

# Les études médicales postdoctorales: un appel au changement



## 2ème place

Laurent Dubé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

Date publiée: 11 mai 2023

DOI: <https://doi.org/10.18192/UOJM.V13iS1.6570>

**Mots clés:** *Éducation médicale, formation en résidence, épuisement professionnel*

Les études médicales postdoctorales se veulent un moment charnière dans l'évolution et la formation d'un apprenant en médecine. L'unique nature de la résidence met la table à une dualité particulière entre le rôle d'étudiant et celui de membre de l'équipe traitante. Ce cadre éducatif se promet être un modèle éprouvé à l'ère de la médecine moderne. Toutefois, la résidence, qui impatrontise un rythme de travail ahurissant aux médecins résidents, est de plus en plus d'actualité, en raison de son énorme contribution à l'épuisement professionnel, qui démesurément répandu dans le domaine médical. Les résidents, au mitan d'un système qui les dépasse, se retrouvent fréquemment aliénés dans une impasse où aucune solution n'est gagnante.

D'une part, la formation de médecin expert requiert non

seulement une exposition clinique à une variété de patients, mais aussi une fréquence de cas congruente au développement de savoir expérientiel nécessaire à l'atteinte des compétences exigées. En d'autres termes, la limitation des heures d'apprentissage des résidents est crainte de par ses possibles répercussions sur la qualité de l'exposition clinique, qui pourrait se traduire par une prolongation des études. Une appréhension, fréquemment transmise aux résidents par les générations antérieures de médecins, peut aussi être vécu, selon laquelle cette pratique serait un frein à la qualité d'éducation.<sup>1-5</sup> Une autre mention soulevée dans la littérature propose que la limite d'heure ne permettrait pas à elle seule une amélioration subséquente dans les soins des patients.<sup>1,3,6</sup> Bien que les erreurs médicales concomitantes à la privation de sommeil soient un phénomène bien documenté, la

communauté médicale semble toutefois dubitative quant aux solutions envisageables pour adapter l'apprentissage des résidents.<sup>3,7</sup>

D'autre part, les résidents se retrouvent malgré eux complètement limités dans leur équilibre travail et vie personnelle, perpétuant un cycle nocif et calamiteux pour quiconque l'expérimente. On observe en société depuis déjà trop longtemps cet état dichotomique où les résidents s'écroulent sous d'insatiables exigences de la part du système, alors qu'ils sont simultanément acclamés et encouragés par la collectivité pour leur dévouement intarissable et leur absence d'équilibre de vie. Cette prémisses, selon laquelle un apprenant en médecine doit se sacrifier corps et âme afin de devenir un médecin compétent, est profondément implantée dans notre société et normalisée à un tel degré qu'on ne conteste plus sa véracité. Cette culture se fait aussi fortement ressentir à même le domaine médical, où les responsabilités ne cessent d'augmenter avec l'avancement de la médecine.<sup>8</sup> Les standards abusifs imposés par le système guident à tort le résident à se percevoir comme l'unique responsable des soins, engendrant une culture toxique où l'apprenant accepte cette surcharge de travail comme étant normale, qui cultive sa peur de ne pas en faire assez pour ses patients. Pire encore, les médecins évoluent communément dans un environnement malsain, où intimidation et persécution sont acceptables et normalisées.<sup>9</sup>

Ce modèle d'apprentissage est depuis toujours justifié par la formation de médecins dotés d'une expertise exemplaire. Bien que les aptitudes cliniques soient un élément clé des fondements de la pratique de la médecine, les paradigmes médicaux ont évolué de telle sorte que le clinicien n'est plus seulement caractérisé par ses connaissances, mais plutôt par un modèle qui vise l'excellence à travers diverses aptitudes, tels que la communication, la promotion de la santé et le leadership.<sup>10</sup> Cela dit, un tel modèle est non seulement peu intégré aux programmes de résidence actuelles, mais est aussi très peu applicable, considérant les exigences des études postdoctorales et de la médecine moderne.<sup>8,11</sup> De surcroît, lorsque les résidents partagent aussi peu que 10 % de leur temps de travail auprès des patients, le sens de la profession de médecin est inévitablement éffrité, tout comme les soins prodigués sont déshumanisés, ce qui

ne peut que contribuer à l'épuisement des résidents en supprimant le sens à leur dévouement.<sup>8,12,13</sup>

Tandis que la médecine s'est grandement modernisée, par la multiplication des options de traitement et la complexification des soins, la résidence n'a pas su proposer un modèle d'apprentissage adapté à la réalité d'aujourd'hui. Ainsi dit, le bien-être des résidents se doit de ne plus être vu comme une considération secondaire dans les programmes d'éducation médicale postdoctorale actuels et futurs. Une profonde et équitable réévaluation de la structure ainsi que des conditions de travail actuelles doit être mise en place, afin de permettre la création d'un nouveau modèle de pratique adapté à la réalité de la médecine moderne. Les résidents ne doivent plus se voir être utilisés comme l'échine du système de santé canadien. Néanmoins, alors que les solutions actuellement proposées se concentrent sur la promotion de la résilience et le développement de programme de bien-être, avec des résultats très mitigés,<sup>14</sup> il est impératif qu'un changement de philosophie s'effectue vers un modèle qui s'attardera à l'implantation de changements systémiques.<sup>13</sup> Par conséquent, la révision des conditions d'éducation postdoctorale doit assurer une approche standardisée à travers le Canada, qui permettra un cadre sécuritaire, éthique et professionnel dans lequel les résidents pourront atteindre les objectifs nationaux de compétence, tout en assurant un équilibre de vie sain. Nécessairement, de tels changements incluent l'établissement de normes et de guides nationaux régissant les heures de service des résidents, l'implantation de normes préventives multifactorielles longitudinales en matière de bien-être ainsi que la mise en place de programmes de soutien centrés sur les besoins individuels.<sup>13</sup>

Subséquemment, la culture entourant le rôle des résidents doit vivement être adressée, particulièrement afin de garantir un environnement de travail dépourvu de comportements ostracisants et dénigrants. L'environnement d'apprentissage en résidence doit également retourner aux sources de la profession, soit en favorisant les soins directs aux patients et aux familles, en stimulant la collaboration intra- et interprofessionnelle, en diminuant le travail administratif ainsi qu'en accentuant la place de la rétroaction.<sup>15</sup> Modifier la pratique dès la résidence cherche aussi à rectifier la conception de ce

qu'est un environnement de travail sain et favorable au développement personnel et professionnel, ce qui favorisera un changement de la culture médicale à long terme.

De tels changements viseront non seulement l'épanouissement et l'émancipation des résidents, mais encourageront aussi une transition vers un système médical sain à long terme.

## RÉFÉRENCES

- Ahmed, N., Devitt, K. S., Keshet, I., Spicer, J., Imrie, K., Feldman, L., Cools-Lartigue, J., Kayssi, A., Lipsman, N., Elmi, M., Kulkarni, A. V., Parshuram, C., Mainprize, T., Warren, R. J., Fata, P., Gorman, M. S., Feinberg, S., & Rutka, J. (2014). A systematic review of the effects of resident duty hour restrictions in surgery: impact on resident wellness, training, and patient outcomes. *Annals of surgery*, 259(6), 1041–1053. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000595>
- Mauser, N. S., Michelson, J. D., Gissel, H., Henderson, C., & Mauffrey, C. (2016). Work-hour restrictions and orthopaedic resident education: a systematic review. *International orthopaedics*, 40(5), 865–873. <https://doi.org/10.1007/s00264-015-3045-7>
- Bolster, L., & Rourke, L. (2015). The Effect of Restricting Residents' Duty Hours on Patient Safety, Resident Well-Being, and Resident Education: An Updated Systematic Review. *Journal of graduate medical education*, 7(3), 349–363. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00612.1>
- Kogan, J. R., Lapin, J., Aagaard, E., Boscardin, C., Aiyer, M. K., Cayea, D., Cifu, A., Diemer, G., Durning, S., Elnicki, M., Fazio, S. B., Khan, A. R., Lang, V. J., Mintz, M., Nixon, L. J., Paauw, D., Torre, D. M., & Hauer, K. E. (2015). The effect of resident duty-hours restrictions on internal medicine clerkship experiences: surveys of medical students and clerkship directors. *Teaching and learning in medicine*, 27(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/10401334.2014.979187>
- Garg, M., Drolet, B. C., Tammara, D., & Fischer, S. A. (2014). Resident duty hours: a survey of internal medicine program directors. *Journal of general internal medicine*, 29(10), 1349–1354. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2912-z>
- Harris, J. D., Staheli, G., LeClere, L., Andersone, D., & McCormick, F. (2015). What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety? A systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*, 473(5), 1600–1608. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3968-0>
- Lee M. J. (2015). On Patient Safety: Have The ACGME Resident Work Hour Reforms Improved Patient Safety?. *Clinical orthopaedics and related research*, 473(11), 3364–3367. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4547-8>
- Schattner A. (2022). The Spectrum of Harm Associated with Modern Medicine. *Journal of general internal medicine*, 37(3), 664–667. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06997-x>
- Hewett M. (2022). Ethics and toxic high-workload work environments. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 72(718), 226–227. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X719333>
- Ten Cate O. (2017). Snell L, Frank JR, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa, Canada: Royal College of Physicians & Surgeons of Canada; 2015.
- Binnendyk, J., Pack, R., Field, E., & Watling, C. (2021). Not wanted on the voyage: highlighting intrinsic CanMEDS gaps in Competence by Design curricula. *Canadian medical education journal*, 12(4), 39–47. <https://doi.org/10.36834/cmej.70950>
- Mamykina, L., Vawdrey, D. K., & Hripcsak, G. (2016). How Do Residents Spend Their Shift Time? A Time and Motion Study With a Particular Focus on the Use of Computers. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(6), 827–832. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001148>
- Gaston-Hawkins, L. A., Solorio, F. A., Chao, G. F., & Green, C. R. (2020). The Silent Epidemic: Causes and Consequences of Medical Learner Burnout. *Current psychiatry reports*, 22(12), 86. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01211-x>
- Vasquez, T. S., Close, J., & Bylund, C. L. (2021). Skills-Based Programs Used to Reduce Physician Burnout in Graduate Medical Education: A Systematic Review. *Journal of graduate medical education*, 13(4), 471–489. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-20-01433.1>
- Hipp, D. M., Rialon, K. L., Nevel, K., Kothari, A. N., & Jardine, L. (2017). "Back to Bedside": Residents' and Fellows' Perspectives on Finding Meaning in Work. *Journal of graduate medical education*, 9(2), 269–273. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00136.1>