

La résidence en médecine de famille

Difficultés et solutions

Richard Boulé, FCMFC, MA (PÉD) Gilles Girard, MPS

RÉSUMÉ

OBJECTIF Identifier les difficultés rencontrées par les résidents au cours de leur formation et les solutions qu'ils proposent.

DEVIS Étude qualitative.

MILIEU Programme de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke.

PARTICIPANTS Soixante-huit résidents inscrits au programme de médecine de famille entre 1999 et 2000.

MÉTHODOLOGIE Nous avons d'abord utilisé la technique du groupe nominal avec quatre groupes de participants. Ensuite, nous avons travaillé avec un groupe de discussion durant cinq rencontres de 3 heures dans le but d'approfondir les difficultés et les solutions. Finalement, nous avons validé nos données à l'aide d'un questionnaire écrit.

PRINCIPALES CONSTATATIONS Au moins 20% de l'échantillon a confirmé 65 difficultés et 61 solutions. Les difficultés et solutions évoquées concernent la lourdeur de la résidence, le vécu des résidents et le manque de temps pour la vie personnelle.

CONCLUSION La diffusion des résultats permettra aux résidents de prioriser précocement certaines stratégies d'adaptation face aux stress de la résidence. De plus, certains ajustements seront adoptés par la direction du programme pour favoriser une meilleure gestion du stress chez les résidents.

ABSTRACT

OBJECTIVE To identify the problems encountered by residents during training and the solutions they proposed.

DESIGN Qualitative study.

SETTING Family practice program at Sherbrooke University.

PARTICIPANTS Sixty-eight residents in the Family practice program between 1999 and 2000.

METHOD We used the nominal group technique with four groups of participants. Then we held five 3-hour discussion groups to explore difficulties and solutions in depth. Finally, data were validated with a written questionnaire.

MAIN FINDINGS At least 20% of respondents confirmed 65 difficulties and 61 solutions. Three major themes emerged: the many demands of the residence program, residents' personal experience of the program, and the lack of time for personal life.

CONCLUSION Publication of these results could help residents develop proactive adaptive strategies to deal with the stress of their training programs. Certain adjustments will be made by the program administration to make it easier for residents to manage their stress.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation externe.

This article has been peer reviewed.

Can Fam Physician 2003;49:472-482.

Les difficultés rencontrées au cours de la formation médicale ont fait l'objet de plusieurs articles. Shapiro *et al*¹ en dénote jusqu'à 600. Les études démontrent que le stress éprouvé lors de la résidence est relié surtout aux éléments suivants: sommeil inadéquat, surcharge de travail, contraintes de temps, manque de support, difficulté à maintenir une vie sociale active et une vie de couple satisfaisante²⁻¹³. Certaines études incluent le harcèlement sexuel et le dénigrement des collègues spécialistes vis-à-vis le médecin de famille^{5,14}. Des auteurs rapportent d'autres sources de stress^{6,8,15}: maladies mentales, abus de substances et problèmes personnels qui contribuent au risque suicidaire.

La plupart des données furent recueillies via des questionnaires pré-établis où le répondant identifie les stressés rencontrés. L'étude récente de Langlois⁹ souligne que plus de 50% des résidents d'une université québécoise souffrent de détresse comparative à un taux 26.3% dans la population générale. Les mêmes facteurs cités plus haut s'y retrouvent. Par ailleurs, Shapiro *et al*¹ cite six études jugées valides démontrant l'efficacité des programmes d'intervention pour contrôler le stress de la formation médicale et diminuer l'anxiété et la dépression. Cependant, il semble difficile d'intéresser les résidents à des activités visant à explorer leur stress et les stratégies pour y faire face⁹. Même que les résidents les plus à risque évitent ces rencontres^{10,11}. Toutefois, inclure ces rencontres dans les activités régulières des résidents, en garantir la confidentialité, fournir de bons animateurs et offrir des repas sont des facteurs qui favorisent la participation¹².

Actuellement, 15 à 20% de nos résidents prennent des congés d'une durée d'un à 6 mois qui entraînent des prolongations de formation et ce, excluant les congés de maternité. L'ampleur du problème est telle que la direction postdoctorale n'accepte que parcimonieusement les demandes de congé sans solde de nos résidents.

La présente étude est la première à définir, dans un processus parallèle et sans recours à un questionnaire préconçu, les difficultés rencontrées par les résidents en médecine familiale et les solutions qu'ils proposent. Nous avons émis l'hypothèse que nos données se regrouperaient sous quatre grandes catégories: la

D^r Boulé, professeur titulaire, est directeur du Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke. M Girard est psychologue enseignant à l'UMF du CLSC de Sherbrooke et responsable de la formation professorale au même département.

conception de la résidence au moment de l'externat; l'anticipation du travail comme futur médecin; le vécu de la résidence en elle-même; et les aspects rattachés à la vie personnelle des résidents.

MÉTHODE

Le recueil de données est basé, d'une part, sur des rencontres de résidents animées selon la technique du groupe nominal et, d'autre part, sur l'enregistrement de groupes de discussion suivi d'un codage de ces informations, avec le souci de valider tous nos résultats par triangulation. Les groupes nominaux et de discussion furent mis en place parallèlement pour recueillir les données et pouvoir les généraliser à l'ensemble de notre programme. Ces deux méthodes nous ont garanti un éventail de résidents de tous les niveaux et de différents milieux.

Quatre groupes différents de cinq à neuf résidents pour un total de 31 participants ont identifié des difficultés et solutions rencontrées au cours de la résidence à l'aide de la technique du groupe nominal¹⁶. Les deux questions posées aux résidents étaient les suivantes: «Qu'est-ce qui vous empêche de fonctionner à votre goût comme résidente ou résident?» et «Quelles stratégies peuvent vous aider à composer avec les difficultés liées à la vie de résidente ou résident?» En tout temps, les chercheurs agissaient en tant qu'animateurs, visant à bien écouter le groupe. Cette technique favorise la participation active de chacun ainsi que l'appropriation des résultats par l'ensemble des participants. Elle assure également l'anonymat des réponses des résidents qui participaient librement à l'étude. Une saturation de nos données fut obtenue à ce moment. Les résultats de chaque groupe furent combinés par consensus entre les chercheurs.

De plus, le premier groupe de cinq résidents a été rencontré à cinq reprises pour des discussions libres et personnelles de trois heures, sauf la partie initiale des deux premières rencontres, où a été utilisée la technique du groupe nominal. Les participants s'étaient portés volontaires à partir d'un envoi adressé à une majorité de résidents accessibles géographiquement. Tous ces résidents ont reçu une description du projet et un formulaire de consentement pour prendre part à l'étude approuvée par notre comité d'éthique. Les participants s'engageaient à assister aux rencontres, à lire les comptes rendus ainsi qu'à en valider la forme finale. L'anonymat des contenus fut garanti. Les premières réunions furent enregistrées et chaque chercheur prenait note des propos des résidents. Dans les jours subséquents, chaque chercheur

RECHERCHE

.....

La résidence en médecine de famille

ressortait individuellement les idées principales qu'il codait en fonction des quatre grandes catégories présentées antérieurement. Par la suite, les chercheurs comparaient les idées recueillies en vue d'un consensus. L'enregistrement tenait lieu de valeur de référence. Une fois le consensus obtenu, les participants en prenaient connaissance, vérifiant si leurs idées y étaient présentes ou s'il y avait des oublis ou des modifications (figure 1). Les discussions libres en groupe n'ont pas ajouté de nouvelles difficultés et solutions à la liste obtenue par la technique du groupe nominal, mais ont contribué à faire ressortir spontanément les liens entre celles-ci. D'ailleurs, les citations présentées dans les résultats proviennent de ces discussions.

Cette liste de difficultés et de solutions fut envoyée aux 100 résidents de notre programme. Ceux-ci devaient indiquer s'ils reconnaissaient ou non ces éléments et s'ils souhaitaient en ajouter. Tous les éléments furent confirmés et aucun nouvel item ne fut identifié à cette étape. De plus, chaque résident devait prioriser huit éléments. À partir de ces réponses (50/100 résidents dont 37 n'avaient pas participé aux groupes où les items furent générés initialement), fut produite une liste de difficultés et de solutions priorisées par au moins 20% des répondants.

Par la suite, ont été examinés les résultats des trois procédures: les énoncés des quatre groupes nominaux, les éléments extraits des discussions de groupe et la liste finale priorisée. Les items les plus souvent

évoqués et priorisés par les résidents à travers les trois procédures se retrouvent dans les grandes classes de difficultés et solutions (figure 2).

RÉSULTATS

Soixante-cinq difficultés (tableau 1) et 61 solutions (tableau 2) furent confirmées par au moins 20% des résidents. Ces deux listes d'items serviront d'outils d'autogestion du stress. Les difficultés et solutions évoquées concernent la lourdeur de la résidence, le vécu du résident et le manque de temps pour la vie personnelle. Voici les difficultés (D) (figure 3) et solutions (S) (figure 4) les plus souvent évoquées avec des exemples de citations des résidents.

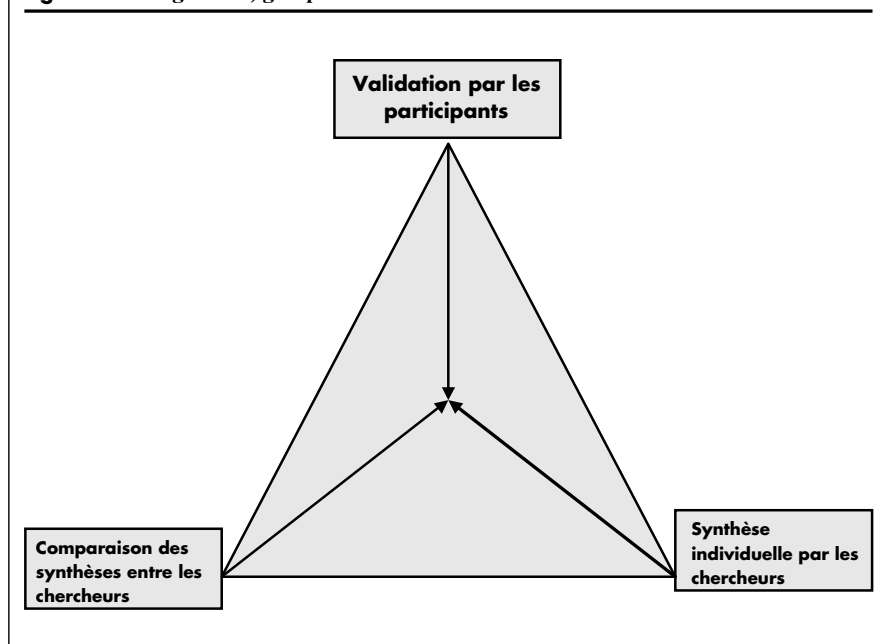
Difficultés évoquées

Lourdeur de la résidence. La lourdeur de la résidence est la première des trois grandes catégories de difficultés évoquées par les résidents. Elle réfère d'abord à la charge de travail (D1) qui leur est imposée: «Les journées sont trop longues... les gardes trop fréquentes...». Le stress lié au fait d'être supervisé et évalué (D2) ajoute à la lourdeur de la tâche, stimulant chez plusieurs «une anxiété de performance et un contexte hautement compétitif (D8)». Le fait d'être confrontés aux limites de leurs connaissances (D3) génère une «crainte de ne pas réussir à connaître suffisamment le large éventail des problèmes courants et leur traitement». Ce sentiment est souvent amplifié par un manque de temps

pour étudier (D4), lié à «leur double statut de travailleur et d'apprenant». Plusieurs mentionnent une difficulté à dire non aux demandes des patrons, identifiées comme occasions d'apprendre (D5). S'adapter aux changements fréquents d'environnement (D6) constitue un stress supplémentaire: «J'ai passé les derniers six mois dans les valises... Ça prend du temps pour connaître des nouveaux milieux...». Un bon nombre de résidents déplorent le peu de stages à option (D7) «en lien avec leurs préférences ou leur pratique future».

Vécu du résident. Les stress externes liés à la

Figure 1. Triangulation, groupe de discussion



lourdeur de la résidence sont parallèles aux stress internes des résidents. Ils représentent la deuxième grande catégorie de difficultés et reflètent leurs prédispositions individuelles à être vulnérables aux contraintes mentionnées. Cette nouvelle catégorie a émergé de l'analyse de nos données. L'obligation de performer, de tout savoir (D8) constitue l'un des stress internes majeurs des résidents: «Dans le passé, nous avons l'habitude d'être les meilleurs dans nos études, maintenant nous sommes confrontés à d'autres meilleurs.» Dans ce contexte, des sentiments de culpabilité de faire autre chose que de la médecine (D9) sont fréquents. «La médecine devenant envahissante dans leurs vies», les résidents développent un sentiment de non-contrôle sur leur vie et les événements (D10).

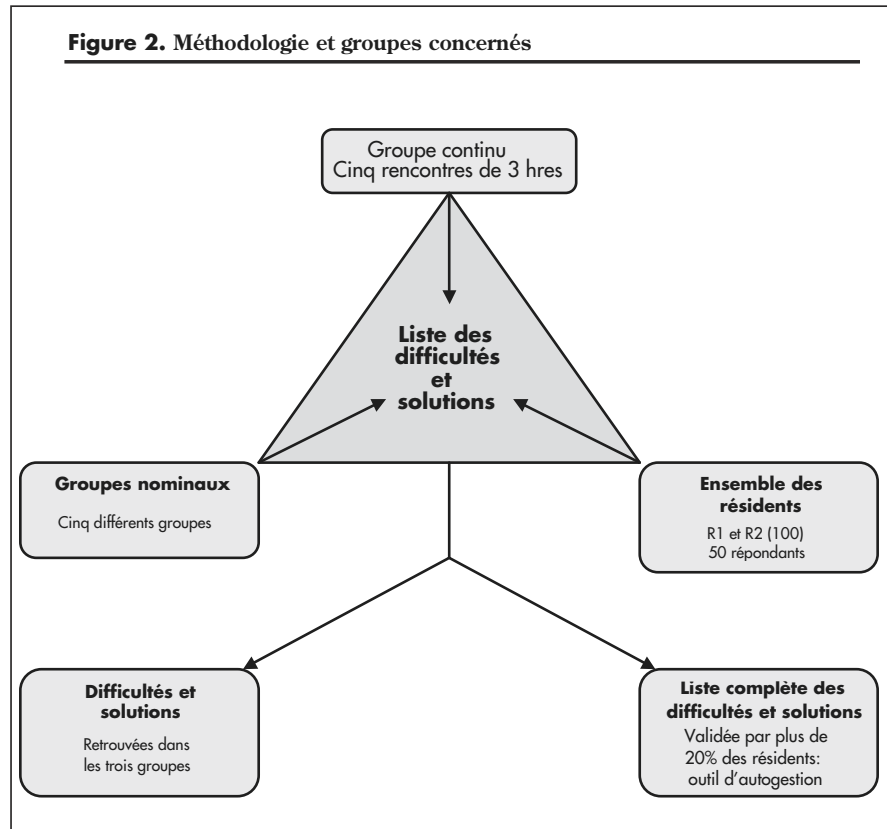
Manque de temps pour la vie personnelle. Conséquemment, les résidents relatent une troisième catégorie de difficultés: le manque de temps pour la vie personnelle: «même les activités relatives à l'hygiène de vie (repas, sommeil, etc.) deviennent difficiles à planifier et à privilégier (D11)». De plus, ils dénoncent un manque de temps pour une vie sociale active (D12).

Éventail des solutions

L'éventail des solutions mentionnées fait écho aux difficultés évoquées et recouvre les trois grandes catégories énoncées ci-haut (figure 4).

Lourdeur de la résidence. Par rapport à la lourdeur de la formation, les résidents soulignent l'importance de prendre des congés stratégiques (S1), c'est-à-dire «lorsqu'ils en sentent le besoin». L'opportunité de ventiler avec des amis en médecine et de partager leurs bons coups (S2) permet à plusieurs de «gagner du recul par rapport aux contraintes rencontrées». Les commentaires positifs des patrons (S3) sont soulignés comme «sources de motivation à la tâche et de confiance dans leurs capacités».

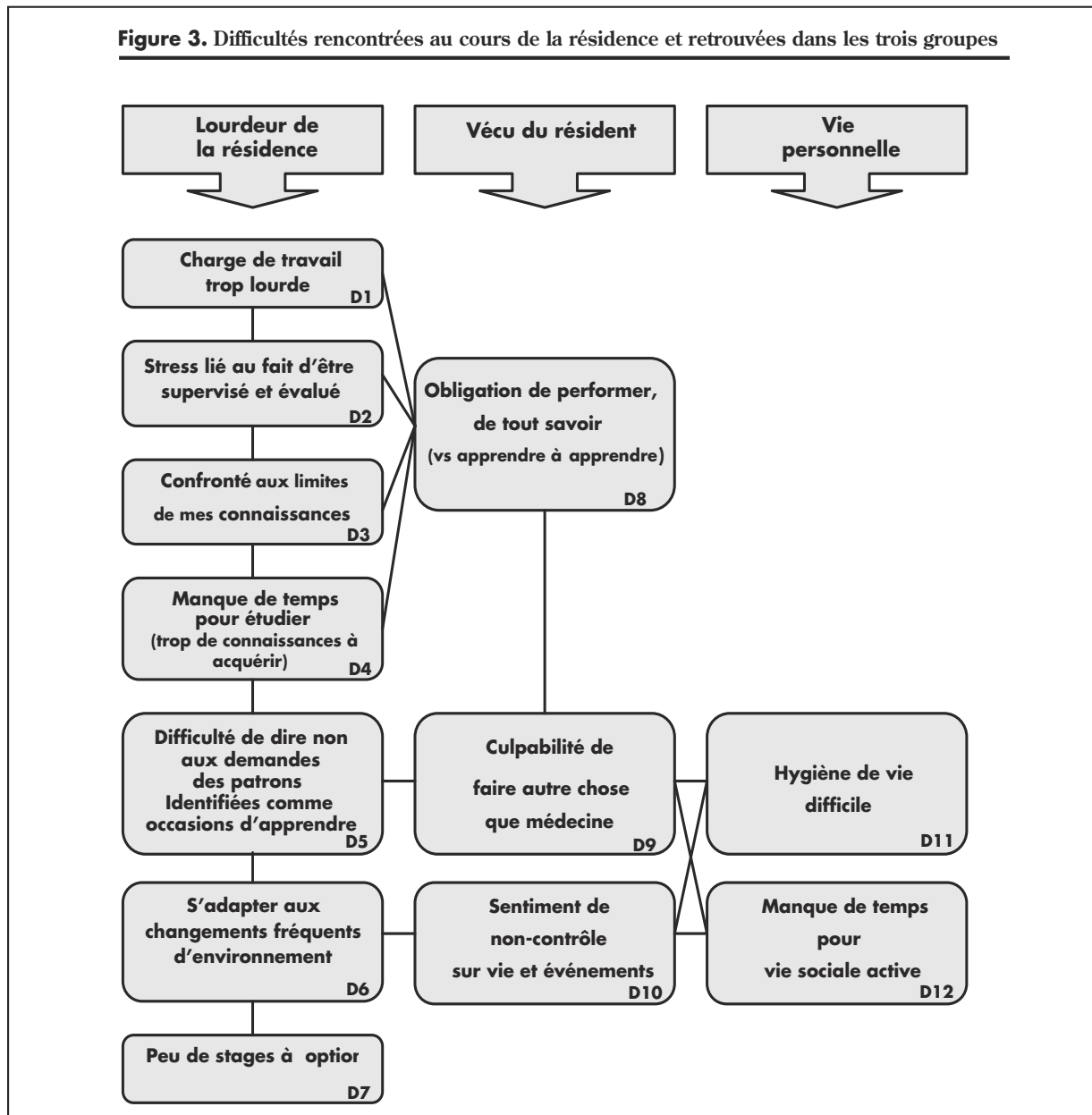
Figure 2. Méthodologie et groupes concernés



Vécu du résident. Au niveau du vécu, les résidents mentionnent l'acceptation de leurs limites personnelles et l'auto-appréciation de leurs progrès (S4) comme pistes de solution: «Comprendre tôt dans la résidence que l'objectif d'apprendre à apprendre est aidant pour contrer l'obligation de tout savoir.» «Développer leur débrouillardise en pensant à ce qu'ils feront quand ils seront patrons par rapport à telle ou telle situation et utiliser les ressources du milieu» (S5) sont perçus par les résidents comme des stratégies facilitantes pour augmenter leur confiance dans leurs ressources. Avoir une idée claire de leurs objectifs à long terme et du médecin qu'ils veulent être (S6) leur permet de «s'approprier leur formation et d'alléger les contraintes du quotidien».

Manque de temps pour la vie personnelle. Pour ce qui est du manque de temps pour la vie personnelle, les résidents soulignent l'importance de se réserver des temps réguliers dans leur agenda pour faire de l'activité physique (S7), maintenir une vie sociale active (S8) et investir dans leur couple (S9) de manière à «régénérer leurs énergies» et à «sauvegarder un certain équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle».

Figure 3. Difficultés rencontrées au cours de la résidence et retrouvées dans les trois groupes

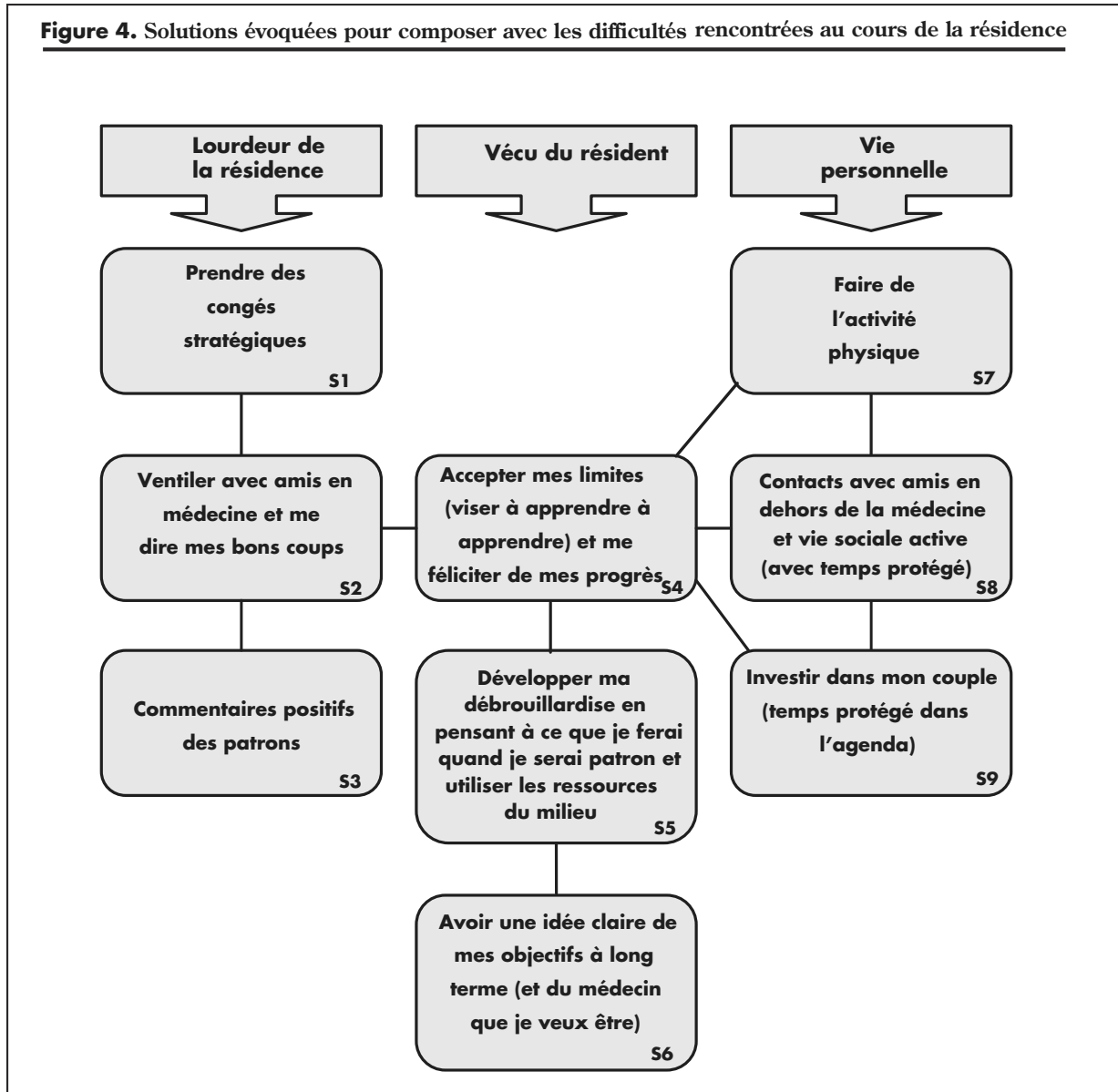


DISCUSSION

Cette étude a permis d'établir une liste exhaustive de difficultés ressenties par les résidents en médecine de famille et de solutions possibles, à l'aide d'une méthodologie qualitative. Les données recueillies furent validées entre elles grâce à la méthodologie de l'étude qui visait à recueillir de façon itérative l'opinion individuelle des résidents sur leurs difficultés et solutions. La saturation des données sans aucun ajout de la part des résidents lors de la phase de vérification finale renforce cette idée.

Plusieurs difficultés priorisées dans l'étude concordent avec les résultats de la littérature^{2-7,9,14,15,17-19}: lourdeur de la tâche (D1), somme des connaissances à acquérir (D4), ambiguïté des rôles (D5), anxiété de performance, compétition avec les pairs (D8), sentiment d'être dépassé par la tâche (D10), manque de sommeil (D11), temps limité pour la vie personnelle et les loisirs (D4, D12) et manque de support (S2, S3). Par ailleurs, d'autres difficultés priorisées sont moins citées dans la littérature: stress lié au fait d'être supervisé et évalué (D2), confrontation à ses limites (D3), adaptation au changement fréquent de

Figure 4. Solutions évoquées pour composer avec les difficultés rencontrées au cours de la résidence



contextes (D6), peu de stages à option (D7) et culpabilité de faire autre chose que la médecine (D9).

De plus, les groupes de discussion ont mis en évidence l'interaction entre les stress externes et internes des résidents. Ces derniers entrevoient les changements de perceptions et d'attitudes que nécessite une meilleure gestion du stress: accepter ses limites, percevoir ses progrès (S4), et apprendre à apprendre plutôt que de s'obliger à performer davantage ou à tout savoir (D8). Pour surmonter les difficultés de la résidence, l'étude a mis en évidence les solutions proposées par les résidents, dont la plupart sont suggérées par Peterkin⁸, et Coombs¹³:

ventiler avec des amis en médecine (S2), support des superviseurs (S3), anticipation et spécification de sa pratique future (S5, S6), et temps protégé pour sa vie personnelle (S7, S8, S9). Enfin, les participants à nos groupes de discussion ont souligné que le fait de reconnaître et de partager leurs difficultés ainsi que de discuter de solutions s'est avéré une expérience profitable, tel que mentionné par divers auteurs^{1,11,17}.

Par ailleurs, nos résultats se distinguent de la littérature par certaines caractéristiques touchant les thèmes suivants: les congés, les stages à option, le feedback positif, le harcèlement et le dénigrement. Chacun de ces points sera discuté. L'importance

RECHERCHE

.....

La résidence en médecine de famille

accordée aux congés stratégiques (S1), pris aux moments où les résidents en ont besoin, est nouvelle dans l'étude. En effet, les congés et les prolongations de formation, notés initialement comme problèmes, furent identifiés par les résidents parmi les solutions pour composer avec les stress de la résidence. Les difficultés à les obtenir et le retard à les prendre font parfois en sorte que ces congés doivent être prolongés pour récupérer suite à une fatigue accumulée. Assouplir les politiques de congés et de vacances encouragerait les résidents à les planifier en fonction de leurs besoins et les aiderait à améliorer leur sentiment de maîtrise de leur vie (D10).

L'augmentation du nombre de stages à option (D7), tout en poursuivant l'acquisition d'une polyvalence minimale, permettrait aux résidents de faire plus ce qu'ils aiment faire et stimulerait leur motivation à s'approprier leur formation. L'expérience des stages à option se révèle souvent déterminante pour préciser la vision du médecin que le résident veut être ou confirmer un choix de carrière. En lien avec la motivation, les résidents font ressortir l'importance de recevoir du feedback positif de la part des patrons (S3). Chose surprenante, à prime abord, les enseignants oublient de le faire, étant préoccupés à identifier les difficultés pédagogiques des résidents. L'évaluation aurait avantage à être recadrée comme un moyen de percevoir et d'encourager la progression des résidents plutôt qu'être considérée comme une menace d'échec. Les points à améliorer au cours de leur résidence pourraient alors être abordés de façon plus constructive.

La thématique du harcèlement est évoquée par moins de 20% de nos résidents. Ceci est conforme à ce qu'on trouve dans la littérature lorsqu'on ne spécifie pas le type de harcèlement (c.-à-d., blagues, commentaires, attouchements, propositions)^{5,20,21}. Une rencontre en petits groupes a porté entre autres sur le harcèlement. Les résidents soulignent les difficultés de dénoncer aux autorités ce type de comportement, par peur de représailles ou d'être taxés «d'individus à problèmes». Toutefois, le soutien des pairs les aide à confirmer leurs perceptions et à trouver des moyens concrets de contrer le harcèlement. Autre forme d'abus, le dénigrement de la médecine de famille par les collègues spécialistes demeure d'actualité. Un héritage d'un autre âge qui n'a plus sa raison d'être mais qui persiste encore, comme le soulignent Finney et Mattu¹⁴.

Certaines limites s'appliquent à notre étude. L'expérience des cinq rencontres du groupe de discussion nous a permis d'établir des liens entre les

difficultés et les solutions évoquées par l'ensemble des résidents. Il fut difficile pour nous comme pour d'autres^{10,11} de recruter des résidents pour participer aux groupes de discussion, et ce malgré un respect des conditions facilitantes énoncées par Metz et Pollack¹² et citées dans l'introduction. Répéter cette expérience auprès d'un ou deux autres groupes permettrait à la fois de valider et de multiplier les liens identifiés entre les difficultés et les solutions. De plus, les animateurs se limitaient au rôle d'observateurs dans l'étude. Aucune difficulté ou solution n'a été rapportée en lien avec la perception de la résidence au cours de l'externat, et peu d'énoncés ont porté sur une vision anticipée du «médecin que je souhaite devenir». Dans une démarche ultérieure, une intervention plus active des animateurs pourrait favoriser l'approfondissement et l'évolution des perceptions des résidents sur les façons d'envisager les stress inhérents à la profession médicale.

Les réponses obtenues sont-elles généralisables à d'autres programmes? Il semble que oui, étant donné qu'il y a peu d'écarts avec ce qui est retrouvé dans la littérature^{2,14,18,19}. La vie des résidents demeure chargée. L'utilisation d'outils simples d'autogestion du stress construits à partir des **tableaux 1** et **2**, et certaines recommandations facultaires pour alléger les tâches des résidents, pourraient être aidantes. Dans notre expérience, diverses modalités d'ateliers sur la gestion du stress ont été perçues comme facilitantes par des groupes de résidents pour envisager des changements de perceptions et prendre des décisions visant l'amélioration de leur équilibre de vie. Finalement, la politique de ne pas accorder de congés sans solde pourrait être rediscutée au niveau des facultés de médecine. Ces résultats furent présentés à notre Comité du programme ainsi qu'à une réunion départementale où 75 professeurs et résidents ont reçu ces résultats en s'y reconnaissant et en sollicitant dans leurs commentaires écrits qu'on veuille au suivi des recommandations émises.

CONCLUSION

Une diffusion des résultats permettra aux résidents de reconnaître leurs difficultés et de prioriser précocement certaines stratégies d'adaptation face aux stress de la résidence. Les participants aux cinq rencontres du groupe de soutien ont souligné que l'expérience de partager leurs difficultés et solutions était aidante en soi. Par ailleurs, la direction du Programme et les milieux de formation y puiseront des suggestions pour faciliter les ajustements exigés

Tableau 1. Difficultés mentionnées par ordre décroissant de fréquence d'évocation: 1-65 sont évoquées par plus de 20% des résidents; 66-74 sont évoquées par 20% et moins de résidents.

1. Manque de temps pour étudier
2. Obligation personnelle de **toujours performer**, d'être parfait, sans faille, de toujours tout savoir
3. **Éternel recommencement** à relire des choses déjà apprises: oublier, réapprendre
4. Souvent confronté à ma **limite de connaissances** et à mon **manque d'expérience**
5. **Peur de ne pas être compétent** après 2 ans de formation
6. Manque de temps pour une **vie sociale** active (amis, sports, activités culturelles, etc.)
7. Débordé par toutes les **connaissances à acquérir** pour être un "**bon médecin**"
8. Charge de travail trop lourde (longues heures): impression de **toujours courir** (gardes multiples, pagette, etc.)
9. **Hygiène de vie** difficile (besoins élémentaires bousculés: manger trois fois par jour, sommeil, vie sexuelle)
10. S'adapter aux **changements fréquents des milieux de stages** et **changements d'environnement** qui s'ensuit
11. **Manque de contrôle** sur nos activités et l'horaire souvent imprévisible
12. **Sentiment de non-contrôle** sur notre vie et les événements
13. Peu de **stages à option**
14. Sentiment de **culpabilité** quand je veux **faire autre chose** que la médecine (cuisine, loisirs, etc.)
15. Obligation de changer sa conduite thérapeutique selon les **idées différentes des nombreux patrons**
16. Difficulté de **dire non à un patron** pour des demandes identifiées comme occasions d'apprentissage
17. Stress relié au fait d'être constamment supervisé et **évalué**
18. **Dévalorisation de la médecine de famille** par les spécialistes et leurs résidents
19. **Sentiment d'isolement** en raison des contraintes de stages et de gardes
20. Impression d'avoir été jeté rapidement dans des **responsabilités professionnelles** et **retard** dans ma **vie d'adulte** (vie personnelle)
21. Horaire chargé: problèmes dans ma **vie personnelle et de couple**
22. Incertitude par rapport à mon **choix professionnel** et ma **pratique future**
23. Impression de connaître de moins en moins de monde qui ne sont pas en médecine (perte d'amis)
24. Obligation de faire une somme importante de ce **qu'on n'aime pas** et de ce **qu'on ne fera pas** dans notre pratique future
25. Difficulté à accepter l'erreur et la critique (même si constructive): remise en question de ma confiance
26. Difficulté à **juger de ce que je peux faire seul** (versus avec supervision): risquer pour apprendre versus jouer sûr
27. Difficulté à composer avec le **double statut de "résident- médecin"**: manque de crédibilité, considéré comme un "apprenti"
28. **Manque de souplesse du programme** pour tenir compte de nos choix de carrière
29. Impression que la **médecine** devient **envahissante**: les appels des patients, les demandes des patrons
30. **Éparpillement géographique** (déplacements, vivre dans les valises)
31. Manque d'appartenance à un département vu la fréquence des **rotations en spécialités**
32. Peu de place pour **aimer autre chose** que la médecine
33. **Dépression**, épuisement, anxiété
34. **Peur de devenir médecin** (sans support)
35. **Sentiment d'exploitation** ("cheap labour" et tâches supplémentaires, ex. ajout de patients)
36. Difficulté à me consacrer à la **tâche actuelle** en raison des exigences pédagogiques multiples
37. Contrainte implicite du milieu à "**aller bien**"
38. Être condamné à **entendre les malaises de tous** en dehors du travail (**image sociale**)
39. Beaucoup d'exigences sur la **qualité du travail**
40. Les **patrons exigent** de nous des choses qu'ils ne font pas
41. **Peu d'activités de loisirs** entre les **résidents**
42. Impression que notre **évaluation peut descendre** d'un coup sec: mauvaise surprise imprévisible
43. Se faire dire plus souvent ses **points négatifs**
44. Difficulté de compréhension de la part de l'entourage au sujet du rythme de vie en médecine
45. Manque de temps, d'intérêt ou d'occasions pour des **rapports conviviaux** avec les patrons et autres résidents
46. Préparation à la **vie professionnelle** en fin de résidence professionnelle
47. Difficultés reliées au **suiti des patients**
48. Souvent **comparé** à des résidents de spécialités de niveaux différents (ex. médecine interne)
49. Changement d'**attitudes des gens** quand je m'identifie comme **médecin** (ça les intimide)
50. Orientation du programme à donner une cote moyenne versus supérieure comme à l'externat (le fameux "**C**" de **médecine de famille**)
51. **Se faire minimiser** ou banaliser nos difficultés (ex. fatigue)
52. Contexte difficile de **remaniement du milieu de la santé**
53. Difficultés à **prendre soin de nos maladies**
54. Impression que notre **qualité de vie** ne s'améliorera jamais

RECHERCHE

.....

La résidence en médecine de famille

Suite du tableau 1

55. **Manque d'occasions de créativité**
56. **Responsabilités** simultanées dont plusieurs sans supervision adéquate et peu appropriées à mon niveau de formation
57. **Questionnement** que ça amène de côtoyer quotidiennement les cotés sombres de la médecine: **la maladie, la souffrance, la mort**
58. La **fausse image de force, d'invulnérabilité**, de ne pas avoir le droit aux problèmes
59. **Situations familiales difficiles**: éloignement, maladies, décès
60. La **hiérarchie dans la formation** fait qu'on a **peu de crédibilité** avec les patients
61. **Charge financière**
62. **Difficulté à m'évaluer** dans l'atteinte de mes objectifs
63. Impression d'être **incompris** par les passionnés de la médecine (patrons, résidents)
64. Pas de respect de mes principales **valeurs** (comme la famille)
65. **Manque de confidentialité** par rapport aux résidents dans les équipes de patrons
66. **Rôles ambigus des patrons** qui sont à la fois collègues, pédagogues et évaluateurs
67. Difficulté à **se faire respecter** par le **personnel infirmier**
68. **Scepticisme** face aux fondements de la **médecine**
69. Difficultés à **se trouver une personne-ressource en cas de problèmes**
70. Manque de **respect de la vie privée** des résidents par les patrons
71. Avoir **plusieurs examens** dans une période de temps limitée
72. **Non-homogénéité** du profil des **résidents en médecine de famille**
73. Fardeau d'entendre les **problèmes de l'entourage** (collègues)
74. **Harcèlement sexuel** par les confrères et/ou patrons

Tableau 2. Solutions suggérées par ordre décroissant de fréquence d'évocation: 1-61 suggérées par plus de 20% des résidents; 62-64 suggérées par 20% et moins de résidents.

1. Prendre des **vacances et congés** réguliers et stratégiques (quand j'en ai besoin)
2. **Accepter mes limites** et me féliciter de mes progrès
3. Faire de l'**activité physique** active (ex. faire du sport deux ou trois fois par semaine)
4. **Ventiler avec des amis en médecine** sur nos difficultés et insécurités, et nous dire nos bons coups
5. Maintenir des contacts; faire des **activités avec des amis en dehors de la médecine**
6. Soigner une hygiène de vie au quotidien (repas, sommeil, etc)
7. Investir dans **mon couple**
8. Avoir une liste de **personnes ressources** indépendantes du programme
9. Penser "**un jour à la fois**", prioriser ce qui est important dans la vie quotidienne
10. **Prioriser mes valeurs** (ex. famille) et **accepter les différences**
11. **Humour**
12. Encouragements sous forme de **commentaires positifs** des patrons
13. Avoir des **horaires moins chargés**
14. Avoir une idée claire de mes **objectifs à long terme** (une vision d'avenir)
15. Ne pas surcharger de travail **les temps qui entourent les vacances**
16. **Planifier l'étude** à l'avance et me fixer de petits objectifs d'étude à la fois
17. Être **moins perfectionniste**
18. Apprendre à m'écouter et à **lâcher prise** au besoin (vs dramatiser)
19. Utiliser l'**agenda personnel** de façon judicieuse pour consacrer du temps aux sports, loisirs, études, repos, etc.
20. Parler de ce qui est difficile **avec le chum, la famille** pour m'assurer un soutien
21. **Développer ma débrouillardise** en pensant à ce que je ferai quand je serai patron et, au besoin, utiliser les ressources du milieu
22. Offrir **plus de stages optionnels**
23. Prendre la **critique de façon constructive**
24. **M'entourer de gens positifs** et ajuster la distance avec les gens pessimistes
25. **Diminuer la place qu'avait la médecine dans ma vie** et prendre plus de temps pour mes projets personnels
26. **Ne pas me forcer à étudier** quand j'en ai pas envie
27. **Pouvoir prolonger notre formation** de quelques mois ou années
28. Avoir des **professeurs passionnés d'enseignement**
29. Avoir **plus d'enseignement pratico-pratique** (ex. lectures guidées)
30. Participer à des cours et congrès **en dehors du programme**
31. Concentrer le plus possible les activités pédagogiques et les stages sur les **mêmes sites** (vs toujours voyager)
32. **Étudier en groupe** de temps en temps, nous parler de nos cas
33. Ne pas avoir peur de **le dire lorsqu'on est fatigué**
34. Connaître les diverses **possibilités de carrière** en médecine de famille
35. Savoir que la **résidence est difficile, comme toute formation**, et qu'après, c'est plus facile

Suite du tableau 2

36. **Mieux répartir les stages** (ex: éviter plusieurs mois de suite à l'extérieur ou 9 mois consécutifs à l'UMF)
37. Durant les **semaines plus occupées** (ex. avec pagette), profiter des moments moins occupés pour me donner du temps à moi
38. Identifier des **moyens de relaxation**
39. Plus de flexibilité dans l'**horaire de l'UMF**
40. Planifier des **périodes de discussion et d'apprentissage** lors des demi-journées de bureau
41. Faire des **activités**, tous les résidents de médecine de famille **ensemble**
42. **Participation plus active des patrons** lors des gardes et des certaines situations plus difficiles
43. Développer des opportunités de **formation plus personnalisée**
44. Faire de l'enseignement aux stagiaires donne confiance
45. **Nous regrouper entre résidents pour prendre position**, revendiquer ou nous donner des stratégies (plutôt que le faire seulement individuellement)
46. Que les patrons s'intéressent aux **résidents comme personnes**
47. **Me comparer** pour me consoler
48. Clarifier ce qui est normal; **décrier ce qui n'est pas normal** et dire non aux abus
49. Développer un moyen d'**expression artistique**
50. Faire des **plaintes quand il le faut**
51. **Discuter plus en profondeur des cas**
52. Plus de **compréhension des patrons** lors des conflits d'horaire
53. **Alterner études et loisirs** avec le même groupe pour briser l'isolement
54. Avoir une liste de **personnes ressources** indépendantes du programme
55. Ne pas craindre de prendre des **mois sabbatiques** au besoin
56. Utiliser le **conseiller pédagogique** pour résoudre nos difficultés académiques et personnelles
57. **Formation pédagogique** complémentaire de certains patrons
58. Avoir des **loisirs avec les patrons**
59. Faire savoir ou **publiciser ce qu'est un résident**, sa tâche et son rôle dans le système de santé
60. Ne pas avoir peur de **réorienter ma carrière** si je ne me sens plus à ma place en médecine de famille
61. Avoir un système de **parrainage RI-R2 (ou R3)**
62. Pouvoir participer à des **groupes de soutien**
63. **Regrouper certains types de patients** pour l'apprentissage
64. Être **plus exigeant pour l'admission en médecine de famille**

des résidents. Une sensibilisation est à poursuivre auprès des superviseurs: ceux qui nient être confrontés plus ou moins aux mêmes types de stress que les résidents tendent à demeurer sourds ou irritables par rapport aux demandes des résidents, en termes d'assouplissement et d'ajustement des horaires et des politiques en cours. Certaines discussions auprès

Points de repère du rédacteur

- Les études antérieures sur les difficultés vécues par les résidents en médecine familiale durant leur formation ont été principalement réalisées à l'aide de questionnaires où les répondants identifiaient leurs difficultés à partir d'une liste pré-établie.
- Cette étude qualitative a permis d'établir une liste exhaustive de difficultés identifiées par les résidents en médecine familiale et de solutions proposées.
- Les difficultés évoquées peuvent être regroupées dans trois catégories: la lourdeur de la résidence, le vécu du résident et le manque de temps pour la vie personnelle.
- Parmi les solutions proposées on retrouve les congés stratégiques, le feed-back positif des enseignants, l'acceptation de ses limites personnelles, la définition de ses objectifs à long terme et la préservation de temps consacres à la vie personnelle.

Editor's key points

- Previous studies on the difficulties that family medicine residents encounter during training have mainly used questionnaires requiring residents to respond to a predetermined list of questions.
- This qualitative study produced an exhaustive list of difficulties and possible solutions identified by residents themselves.
- Difficulties fell into three categories: the demands of residency, residents' personal experience of residency, and the lack of time for personal life.
- Proposed solutions included strategic leave, positive feedback from teachers, accepting their own limits, setting long-term goals, and setting aside time for personal life.

de médecins en pratique soulèvent l'hypothèse que plusieurs de ces difficultés et solutions sont parties prenantes de la vie professionnelle d'un médecin. ❖

Remerciements

Les sources de financement pour l'article sont l'Université de Sherbrooke (6 000\$, Fonds à l'innovation pédagogique) et le Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke (4 000\$, Fonds départemental).

Contributions des auteurs

D' Boulé et M. Girard ont participé tous les deux à toutes les étapes, que ce soit du design de recherche au recueil et à l'analyse de données, ainsi qu'à la rédaction de l'article.

RECHERCHE

.....

La résidence en médecine de famille

Intérêts opposés

Rien déclaré

Correspondance à: Dr Boulé, Faculté de médecine, 3001, 12^e Avenue Nord, Sherbrooke, QC J1H 5N4; téléphone (819) 346-1110, poste 14273; téléc (819) 564-5386; courriel rboule@courrier.usherb.ca

Références

1. Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GE. Stress management in medical education. A review of the literature. *Acad Med* 2000;75:748-59.
2. Butterfield PS. The stress of residency. *Arch Intern Med* 1988;148:1428-35.
3. Toews JA, Lockyer JM, Dobson JG, Simpson E, Brownell AK, Brenneis F, et al. Analysis of stress levels among medical students, residents and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997;72:997-1001.
4. Rudner HL. Stress in family practice residents. *Can Fam Physician* 1986;32:319-23.
5. Houry D, Shockley LW, Markovchick V. Wellness issues and emergency medicine resident. *Ann Emerg Med* 2000;35:394-6.
6. Williams LS. Manitoba suicides force consideration of stresses facing medical residents. *Can Med Assoc J* 1997;156:1599-602.
7. McCue JD. The distress of internship. *N Engl J Med* 1985;212:449-52.
8. Peterkin AD. *Staying human during residency training*. 2nd ed. Toronto, Ont: University of Toronto Press; 1998.
9. Langlois R. *Enquête sur la détresse psychologique des résidents en médecine de l'Université Laval*. Essai de maîtrise (m.sc). Laval, Qué: Université Laval; 2000.
10. Baird N, Fish JS, Dworkind M, Steinert Y. Physician, heal thyself. *Can Fam Physician* 1995;41:259-63.
11. Reuben DB, Novack DH, Wachtel TJ, Wartman SA. A comprehensive support system for reducing housestaff distress. *Psychosomatics* 1984;25:815-20.
12. Metz WP, Pollack P. Pediatric resident support group. A 7-year longitudinal experience. *Am J Dis Child* 1993;147:781-6.
13. Coombs RH. *Surviving medical school*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1998.
14. Finney B, Mattu G. Le sondage national des résidents en médecine familiale. Première partie: le milieu d'apprentissage, les dettes, le lieu de la pratique. *Can Fam Physician* 2001;47:126-8.
15. Colford JM. The unravelled sleeve of care managing stresses of residency training. *JAMA* 1989;261:889-93.
16. Delbecq AL, Van De Ven AH, Gustafson DH. *Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes*. Glenview, Ill: Scott Foresman; 1975.
17. Steinert Y, Magonet G, Rubin G, Carson K. Emotional well-being of house staff. Comparison of residency training programs. *Can Fam Physician* 1991;37:2130-8.
18. Damestoy N, Brouillette L, Poulin De Courval L. Stress and residents' lifestyle. Survey of family medicine residents at McGill University. *Can Fam Physician* 1993;39:1576-80.
19. Stewart SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PW, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. *Med Educ* 1995;29:119-27.
20. Margittai KJ, Moscarello R, Rossi MF. Forensic aspects of medical student abuse: a Canadian perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24(3):377-85.
21. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LC, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. McMaster University Residency Training Program. *Can Med Assoc J* 1996;154:1657-65.