

Resident
Doctors
of Canada



Médecins
résidents
du Canada

PROGRAMME
ÉDUCATIF EN

résilience



Rapport d'évaluation
du programme éducatif
en résilience

PROGRAMME
ÉDUCATIF EN


résilience



Table des matières

Sommaire exécutif.....	2
Contexte.....	4
À propos de Médecins résidents du Canada.....	4
À propos du programme éducatif concernant la résilience	4
Méthodologie	5
Plan de sondage	5
Analyse des données.....	5
Résultats.....	7
Caractéristiques des répondants.....	7
Information démographique.....	7
Statut de la santé mentale	8
Questions d'échelle de concordance.....	10
Jumelé avant et après : Questions d'échelle de deux points de concordance, codage régulier.....	11
Jumelé avant et après : Questions d'échelle de deux points de (dés) accord, codage inversé	12
Conservation des connaissances en formation en résilience	13
Actions prises si vous éprouvez de l'épuisement	14
Fréquence de réflexion sur la santé mentale au cours du dernier mois.....	14
Outils de l'atelier sur la résilience utilisés au cours des trois dernières semaines.....	15
Limitations.....	16
Références	17

Sommaire exécutif

La santé et le bien-être des médecins sont devenus un sujet d'intérêt majeur dans les sociétés médicales nationales et internationales au cours des dernières années. Les médecins résidents sont particulièrement souvent frappés de problèmes de santé mentale et d'épuisement. Selon le sondage national de l'Association médicale canadienne (AMC) sur la santé de médecins 2018^[1], un plus grand nombre de résidents ont signalé de l'épuisement (38 %) et de la dépression (48 %) comparativement à des médecins-praticiens (29 % et 32 % respectivement).

Médecins résidents du Canada (MRC) a développé un programme éducatif concernant la résilience de portée nationale mené par les pairs qui s'inspire des programmes de formation créés et mis en œuvre par le département de la défense nationale et la Commission de la santé mentale du Canada. Le programme éducatif concernant la résilience de MRC est conçu pour fournir une formation pratique basée sur les compétences pour aider à favoriser la capacité d'identifier, faire face à et de se remettre des événements indésirables.

Nous présentons ici les résultats de nos sondages qui précèdent et suivent les ateliers de notre module du résident, offerts aux participants résidents de 2016 à 2018. Nous avons dépersonnalisé les résultats en demandant à chaque participant de créer un code d'identification personnel unique. Pour cette analyse, nous avons seulement utilisé les données où les codes d'identification personnel des sondages qui précèdent et suivent les ateliers étaient identiques, afin d'effectuer une analyse antérieure et ultérieure des attributs, des attitudes et des convictions des participants. Cette approche a limité la taille de notre échantillon à 96 répondants.

La majorité des répondantes était des femmes (62 %), entre 25 et 29 ans (78 %) durant leur première année de résidence (54 %). La médecine familiale (31 %) et la pédiatrie (25 %) étaient les spécialités avec le plus grand nombre de représentants. Nos répondants ont signalé un niveau relativement élevé de santé mentale et de confiance dans leur capacité de reconnaître les signes de l'épuisement et de détresse. Plus de 80 % ont évalué leur niveau de santé mentale à 7 ou plus sur une échelle de 10, et seulement 6 % ont classé leur santé mentale actuelle à moins de 5.

Après l'atelier, nous avons remarqué d'importantes améliorations dans la capacité perçue des répondants de reconnaître des signes d'épuisement en soi (de 79 % à 88 %) et chez un pair (de 53 % à 67 %). Avant l'atelier, 66 % des participants pensaient avoir les compétences pour faire face à des facteurs de stress en santé mentale, des événements traumatiques et des situations défavorables. Ceci s'est amélioré à 80 % après l'atelier et suggère que le programme éducatif a été un moyen efficace d'apprendre aux résidents des compétences basées sur les preuves pour les aider à prospérer dans des milieux de travail difficile.

Cependant, nous n'avons pas trouvé de preuves convaincantes que les répondants étaient capables de passer de la reconnaissance qu'ils possédaient ces compétences à l'utilisation des compétences et l'amé-

lioration des résultats de résilience autosignalés. Cela pourrait être lié à plusieurs facteurs, incluant la petite taille de l'échantillon. De plus, nous avons remarqué la persistance de préjugés entourant les problèmes de santé mentale, surtout au travail. Une grande proportion des répondants a indiqué qu'ils considéreraient cela comme une faiblesse s'ils avaient un trouble mental et qu'ils ne pourraient pas le soigner eux-mêmes. Une proportion semblable a indiqué qu'ils seraient peu disposés à obtenir de l'aide pour un trouble mental. Il y a eu de petites améliorations non significatives dans chacun de ces domaines après l'atelier.

Avant et après l'atelier, la plupart des résidents ont cité des soutiens de mode de vie et sociaux comme des actions qu'ils prendraient s'ils souffraient d'épuisement. Après l'atelier, il y a eu une augmentation importante du nombre de résidents qui n'accepterait pas de nouveaux engagements, mais en général, seulement un nombre minoritaire a accepté de prendre un congé ou de chercher de l'aide pour aider à gérer l'épuisement. Pour ce qui est de la rétention, les résidents sont plus susceptibles d'avoir utilisé la respiration tactique à la suite de l'atelier, suivi de la méditation ou la réflexion sur leur bien-être.

Notre évaluation est limitée par la petite taille de l'échantillon, en grande partie liée à la difficulté d'obtenir des réponses de la part de résidents individuels avant et après l'atelier. Les évaluations ultérieures doivent être ajustées pour simplifier le processus d'évaluation et introduire des mécanismes pour assurer un meilleur taux de réponse après l'atelier. Malgré cette limitation, cette analyse initiale suggère que le programme éducatif de MRC concernant la résilience a réussi à améliorer la confiance des résidents en ce qui concerne la gestion de situations difficiles et l'identification de la détresse et de l'épuisement. Il offre aux résidents des outils pratiques qu'ils emportent et utilisent dans les semaines qui suivent l'atelier. Du travail supplémentaire doit être fait pour lutter contre les préjugés et les autres obstacles qui entravent les demandes d'aide. MRC doit fournir aux résidents une formation continue en résilience et promouvoir des milieux de travail qui n'exposent pas les résidents à des risques excessifs d'épuisement et de traumatisme mental.

Contexte

À propos de Médecins résidents du Canada

[Médecins résidents du Canada \(MRC\)](#) représente plus de 10 000 médecins résidents à travers le Canada. Créé en 1972, nous sommes un organisme à but non lucratif offrant une voix nationale unifiée pour nos membres. MRC collabore avec les autres organismes nationaux de la santé pour favoriser l'excellence dans la formation, le bien-être et les soins aux patients.

À propos du programme éducatif concernant la résilience

La résilience est la capacité de surmonter ou de s'adapter facilement à des événements indésirables. C'est une caractéristique essentielle chez les individus qui travaillent dans des environnements de travail à haut risque comme le domaine des soins de santé. La résilience peut être encouragée par l'entremise du développement des capacités qui permettent aux individus d'identifier, de confronter et de se remettre d'expériences difficiles.

Le travail de MRC dans ce domaine a été de développer un programme éducatif de portée nationale concernant la résilience; ce programme s'inspire à la fois du projet hautement réussi des Forces armées canadiennes, intitulé «[En route vers la préparation mentale \(RVPM\)](#)» et de la mise en place réussie du projet «[L'esprit au travail](#)» de la Commission de la santé mentale du Canada.

Le programme éducatif de MRC est pratique, axé sur les compétences et conçu pour atténuer le stress et optimiser la performance. Il contribue à aider les résidents à surmonter les adversités attendues et inattendues de la formation en médecine. Le programme éducatif met de l'avance l'importance d'un environnement propice à l'apprentissage et plaide en faveur d'une approche systématique pour comprendre et traiter les facteurs de stress.

L'élément principal du programme de résilience de MRC, et le sujet de cette évaluation est le module du résident, un atelier d'une demi-journée présenté aux résidents par des résidents-animateurs. Un module de leadership complémentaire pour un public plus large a été créé afin de promouvoir une culture de bien-être dans la hiérarchie de la formation en médecine, incluant le personnel administratif et les médecins traitants. Les animateurs du module du résident et du module de leadership sont formés dans le cadre d'un cours de formation du formateur d'une durée d'une fin de semaine.

Toutes les données dans ce rapport proviennent du module du résident d'une durée de trois heures, qui avait les objectifs d'apprentissage suivants :

1. Repérer les signes précoces de détresse et les interventions précoces pertinentes;
2. Appliquer des compétences basées sur les preuves afin d'améliorer la performance et de prospérer dans un milieu de travail exigeant; et
3. Reconnaître quand et comment demander de l'aide.

L'atelier a été présenté à plus de 1100 résidents à travers le Canada entre 2016 et 2018.

Méthodologie

Plan de sondage

Les participants du module du résident ont été sondés avant et après l'atelier en utilisant deux versions d'un sondage qui a été conçu par le groupe de travail sur la résilience 2016-2017 de MRC.

La première version du sondage était un hybride d'articles du *Brief Resilience Scale (BRS)*^[2], du *Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC)*^[3] et le questionnaire de suivi de l'Esprit au travail^[4]. Le BRS et le OMS-HC sont des échelles validées destinées à être utilisées en recherche, le OMS-HC étant spécialement conçu pour les fournisseurs de soins de santé. Cependant, ces échelles sont limitées par la dépendance à l'égard de l'auto-évaluation du participant et ont tendance à mettre l'accent sur les attitudes plutôt que sur les comportements actuels.

La deuxième version du sondage est une adaptation de la première version en 2017 afin de réduire le nombre de questions et d'augmenter le taux de réponse. Plusieurs questions ont été dupliquées entre la première et la deuxième version. Les résultats des deux versions des instruments de sondage ont été regroupés, si possible.

La distribution des liens des sondages avant et après l'atelier a été coordonnée avec les programmes dont les résidents ont participé à de la formation en résilience de MRC de 2016 à 2018. Les sondages avant l'examen ont été distribués une semaine avant l'atelier. Les sondages après l'atelier ont été distribués quatre semaines après la date de l'atelier.

Dans chaque édition du sondage avant et après l'atelier, nous avons demandé aux répondants de créer un code d'identification personnel basé sur les renseignements personnels (p. ex., la première lettre de la première rue sur laquelle ils ont vécu, le dernier chiffre de leur numéro de téléphone, le dernier chiffre de leur code postal, la première lettre de leur mois de naissance, la première lettre du nom de leur école secondaire). Ce code d'identification personnel basé sur un algorithme a été utilisé pour assurer l'anonymat du répondant tout en comparant les individus à eux-mêmes à travers le temps (avant et après l'atelier).

Analyse des données

Le jeu de données utilisé pour l'analyse était limité aux répondants du sondage dont le code d'identification personnel autogénéré a pu être jumelé avant et après le sondage. Plus de 1100 résidents ont participé à un atelier du module du résident et 777 ont au moins rempli le sondage avant l'atelier. Parmi les répondants qui ont rempli le sondage avant l'atelier, 96 ont fourni des réponses lors du sondage après l'atelier avec un code d'identification personnel identique. L'échantillon pour analyse était donc constitué de 96 répondants, que nous appellerons également le jeu de données apparié.

Jeu de données apparié (n=96)	Nombre	Pourcentage (%)
Sondage version 1	33	34,4
Sondage version 2	63	65,6

Des analyses pour vérifier si les caractéristiques de l'échantillon jumelé différaient considérablement de l'échantillon complet avant l'atelier (777 répondants) n'ont démontré aucune différence apparente (test de chi-carré de Pearson, $p < 0,05$) en testant le sexe, la tranche d'âge, l'année de formation postdoctorale ou le programme de résidence.

Des analyses de sous-groupes n'ont pas été effectuées en raison du petit nombre de répondants jumelés.

Afin de réduire la complexité d'analyser des catégories de réponses fondées sur une échelle en cinq points et de mettre l'accent sur des changements importants, les résultats avant et après l'atelier ont été comparés en utilisant une approche qui a regroupé et divisé les catégories de l'échelle de réponses. Voici comment cela a été accompli :

Le codage normalisé se reporte aux articles où l'accord avec l'énoncé est considéré comme étant le résultat désiré (p. ex., « Je suis certain de pouvoir reconnaître les signes d'épuisement en moi »). Une augmentation dans la proportion des répondants qui sont d'accord ou fortement d'accord était considérée comme une amélioration dans le domaine ou l'attitude en cours d'évaluation.

Pour les questions qui utilisent le codage normalisé, les réponses « fortement d'accord » ou « d'accord » ont été regroupées dans la catégorie des réponses « d'accord » et ont été comparées avec les autres catégories, qui ont été regroupées et renommées « En désaccord ».

Pour les questions à code inversé, l'accord avec l'énoncé était considéré comme un résultat défavorable (p. ex., « J'hésiterais à demander de l'aide si je souffrais d'un problème de santé mentale »). Une diminution de la proportion des répondants qui étaient « en désaccord » ou « tout à fait en désaccord » avec l'énoncé était considérée comme une amélioration dans le domaine ou l'attitude en évaluation.

Pour les questions qui utilisent le codage inversé, les réponses « tout à fait en désaccord » ou « en désaccord » ont été regroupées dans la catégorie des réponses « En désaccord » et ont été comparées avec les autres catégories, qui ont été regroupées et renommées « Pas en désaccord ».

Les résultats pour les questions normalisées et à codage inversé sont signalés dans des tableaux différents.

Le test McNemar (au niveau de signification de $p < 0,05$) est utilisé pour mesurer l'amélioration avant et après. Si le pourcentage de concordance après l'atelier était plus élevé que le pourcentage de concordance avant l'atelier, nous considérons cela comme une amélioration.

Pour les questions limitées à la première version du sondage, le nombre de répondants était souvent 27 ou moins. Pour présenter des données où il y a une meilleure représentation, nous avons seulement inclus les questions qui apparaissent dans la première et la deuxième version du sondage.

Résultats

Caractéristiques des répondants

Cette section rend compte des caractéristiques (information démographique et auto-évaluation liée à la santé mentale) des participants à l'atelier sur la résilience. Cette information est uniquement rapportée avant l'atelier.

62 % des répondants étaient des femmes, comparativement à 37 % rapportés par le sondage national de 2018 auprès des résidents de MRC^[5]. Cela peut être dû à la médecine familiale et la pédiatrie, les deux spécialités ayant le plus de représentants dans cette évaluation, ayant généralement un plus grand nombre de stagiaires de sexe féminin que masculin^[6]. La majorité des répondants étaient âgés de 25 à 29 ans (78 %), ce qui est conforme aux conclusions de MRC. 54 % de tous les répondants étaient en première année de résidence, comparativement à 33 % des répondants du sondage national auprès des résidents de MRC. 31 % des répondants étaient en médecine familiale, 25 % en pédiatrie, 19 % en médecine interne, 19 % dans un programme chirurgical et les spécialités des autres répondants (6 %) ont été classées comme « Médecine » (excluant la médecine interne et la pédiatrie). Le programme éducatif concernant la résilience a été largement orienté vers les résidents de première année et les résidents en médecine familiale en particulier lors du projet pilote.

80 % des répondants ont classé leur état de santé mentale actuelle comme étant 7 ou plus sur une échelle de 1 à 10, 10 étant excellent. Seulement 6 % ont classé leur santé mentale moins que 5. Ceci est conforme au sondage national de l'Association médicale canadienne (AMC) sur la santé de médecins 2018^[1] où le bien-être psychologique a été classé comme étant « élevé » par 82 % des répondants au sondage. Les cotes attribuées à la santé mentale n'ont pas changé avant et après l'atelier. Malgré ces auto-évaluations positives de la santé mentale l'AMC et MRC ont également signalé des taux élevés d'épuisement chez les résidents (38 % et 52 % respectivement). Cet écart pourrait être causé parce que les résidents (et peut-être même les médecins en général) ont normalisé les sentiments de l'épuisement à un certain degré et pourrait faire ressortir le besoin d'une plus grande sensibilisation sur la façon dont l'épuisement est ressenti en médecine.

Information démographique

Sexe

Sexe (n=84)	Jumelé, %
Femelle	61,9
Mâle	38,1

Tranche d'âge

Tranche d'âge (n=95)	Jumelé, %
De 20 à 24 ans	1,1
De 25 à 29 ans	77,9
De 30 à 34 ans	16,8
De 35 à 39 ans	2,1
De 40 à 44 ans	1,1
45 ans ou plus	1,1

Année de formation postdoctorale

Année de formation postdoctorale (n=95)	Jumelé, %
Première année	53,7
Deuxième année	27,4
Troisième année	15,8
Quatrième année	2,1
Cinquième année	1,1
Sixième année ou plus	0,0

Programme de résidence

Programme de résidence (n=96)	Jumelé, %
Médecine familiale	31,3
Médecine (excluant la médecine interne et la pédiatrie)	6,3
Médecine interne	18,7
Pédiatrie	25,0
Chirurgie	18,8

Statut de la santé mentale

Santé mentale autoévaluée

Veillez classer votre état de santé mentale actuelle sur une échelle de 1 (très mauvais) à 10 (excellent). (n=96)	Jumelé, %
1	0,0
2	0,0
3	3,1
4	3,1
5	6,3
6	7,3
7	21,9
8	30,2
9	18,8
10	9,4

Statut général de la santé mentale

En général, comment décririez-vous votre santé mentale ? (n=96)	Jumelé, %
Je n'ai jamais eu de problèmes de santé mentale	19,8
J'ai rarement des problèmes de santé mentale	39,6
J'ai périodiquement des problèmes de santé mentale	34,4
J'ai fréquemment des problèmes de santé mentale	6,3
J'ai constamment des problèmes de santé mentale	0,0

Diagnostic préalable de problèmes de santé mentale

Avez-vous déjà reçu un diagnostic pour un problème de santé mentale (p. ex., l'anxiété, la dépression, le TOC, des troubles alimentaires, etc.) ? (n=96)	Jumelé, %
Non	78,1
Oui	21,9

Questions d'échelle de concordance

La section suivante présente un compte rendu des questions avant et après l'atelier qui demandent aux candidats de classer leur degré de concordance avec les énoncés axés sur les préjugés et la résilience.

Pour les changements de concordance dans l'échelle dichotomique de deux points, une amélioration a été identifiée dans 17 des 18 énoncés à codage normalisé ; 8 de ces changements ont été significatifs sur le plan statistique. Pour les énoncés à codage inversé, 4 des 8 énoncés ont montré une amélioration ; aucun de ces changements n'a été statistiquement significatif.

Nos observations, qui étaient conformes aux conclusions de l'évaluation du département de la défense nationale du curriculum du projet « En route vers la préparation mentale »^[7], est qu'il y a une amélioration importante dans la confiance en la capacité de reconnaître les signes de l'épuisement et de détresse chez soi et chez les autres (questions 1, 4). Bien qu'il y ait encore des preuves de préjugés et de la crainte de la divulgation des diagnostics de problèmes de santé mentale en milieu de travail (questions 10, 12), il y a également des preuves de confort amélioré en ce qui concerne la discussion de ces enjeux avec les pairs (question 11) et la discussion au sujet des problèmes de santé mentale en milieu de travail (question 13) ou avec un collègue junior (question 14).

Les répondants ont indiqué une amélioration importante dans leurs croyances qu'ils possèdent les compétences pour s'adapter ou pour affronter des facteurs de stress mentaux, des événements traumatiques ou des situations défavorables (questions 16, 17), mais il n'est pas certain que ceci se traduit en résilience définie comme étant la capacité de se remettre de tels événements. Même s'il y a eu des améliorations dans trois des six articles de la *Brief Resilience Scale* (questions 21 à 26), aucun de ces changements n'a été significatif sur le plan statistique. Fournir aux résidents des compétences pour gérer les facteurs de stress est certainement un résultat positif et attendu de l'atelier. Cependant, la prochaine étape est d'aider à fournir une formation continue et de plaider pour un environnement d'apprentissage où ces compétences peuvent être mises en œuvre efficacement afin d'idéalement augmenter la capacité des résidents de contrer des facteurs de stress du travail et de la vie attendus et inattendus.

Seulement 8 % des répondants au sondage avant l'atelier ont indiqué qu'ils aviseraient un superviseur s'ils avaient un trouble mental, et il n'y a pas eu d'amélioration importante lors du sondage après l'atelier (12 %). 50 % des répondants lors du sondage avant l'atelier ont indiqué qu'ils hésiteraient à obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale avec une amélioration non importante à 39 % dans le sondage après l'atelier.

En résumé, bien qu'il semble que MRC ait accompli du progrès contre les préjugés, les obstacles à obtenir des soins et la confiance d'utiliser les compétences pour réduire le stress, il reste des préoccupations importantes qui sont difficiles à adresser. Il devrait y avoir priorité pour créer une formation sur la santé mentale à travers la hiérarchie de l'enseignement médical, puisque les résidents pourraient compter sur la compréhension et l'ouverture d'esprit des médecins traitants et des superviseurs afin de pouvoir obtenir de l'aide. De plus, MRC doit poursuivre son travail de plaider pour aborder d'autres conditions systématiques

qui contribuent à l'épuisement, à une mauvaise santé mentale et aux difficultés à accéder à de l'aide. Les Forces armées canadiennes, depuis leur large adoption de la formation en résilience, ont connu une augmentation importante du nombre de membres qui cherchent du soutien en matière de santé mentale^[7]. Leur expérience suggère nos objectifs d'affronter les préjugés, améliorer la résilience et faciliter la recherche d'aide sont très accessibles avec du travail continu et de la détermination.

Jumelé avant et après : Questions d'échelle de deux points de concordance, codage régulier

Pourcentage représente les répondants qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé.

No de question	Énoncé	n	Pourcentage, avant	Pourcentage, après	Amélioration	Valeur p	Sign.
1	Je suis certain de pouvoir reconnaître les signes d'épuisement en moi.	87	78,9	87,5	Oui	0,0290	Oui
2	Je suis certain de pouvoir reconnaître les signes précoces de détresse en moi.	87	80,0	87,5	Oui	0,1088	Non
3*	Je suis certain de pouvoir utiliser des stratégies d'adaptation précises pour réduire le stress.	59	59,0	75,4	Oui	0,0075	Oui
4	Je suis certain de pouvoir identifier un pair souffrant d'épuisement.	60	53,2	67,2	Oui	0,0067	Oui
5	Je suis certain de pouvoir trouver des ressources pour des résidents en détresse.	86	54,8	62,5	Oui	0,0947	Non
11	Si je souffrais d'un trouble mental, je le dirais à mes amis.	87	35,1	46,6	Oui	0,0389	Oui
12	Si je souffrais d'un trouble mental, je le dirais à mon superviseur.	87	8,4	12,5	Oui	0,2568	Non
13	Je me sentirais à l'aise de discuter de problèmes de santé mentale au travail.	87	26,3	38,6	Oui	0,0076	Oui
14	Si un collègue plus junior souffrait de problèmes de santé mentale, je voudrais qu'il ou elle me le dise.	87	53,2	67,0	Oui	0,0184	Oui
15	Un effort spécial devrait être fait pour accommoder les besoins particuliers des résidents qui ont un problème de santé mentale.	87	77,9	76,1	Non	0,7963	Non
16*	Je possède les compétences pour m'adapter aux facteurs de stress en santé mentale.	57	65,6	81,4	Oui	0,0209	Oui
17	Je possède les compétences pour affronter des événements traumatiques ou des situations défavorables qui sont hors de mon contrôle.	85	66,3	80,2	Oui	0,0218	Oui
18*	Je crois que je peux bien faire face à des situations difficiles et à l'adversité.	58	72,6	79,7	Oui	0,2850	Non
19	Je crois que je peux résister à l'influence négative d'événements traumatiques ou des situations défavorables.	83	46,8	58,3	Oui	0,0833	Non

No de question	Énoncé	n	Pourcentage, avant	Pourcentage, après	Amélioration	Valeur p	Sign.
20	Je crois que je peux me remettre rapidement si je suis affecté négativement par des événements traumatiques ou des situations défavorables.	85	58,9	60,5	Oui	1,000 0	Non
21*	J'ai tendance à me remettre rapidement après des moments difficiles.	58	64,5	67,8	Oui	0,593 0	Non
23*	Cela ne prend pas grand temps pour me remettre après un événement stressant.	58	50,0	64,4	Oui	0,116 7	Non
25*	Je surmonte habituellement des moments difficiles avec peu de problèmes.	58	50,0	57,6	Oui	0,438 6	Non

*Les questions marquées d'un astérisque ont été posées seulement dans la deuxième version du sondage. Toutes les autres questions ont été posées dans la première et la deuxième version.

Jumelé avant et après : Questions d'échelle de deux points de (dés) accord, codage inversé

Pourcentage représente les répondants qui étaient en désaccord ou tout à fait en désaccord avec l'énoncé.

No de la question	Énoncé	n	Pourcentage, avant	Pourcentage, après	Amélioration	Valeur p	Sign.
6*	Je me sens plus à l'aise en aidant un patient avec une maladie physique qu'un patient avec une maladie mentale.	60	22,6	18,0	Oui	0,527 1	Non
7	Toutes choses étant égales par ailleurs, j'aimerais mieux ne pas travailler avec un collègue qui a un problème de santé mentale.	87	79,8	71,6	Oui	0,052 2	Non
8	Si j'avais un problème de santé mentale que je ne pouvais pas régler moi-même, je considérerais cela une faiblesse personnelle.	87	43,2	38,6	Oui	0,512 7	Non
9	J'hésiterais à demander de l'aide si je souffrais d'un problème de santé mentale.	87	49,5	39,8	Oui	0,106 0	Non
10	Si je recevais des traitements pour un problème de santé mentale, je ne le divulguerais pas à mes collègues.	86	14,9	18,2	Non	0,738 9	Non
22*	J'ai de la difficulté à naviguer à travers des événements stressants.	57	54,1	61,0	Non	0,345 8	Non
24*	Il est difficile pour moi de me remettre lorsque quelque chose de mauvais arrive.	58	66,1	66,1	Non	0,763 0	Non
26*	Il me faut beaucoup de temps pour me surmonter des moments difficiles dans ma vie.	58	66,1	69,5	Non	0,617 1	Non

*Les questions marquées d'un astérisque ont été posées seulement dans la deuxième version du sondage. Toutes les autres questions ont été posées dans la première et la deuxième version.

Conservation des connaissances en formation en résilience

Cette dernière section présente les rapports au sujet de la conservation des connaissances et des concepts abordés lors de l'atelier sur la résilience, incluant les sujets suivants :

- Les actions qui peuvent être prises lorsque quelqu'un souffre d'épuisement
- La fréquence de la réflexion sur sa propre santé mentale
- L'utilisation des outils enseignés pendant l'atelier sur la résilience

Les répondants ont indiqué que s'ils croyaient qu'ils pourraient souffrir d'épuisement, les actions les plus communes qu'ils utiliseraient seraient : 1) d'essayer d'obtenir suffisamment de repos, de nourriture et d'exercice ; 2) de parler avec des amis, des membres de la famille et/ou des collègues ; et 3) de ne pas accepter de nouveaux engagements. En fait, il y a eu une augmentation importante du nombre de résidents qui n'accepteraient pas de nouveaux engagements. Ces résultats suggèrent que les résidents prennent l'épuisement au sérieux et qu'ils ont des plans en place pour aider à gérer cela. Cependant, des actions qui requièrent des modifications au travail ou aux études, ou qui nécessitent du temps pour accéder à des ressources, sont citées moins souvent. Que ce soit pour des raisons de préjugés, pratiques, professionnelles ou autres, les répondants étaient moins susceptibles d'utiliser des interventions comme prendre congé pour obtenir des soins médicaux.

À la question concernant leur fréquence de réflexion sur la santé mentale au cours du dernier mois, « une ou deux fois » a été la réponse la plus fréquemment citée. Cependant, il n'y avait pas de différences significatives avant et après l'atelier. Cela peut être dû au fait que l'atelier est offert comme une intervention ponctuelle et ne présentait pas d'occasions de suivi lorsque ces outils d'évaluation étaient utilisés. Nous développons le programme éducatif sur la résilience pour qu'il devienne une approche plus longitudinale pour améliorer le bien-être des résidents, incluant le lancement d'une application mobile de résilience en 2020 pour aider les résidents à pratiquer les compétences qu'ils ont apprises lors de l'atelier sur une base quotidienne.

La deuxième version du sondage avait une question après l'atelier qui demandait aux répondants d'indiquer les outils de l'atelier sur la résilience qu'ils avaient utilisés au cours des trois dernières semaines. Vingt-huit répondants ont répondu à cette question ouverte. L'outil le plus fréquemment utilisé semblait être la respiration stratégique (du *Big Four +*), mentionné neuf fois. D'autres outils du *Big Four +* ont été mentionnés quatre fois. Le continuum de la santé mentale a été mentionné deux fois. Sept répondants ont signalé qu'ils n'avaient pas utilisé d'outils dans les trois semaines après l'atelier.

Actions prises si vous éprouvez de l'épuisement

Quelles actions prendriez-vous si vous croyiez que vous éprouvez de l'épuisement? (Veuillez sélectionner toutes les réponses applicables.) (n=63)	Avant l'atelier,	Après l'atelier, % sélectionné
Se familiariser avec les ressources en santé mentale	42,9	46,0
Accès aux ressources en santé mentale	38,1	42,9
Ne pas accepter de nouveaux engagements*	58,7	76,2
Essayer d'obtenir suffisamment de repos, de nourriture et d'exercice	90,5	87,5
Discuter avec des amis, des membres de la famille et/ou des collègues	85,7	81,0
Prendre des pauses	50,8	57,1
Prendre un congé officiel	20,6	20,6
Obtenir des soins médicaux	28,6	31,7

*Différence observée est significative sur le plan statistique en utilisant le test McNemar's, $p < 0.05$.

Fréquence de réflexion sur la santé mentale au cours du dernier mois

Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous activement fait réflexion sur votre santé mentale? (n=63)	Avant l'atelier,	Post-Workshop, % Selected
Pas du tout	5,3	0,0
Une ou deux fois	43,9	40,4
Une fois par semaine ou plus	29,8	36,8
Tous les jours ou presque tous les jours	21,0	22,8

*Différences observées n'étaient pas significatives sur le plan statistique en utilisant le test de Wilcoxon Signed Rank, $p < 0.05$.

Outils de l'atelier sur la résilience utilisés au cours des trois dernières semaines

Thèmes des réponses (n=28)	Fréquence du nombre
Respiration stratégique	9
Établissement des objectifs	2
Visualisation	1
<i>Big Four+</i> (non précisé)	1
Continuum de la santé mentale	2
Autres sujets abordés pendant l'atelier	
Réflexion/méditation	5
Temps social, communications avec les amis et la famille	3
Prendre soin de son corps (exercice, sommeil)	3
Prendre une pause	2
Réviser les ressources disponibles	1
Aucun	7

Limitations

La mise en garde de notre approche des paires jumelées est qu'il y a un nombre limité de jumelages. Des cas qui ont dû être abandonnés incluaient des répondants qui ont rempli le sondage avant l'atelier, mais qui n'ont pas rempli le sondage après l'atelier, et vice-versa, ainsi que les répondants qui pourraient avoir rempli les deux sondages, mais qui n'ont pas saisi un code d'identification personnel consistant. La conséquence de la disponibilité d'un échantillon plus petit aux fins d'analyse signifie généralement une puissance de détection plus basse, signifiant que de grands changements doivent être observés avant qu'un résultat soit désigné comme significatif sur le plan statistique.

De plus, il existe une possibilité de biais de sélection. Alors que l'échantillon de jumelage de 96 n'indiquant aucune différence apparentes comparativement à l'échantillon complet avant l'atelier (777) lorsque l'on teste en fonction du sexe, de la tranche d'âge, l'année de formation postdoctorale ou le programme de résidence, il est possible que le sous-ensemble de résidents qui ont rempli les deux sondages puisse être différent de la population générale de résidents qui participe aux ateliers. Par exemple, il est possible que les résidents avec une meilleure santé mentale aient été plus à l'aise à répondre aux questions, faussant ainsi les résultats de notre évaluation.

Nous étions également limités par notre utilisation de deux versions du sondage. Bien que nous ayons regroupé les résultats des deux versions si possible, nous avons des taux de réponse particulièrement bas pour les questions qui n'apparaissaient que dans la première version du sondage et, à la fin, nous n'avons pas pu utiliser ces données.

La planification d'évaluations futures devrait mettre l'accent sur l'augmentation du taux de réponse, particulièrement en ce qui concerne le sondage après l'atelier, et la simplification du processus d'évaluation. Le module de leadership du programme éducatif concernant la résilience et le cours de formation du formateur devraient également être inclus dans les évaluations ultérieures.

Malgré ces limitations, nous nous réjouissons de voir que le programme éducatif concernant la résilience de MRC semble soutenir la capacité des résidents de reconnaître les signes de l'épuisement et d'augmenter leur confiance pour gérer des situations stressantes. MRC continue de plaider pour des changements systématiques en médecine afin de réduire les préjugés et les autres obstacles à la demande d'aide et favoriser un environnement de travail sécuritaire et positif pour les résidents canadiens.

Références

1. Association médicale canadienne. Sondage national de l'AMC sur la santé de Médecins : un instantané national [Internet]. Canada : Association médicale canadienne; 2018 [cité 2020 août 28]. Disponible ici : <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/nph-survey-f.pdf>.
2. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. *The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back*. Int J Behav Med. 2008;15:194-200.
3. Modgill G, Patten SB, Knaak S, Kassam A, Szeto A. *Opening minds stigma scale for health care providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness*. BMC Psychiatry. 2014;14:120.
4. Le questionnaire de suivi de l'Esprit au travail, PDF reçu par courriel de Sue Mercer (smercerc@mental-healthcommission.ca) en avril 2016.
5. Médecins résidents du Canada. Sondage national de 2018 auprès des résidents [Internet]. Canada : Médecins résidents du Canada; 2018 [cité 2020 août 28]. Disponible ici : <https://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2018/10/National-Resident-Survey-2018-FR-R6.pdf>.
6. Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.. Recensement annuel des stagiaires post-M.D. de 2019-2020 [Internet]. Canada : Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.; 2020 [cité 2020 août 28]. Disponible ici : https://caper.ca/sites/default/files/pdf/annual-census/2019-20-CAPER_Census_fr.pdf.
7. Institutionnalisation du programme En route vers la préparation mentale chez les Forces armées canadiennes, PDF reçu par courriel de Suzanne Bailey (suzanne.bailey@forces.gc.ca) en novembre 2017.

PROGRAMME
ÉDUCATIF EN


résilience





402-222, rue Queen, Ottawa (Ontario) K1P 5V9
Tél. : 613-234-6448 | Téléc. : 613-234-5292 | info@residentdoctors.ca

residentdoctors.ca