la formation et le programme des études de médecine);
- manque de contrôle sur les horaires et heures de travail imprévisibles;
- conflits entre le travail et la vie personnelle.

Les facteurs habilitants retenus comprenaient les suivants :

- optimisation de la disponibilité de programmes d'autoréférence;
- offre de ressources multidisciplinaires;
- efforts déployés pour atténuer la stigmatisation personnelle et professionnelle;
- identification et mobilisation de « champions du mieux-être » (leadership) – à tous les stades de la carrière;
- démonstration de la valeur des interventions au moyen de preuves, d'évaluations et de diffusion des résultats afin de renforcer la crédibilité, car la participation des dirigeants est essentielle;
- promotion d'équipes de mieux-être à l'échelle locale;
- lancement des initiatives (p. ex., compétences en résilience) dès le début de la formation, mais aussi présentation de séances de renforcement tout au long de la formation et durant les années d'exercice;
- collaboration continue avec des intervenants nationaux et provinciaux/territoriaux;
- saisir l'occasion de conférences et réunions nationales pour promouvoir le travail et réunir des commentaires.

Comme on l'a déjà dit, cette séance stratégique vise à permettre aux membres de contribuer à l'échange sur des stratégies d'amélioration de la résilience et sur les obstacles et les facteurs habilitants liés à la mise en œuvre de telles stratégies.

## De la théorie à la pratique

Il semble paradoxal que la formation médicale et l'exercice de la médecine, qui visent à guérir autrui, n'amènent pas *automatiquement* les médecins à adopter des comportements préventifs ou proactifs afin de mieux prendre soin d'eux-mêmes et de se maintenir à un niveau élevé de mieux-être<sup>30</sup>. Même si l'on reconnaît de plus en plus qu'il importe de bâtir et de maintenir la santé et le mieux-être – comme en témoignent des initiatives sur la qualité et le leadership menées par des personnes et des organisations d'un bout à l'autre du Canada – il reste énormément de travail à faire. Il faut favoriser la création de stratégies de prévention, comme la résilience, à l'échelle à la fois organisationnelle et locale. Pour suivre l'exemple d'organisations nationales comme MRdC et la FEMC, il importe d'exploiter ce virage de la sensibilisation à l'intervention. Les preuves sont là. La profession est à l'écoute. Des innovations émergent. Le moment est venu d'aller de l'avant et d'adopter des stratégies de prévention proactive (comme la formation à la résilience), de mettre au point de nouvelles approches et de chercher à supprimer les obstacles, afin que les interventions aient le plus de chances de réussir.

## Questions stratégiques

On demande aux délégués de réfléchir aux questions stratégiques suivantes pour en discuter et en débattre :

1. Comment le concept de la résilience constitue-t-il un enjeu crucial dans le cycle de la carrière en médecine?

2. Quels sont les obstacles (internes et externes) et les facteurs habilitants de la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer la résilience dans tout le cycle de la carrière en médecine?
3. Comment améliorer la résilience?

## Conclusion

En résumé, la citation suivante tirée d'un énoncé de position des chercheurs Epstein et Krasner<sup>23</sup> incarne l'esprit de cette séance stratégique – aider les médecins à devenir résilients et à rester en bonne santé :

*« Les patients recherchent des médecins attentifs, reposés, présents et bienveillants... qui ont la résilience nécessaire pour faire face au stress pouvant découler tant de leurs propres maladies et problèmes complexes que de ceux de leurs patients. Ils recherchent des médecins capables de repérer les risques d'erreurs, de les prévenir, de ralentir lorsqu'il le faut, de consulter lorsqu'ils sont débordés et de répondre de façon réfléchie au lieu de réagir aux défis par réflexe. Ils cherchent des médecins qui sont en contact avec d'autres médecins – pour solliciter leur appui, leurs conseils et leur sagesse. »*

- 
- <sup>1</sup> Roman, S. et Prévost, C. (2015). La santé des médecins : État des connaissances et approches préventives. Rapport du Programme d'aide aux médecins du Québec. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015. ISBN 978-2-9815624-1-8.
  - <sup>2</sup> L'Institut canadien pour la santé des médecins (ICSM) : Aperçu. Association médicale canadienne (2011).
  - <sup>3</sup> Shanafelt T. D., Sloan J., et Habermann, T. M. (2003) The well-being of physicians. *The American Journal of Medicine*, 114, 513–517.
  - <sup>4</sup> Weiner, E. L., Swain, G. R., et Gottlieb, M. (1998) Predictors of psychological well-being among physicians. *Families Systems Health*, 16, 419, 429.
  - <sup>5</sup> Wallace, J. E., Lemaire, J. B., et Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet*, 374, 1714-1721.
  - <sup>6</sup> Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 215-222.
  - <sup>7</sup> Hartwig, B., et Nichols, A. (2001). General practitioner health and well-being. *Western Journal of Medicine*, 174, 25.
  - <sup>8</sup> Panagopoulou, E., Montgomery, A., et Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine*, 17, 195-200.
  - <sup>9</sup> Sibbald, B. (2003). Being a physician can be harmful to your health. Dans M. Myers (dir.), *Canadian Medical Association guide to physician health and well-being: Facts, advice and resources for Canadian doctors* (p. 9). Ottawa : Association médicale canadienne.
  - <sup>10</sup> Wansbrough, G. (2003). Awareness of physician wellness issues growing. Dans M. Myers (dir.), *Canadian Medical Association guide to physician health and well-being: Facts, advice and resources for Canadian doctors* (p. 5-7). Ottawa : Association médicale canadienne.
  - <sup>11</sup> Wallace, J. E., et Lemaire., J. (2007). On physician well-being: You'll get by with a little help from your friends. *Social Science & Medicine*, 6, 2565–2577.
  - <sup>12</sup> Eckleberry-Hunt, J., Lick, D., Boura, J., Hunt, R., Balasubramaniam, M., Mulhem, E., et Fisher, C. (2009). An exploratory study of resident burnout and wellness. *Academic Medicine*, 84(2), 269-277.
  - <sup>13</sup> Walsh, K. (2013). An economic argument for investment in physician resilience. *Academic Medicine*, 88(9), 1196.
  - <sup>14</sup> Andel, C., Davidow, S. L., Hollander, M., et Moreno, D. A. (2012). The economics of health care quality and medical errors. *Journal of Health Care Finance*, 39, 39-55.
  - <sup>15</sup> Dewa, C. S., Jacobs, P., Thanh, N. X., et Loong, D. (2014). An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Services Research*, 254(14), 1-9.
  - <sup>16</sup> Bastrash, M. P., Holbird, H. et Yan, H. (2015). Position paper: Medical student health and well-being – 3<sup>rd</sup> revision. Fédération des étudiants et étudiantes en médecine du Canada.
  - <sup>17</sup> Liselotte N. Dyrbye, et coll. 2011. Patterns of distress in US medical students. *Medical Teacher*, 33(10), 834-839.
  - <sup>18</sup> Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., et Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-73.
  - <sup>19</sup> Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., et coll. Burnout and Suicidal Ideation among U.S. Medical Students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334-341.
-

- <sup>20</sup> Médecins résidents du Canada (2015). Executive summary: Summit: A resiliency curriculum in post-graduate medical education. Médecins résidents du Canada.
- <sup>21</sup> Cohen, J. S., et Patten, S. (2005) Well-being in residency training: A survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5(21), 1-11.
- <sup>22</sup> Association médicale mondiale (2015). Prise de position de l'AMM sur le bien-être des médecins. 66<sup>e</sup> Assemblée générale de l'AMM, Moscou, Russie (octobre 2015). Consulté ici : <http://www.wma.net/fr/30publications/10policies/p9/>
- <sup>23</sup> Epstein, R. M., et Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine*, 88(3), 301-303.
- <sup>24</sup> American Psychological Association (2014). What is resilience? The Road to Resilience. Retrieved from <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- <sup>25</sup> Jensen, P. M. (2008). Building physician resilience. *Canadian Family Physician*, 54(5), 722-729.
- <sup>26</sup> Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52, 203-213.
- <sup>27</sup> Gautam, M. (2009). Physician health becomes a global movement. Report from the 2008 International Conference on Physician Health. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne.
- <sup>28</sup> Zwack J., et Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, 88, 382-389.
- <sup>29</sup> Howe, A., Smajdor, A. et Stockl, A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. *Medical Education*, 46(4), 349-356.
- <sup>30</sup> Voltmer, E., Kieschke, U., Schwappach, D. L. B., Wirsching, M., et Spahn, C. (2008). Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 46(8), 1-9.