**Énoncé de position sur le bien-être des résidents**

Ahmed Taher; Skye Crawford; Josh Koczerginski; Niran Argintaru; Roxane Beaumont-Boileau; Alex Hart; Blair L. Bigham

**INTRODUCTION**

Le bien-être des résidents est une dimension fondamentale de la formation en résidence, qui implique des contraintes importantes sur les plans physique et psychosocial, et pour laquelle certains déficits sont notés.1 Il existe une multitude de facteurs dont on doit tenir compte pour assurer le bien-être des résidents,2,3 mais qui ne sont pas englobés dans les normes d’agrément en médecine d’urgence actuellement en vigueur. La Section des résidents de l’Association canadienne des médecins d’urgence (ACMU) représente les stagiaires en médecine d’urgence de partout au Canada et elle a la ferme intention d’améliorer le bien-être de ces derniers.

Le présent énoncé de position qu’a publié la Section des résidents de l’ACMU sert de fondation et de guide de pratique pour les programmes d’études de résidence en médecine d’urgence en vue de veiller à ce que le bien-être des résidents soit abordé de manière durable, holistique et éclairée. L’énoncé de position dans son intégralité, de même que la version anglaise du résumé et de l’énoncé de position sont tous deux accessibles (hyperlien vers le site de Cambridge).

**LES EFFETS NÉGATIFS DE LA RÉSIDENCE EN MÉDECINE D’URGENCE**

Selon les résultats d’études, il est évident que la prévalence du syndrome de l’épuisement professionnel chez les résidents en médecine d’urgence est supérieure à la moyenne.4,5 Ce phénomène est relié à une multitude de problèmes psychologiques6 et physiologiques,7 de même qu’à des effets négatifs sur la qualité des soins administrés aux patients.8-10

***Recommandations***

Compte tenu du nombre croissant de données qui démontrent les effets négatifs de la résidence en médecine d’urgence sur le bien-être des résidents, les responsables de résidences devraient prendre les mesures suivantes :

1. Former un groupe de travail composé de tous les intervenants pertinents et chargé de se pencher sur une stratégie nationale de conception et de mise en œuvre d’un programme d’études sur le bien-être;

**FORMATION EN RÉSILIENCE**

L’une des principales méthodes de lutte contre l’épuisement professionnel consiste à mettre au point un système destiné à appuyer la formation en résilience. On a déjà recouru avec succès aux programmes d’études en résilience destinés aux médecins et aux résidents,11,12 y compris le programme d’études publié par les Médecins résidents du Canada (MRC).13

***Recommandations***

Compte tenu des effets négatifs qu’entraîne le syndrome de l’épuisement professionnel sur les résidents en médecine d’urgence et l’importance que revêt la formation en résilience, nous recommandons que les responsables des résidences en médecine d’urgence prennent les mesures suivantes :

1. Créer un programme d’études officiel sur le bien-être dans le cadre des programmes de résidence en médecine d’urgence;
2. Choisir une formation en résilience comme le programme d’études en résilience des MRC dans le cadre du programme d’études officiel sur le bien-être;
3. Rendre les résidents aptes à se faire les experts de la formation en résilience en définissant le point de vue des résidents concernant le bien-être et créer des mesures incitatives pour que ces derniers défendent les initiatives entreprises en ce sens.

**ACCÈS À L’AIDE**

La formation en résilience peut permettre de prévenir l’apparition de problèmes. Toutefois, il est également nécessaire d’assurer un accès rapide à divers services de soutien comme les ressources de maîtrise des situations de crise.14 Toute stratégie globale de gestion des situations de crise comporte des politiques qui régissent les membres du corps professoral qui se feront les défenseurs des résidents en ce qui concerne les congés pris pour des raisons personnelles, et la communication des préoccupations des résidents aux directeurs des programmes d’études.

***Recommandations***

Compte tenu de l’importance que revêt l’accès aux ressources de soutien en matière de bien-être, nous recommandons que les responsables de résidences en médecine d’urgence prennent les mesures suivantes :

1. Assurer le perfectionnement des membres du corps professoral qui participent aux activités éducatives leur permettant d’appuyer et de soutenir le bien-être des résidents, notamment aider les résidents en situation de crise;
2. Instaurer et maintenir des mécanismes d’accès aux services de gestion du stress et de problèmes semblables par les résidents;2
3. Informer les résidents en médecine d’urgence des services de bien-être et d’aide qui leur sont offerts. Parmi ceux-ci, on peut trouver les services offerts par les universités locales et les centres de santé communautaire pour ce qui est des soins médicaux et en santé mentale, les lignes téléphoniques d’écoute pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale, les outils d’aide pour obtenir un médecin de famille, les services de counseling des bureaux d’études de cycles supérieurs, les ressources électroniques de bien-être et de gestion du stress, et la liste des ressources relatives au bien-être de la Section des résidents de l’ACMU;14
4. Définir les mécanismes permettant aux résidents de faire part de leurs préoccupations aux dirigeants des programmes de résidence;
5. Choisir un membre du corps professoral possédant les connaissances en matière de bien-être des résidents pour agir en tant que défenseur des résidents dansles programmes de résidence en médecine d’urgence;
6. Veiller à ce que les ressources et les mesures d’aide relatives au bien-être et aux situations de crise soient offertes sous le sceau du secret sans que leur utilisation influe sur l’enseignement offert aux résidents, sur leur classement dans le programme ou sur les occasions éventuelles d’emploi, et à informer les résidents de leurs obligations en matière de reddition de compte à cet égard;
7. Maintenir une politique concernant les congés pris par les résidents, que ce soit pour des raisons personnelles ou parce qu’ils sont en situation de crise. Cette politique doit être conforme aux dispositions sur les congés de maladie des conventions collectives provinciales.

**BÂTIR DES MILIEUX DE TRAVAIL SAINS**

Les données démontrent que les longues heures de travail sont constamment associées à une gamme d’effets négatifs sur les patients15-20 et sur les stagiaires.21,22 On a préconisé la mise en place de restrictions dans le cadre de multiples initiatives nationales (Annexe 1).23-25 Le nombre optimal d’heures de travail demeure indéterminé.26,27 Toutefois, les intervenants devraient continuer de participer à mesure que les nouvelles données sont recueillies.

***Recommandations***

Compte tenu des efforts continuellement fournis à l’échelle nationale pour déterminer le nombre d’heures de travail optimal, nous recommandons aux responsables de résidences en médecine d’urgence de prendre les mesures suivantes :

1. Continuer de participer aux initiatives provinciales et nationales visant à déterminer le nombre d’heures de travail optimal en s’axant davantage les activités qui concernent le bien-être des résidents;
2. Définir les éléments d’une section sur la gestion de la fatigue dans le cadre du programme d’études officiel sur le bien-être;
3. Permettre l’accès aux ressources de gestion de la fatigue, au counseling et aux mesures de soutien;
4. S’assurer que d’autres moyens sécuritaires permettant d’éviter aux résidents de conduire après le quart de travail de nuit ou après de longues heures de travail sont mis à la disposition des résidents, comme l’aménagement d’un lieu de repos sur place, ou l’accès à un mode de transport public ou le versement d’indemnités pour les personnes qui recourent aux services de taxi.

Le travail par quartsconstitue la majorité des rotations de travail des programmes de résidence en médecine d’urgence. Ce genre de travail entraîne des effets délétères sur la santé qui lui sont propres.28-30 On n’enseigne pas officiellement les stratégies d’atténuation de ces effets et le niveau d’autonomie accordé quant à l’organisation des horaires varie d’un établissement à l’autre, ce qui pourrait faire obstacle à la planification en matière de bien-être et à la réalisation d’activités apportant du bien-être.

***Recommandations***

Étant donné l’existence de risques propres au travail par roulement et au mode de vie qui lui est associé, nous recommandons que les responsables de résidences en médecine d’urgence prennent les mesures suivantes :

1. Enseigner aux résidents les principes d’une structure appropriée de travail par roulement et les méthodes d’adaptation d’un mode de vie sain à la réalité de ce type de travail dans le cadre d’un programme d’études officiel sur le bien-être;
2. Dans la mesure du possible, permettre aux résidents d’établir eux-mêmes l’horaire des quarts de travail; Si les responsables de programmes de résidence établissent les horaires de travail des résidents, ils devraient adopter les pratiques exemplaires en matière d’établissement d’horaires de travail par roulement, y compris l’envoi, bien à l’avance, d’avis préalables aux résidents, en faisant preuve de flexibilité, et en permettant les échanges de quarts de travail.

Les normes relatives aux dangers physiques auxquels sont exposés les résidents dans le cadre du programme d’études sont énoncées (Annexe 2).2,3De plus,

les dangers liésaux comportements des patients sont monnaie courante; les résidents soulignent que ces dangers sont une source de préoccupation.31 La formation et la préparation des résidents en prévision de la survenue de ces dangers varient d’un établissement à l’autre au pays.

***Recommandations***

Étant donné le risque physique que représentent les patients hostiles pour les résidents, les responsables de résidences en médecine d’urgence devraient prendre les mesures suivantes :

1. Enseigner aux résidents la manière d’assurer leur sécurité personnelle en présence de patients hostiles, notamment les techniques de désescalade, de retrait sécuritaire et de maîtrise de la situation, en tant que partie intégrale d’un programme d’études officiel sur le bien-être;
2. Assurer l’accès aux ressources d’aide et de counseling dès qu’il y a des préoccupations en matière de sécurité personnelle;
3. Garantir la formation du corps professoral de la faculté de médecine d’urgence pour que ses membres puissent faire le point avec les résidents après les incidents ayant nui à la sécurité de ceux-ci;
4. Veiller à ce que les centres voués à l’enseignement comportent les ressources nécessaires (comme du personnel de sécurité) pour que les bonnes interventions soient réalisées en cas de menaces provenant de patients hostiles.

Trop peu de cas d’exposition aux dangers,dont les blessures causées par les piqûres d’aiguilles, sont déclarés.32 Le nombre d’incidents attribuables à l’utilisation inadéquate de l’équipement de protection individuelle est élevé.33 C’est un secteur qui nécessite continuellement de l’attention, de même que la création d’un environnement où l’on appuie les déclarations et où celles-ci n’entraînent pas de mesures disciplinaires.

***Recommandations***

Étant donné les facteurs de risque d’exposition aux matières dangereuses dans les cadres de soins de courte durée, les responsables des résidences en médecine d’urgence devraient prendre les mesures suivantes :

1. Informer les résidents sur la manière de revêtir, d’utiliser et de retirer adéquatement l’équipement de protection individuelle, mener des évaluations de routine et faire des rappels aux résidents dans le cadre d’un programme d’études officiel sur le bien-être, en parallèle avec les politiques et les protocoles relatifs à l’exposition aux liquides organiques;
2. Poser des gestes concrets en vue de former une mentalité voulant que la déclaration de blessures causées par les piqûres d’aiguilles, de même que l’exposition qui en découle, n’entraîne pas de mesures disciplinaires et qui prévoit un processus de suivi clairement énoncé.

La formation en médecine est en partie responsable du fait que les médecins ne prêtent pas attention aux signes d’angoisse, de fatigue et d’épuisement professionnel et, en conséquence, de l’accès tardif aux services d’aide en santé mentale.34 Dans ces milieux, les résidents peuvent être victimes de hurlements, d’humiliation, de condescendance ou de brutalité.1 Il est possible que les résidents choisissent de ne pas défendre leur point de vue lorsqu’il y a divergence d’opinions quant aux dilemmes éthiques35 en raison de la perception d’une lutte de pouvoir. Ce sont là des compétences qu’on peut concrètement enseigner aux résidents.36

***Recommandations***

Compte tenu des difficultés psychosociales avec lesquelles composent les résidents, les responsables de résidences devraient prendre les mesures suivantes :

1. Informer les résidents sur les méthodes efficaces de résolution de conflits personnels et professionnels dans le cadre d’un programme d’études officiel sur le bien-être;
2. Instaurer une mentalité juste, ouverte et qui admet les rapports concernant les relations conflictuelles, et mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité en vue d’enquêter sur les raisons profondes de ces problèmes et d’appuyer les changements effectués à l’échelle systémique;
3. Créer des mécanismes efficaces en vue de gérer rapidement et efficacement les problèmes que provoquent les lacunes observées en matière de sécurité des résidents, d’intimidation, de harcèlement et d’insultes;2
4. Informer, dans le cadre d’un programme d’études officiel sur le bien-être, les résidents sur les moyens efficaces de régler les luttes de pouvoir entre les résidents séniors et les médecins, surtout dans des situations critiques;
5. Offrir un programme de formation continue aux membres du corps professoral en vue de les sensibiliser aux luttes de pouvoir et à la résolution de conflits, tout particulièrement dans les situations critiques.

**TRANSITION VERS L’EXERCICE DE LA MÉDECINE**

Le passage de la résidence à l’exercice de la médecine est une période très angoissante. Au Canada, l’enseignement des principes qui lui sont propres varie d’un programme d’études en médecine d’urgence à un autre.37 L’élaboration et la mise en œuvre du nouveau programme d’études en médecine d’urgence axé sur les compétences est l’occasion d’améliorer la formation visant à préparer les résidents à la transition vers l’exercice de la médecine.

***Recommandations***

Compte tenu des difficultés propres au passage vers l’exercice, les responsables de résidences devraient prendre les mesures suivantes :

1. Rendre accessibles les services d’orientation professionnelle, de planification financière et de soutien;
2. Informer les résidents sur les aspects non médicaux du passage vers l’exercice dans le cadre d’un programme d’études officiel sur le bien-être;
3. Offrir des possibilités de mentorat officielles pour faciliter le processus de passage vers l’exercice.

**PROCHAINES ÉTAPES**

Cet énoncé de position a pour but de faire avancer le programme national sur le bien-être des résidents. De plus, il représente la norme minimale des caractéristiques définissant le bien-être que les responsables de programmes de résidence devraient aspirer à respecter outre les normes d’agrément. Une vaste coopérative composée d’intervenants de partout au pays et provenant de programmes de résidence, et d’organismes d’agrément devrait créer un groupe de travail visant à améliorer la structure et les cours des programmes de résidence actuels pour combler les lacunes décelées et pour créer un programme national d’études sur le bien-être officiel.

**CONCLUSION**

La formation offerte dans le cadre des résidences en médecine d’urgence a des effets négatifs importants sur le bien-être des résidents. On a défini les caractéristiques clés des programmes de formation permettant d’atténuer les risques à cet égard. Les programmes de formation doivent prendre les mesures nécessaires pour que les méthodes durables se perfectionnent de manière à respecter ces références.

**REFERENCES**

1. Resident Doctors of Canada. Canadian Association of Interns and Residents Annual Member Survey; 2013. http://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2015/08/Key-Findings-2013-National-Resident-Survey.pdf. Accessed on December 16, 2016.

2. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Accreditation of Residency Programs. General Standards Applicable to the University and Affiliated Sites - A Standards; 2011. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/education-strategy-accreditation/pgme-training-programs/accreditation-residency-programs-e>. Accessed December, 10 2016.

3. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Accreditation of Residency Programs. Specific Standards of Accreditation for Residency Programs in Emergency Medicine; 2008. [http://www.royalcollege.ca/rc/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/viewDocument.jspx?document\_id=TZTEST3RCPSCED000759&\_afrLoop=21281619943636266&\_afrWindowMode=0&\_afrWindowId=w4vpqg9s6\_1 - !%40%40%3F\_afrWindowId%3Dw4vpqg9s6\_1%26document\_id%3DTZTEST3RCPSCED000759%26\_afrLoop%3D21281619943636266%26\_afrWindowMode%3D0%26\_adf.ctrl-state%3Dw4vpqg9s6\_17](http://www.royalcollege.ca/rc/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/viewDocument.jspx?document_id=TZTEST3RCPSCED000759&_afrLoop=21281619943636266&_afrWindowMode=0&_afrWindowId=w4vpqg9s6_1#!%2540%2540%253F_afrWindowId%253Dw4vpqg9s6_1%2526document_id%253DTZTEST3RCPSCED000759%2526_afrLoop%253D21281619943636266%2526_afrWindowMode%253D0%2526_adf.ctrl-state%253Dw4vpqg9s6_17). Accessed December 8, 2016.

4. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med* 2014;89(3):443-51.

5. Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med* 2014;21(9):1031-5.

6. Sobowale K, Zhou AN, Fan J, Liu N, Sherer R. Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *Int J Med Educ* 2014;5:31.

7. Felton J. Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occup Med* 1998;48(4):237-50.

8. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Int Med* 2002;136(5):358-67.

9. Baldwin P, Dodd M, Wrate R. Young doctors' health—I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Social Sci Med* 1997;45(1):35-40.

10. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336(7642):488-91.

11. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *J Gen Intern Med.* 2011;26(8):858-61.

12. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* 2015;6:525-32.

13. Resident Doctors of Canada. Resiliency; 2014. <http://residentdoctors.ca/wellness/resiliency/>. Accessed January 20, 2017.

14. Canadian Association of Emergency Physicians Resident Section. Wellness Resources; 2017. <http://caep.ca/membership/emergency-resident-wellness/wellness-resources>. Accessed February 1, 2017.

15. Johns M. Institue of Medicine: Resident duty hours–Enhancing sleep, supervision and safety. Washington, DC: National Academies Press; 2009.

16. Jagsi R, Kitch BT, Weinstein DF, Campbell EG, Hutter M, Weissman JS. Residents report on adverse events and their causes. *Arch Intern Med* 2005;165(22):2607-13.

17. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351(18):1838-48.

18. Friedman RC, Bigger JT, Kornfeld DS. The intern and sleep loss. *N Engl J Med* 1971;285(4):201-3.

19. Taffinder N, McManus I, Gul Y, Russell R, Darzi A. Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator. *Lancet* 1998;352(9135):1191.

20. Dimitris KD, Taylor BC, Fankhauser RA. Resident work-week regulations: historical review and modern perspectives. *J Surg Educ* 2008;65(4):290-6.

21. Parks DK, Yetman RJ, McNeese MC, Burau K, Smolensky MH. Day-night pattern in accidental exposures to blood-borne pathogens among medical students and residents. *Chronobiol Int* 2000;17(1):61-70.

22. Ayas NT, Barger LK, Cade BE, et al. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA* 2006;296(9):1055-62.

23. Resident Doctors of Canada. Canadian Patient and Physician Safety and

Wellbeing: Resident Duty Hours; 2012. <http://residentdoctors.ca/wellness/fatigue-risk-management/>. Accessed October 27, 2016.

24. National Steering Committee on Resident Duty Hours. Fatigue, Risk & Excellence: Towards a Pan-Canadian Consensus on Resident Duty Hours; 2013. http://www.residentdutyhours.ca/documents/fatigue\_risk\_and\_excellence.pdf. Accessed October 27, 2016.

25. Canadian Medical Association. CMA Policy: Management of Physician Fatigue; 2014. https://residentdoctors.ca/wp-content/uploads/2017/08/PD14-09.pdf. Accessed October 27, 2016.

26. Hamadani FT, Deckelbaum D, Sauve A, Khwaja K, Razek T, Fata P. Abolishment of 24-hour continuous medical call duty in Quebec: a quality of life survey of general surgical residents following implementation of the new work-hour restrictions. *J Surg Educ* 2013;70(3):296-303.

27. Ahmed N, Devitt KS, Keshet I, et al. A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness, training, and patient outcomes. *Ann Surg* 2014;259(6):1041-53.

28. De Bacquer D, Van Risseghem M, Clays E, Kittel F, De Backer G, Braeckman L. Rotating shift work and the metabolic syndrome: a prospective study. *Int J Epidemiol* 2009;38(3):848-54.

29. Karlsson B, Knutsson A, Lindahl B. Is there an association between shift work and having a metabolic syndrome? Results from a population based study of 27 485 people. *Occup Environ Med* 2001;58(11):747-52.

30. Costa G. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergon* 1996;27(1):9-16.

31. Anglin D, Kyriacou DN, Hutson HR. Residents' perspectives on violence and personal safety in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994;23(5):1082-4.

32. Heald AE, Ransohoff DF. Needlestick injuries among resident physicians. *J Gen Intern Med* 1990;5(5):389-93.

33. Mitchell R, Roth V, Gravel D, et al. Are health care workers protected? An observational study of selection and removal of personal protective equipment in Canadian acute care hospitals. *Am J Infect Control* 2013;41(3):240-4.

34. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009;374(9702):1714-21.

35. Shreves JG, Moss AH. Residents' ethical disagreements with attending physicians: an unrecognized problem. *Acad Med* 1996;71(10):1103-5.

36. Pian-Smith M, Simon R, Minehart RD, et al. Teaching residents the two-challenge rule: a simulation-based approach to improve education and patient safety. *Simul Healthc* 2008;4(2):84-91.

37. Koczerginski J. National Chief Resident Meeting. In. Quebec City: Resident Section, Canadian Association of Emergency Physicians; 2016.