

Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine

Marie GIROUX*, Denis BERGERON*

Résumé *Contexte* : Le stress et la détresse chez les résidents et résidentes est un phénomène bien documenté dans la littérature médicale. Les stratégies efficaces pour les contrer sont moins connues et étudiées. Dans la formation clinique en médecine, l'abus psychologique est une facette subtile et peu étudiée inhérente à la position d'autorité du patron envers le résident. **Objectif** : Elaborer un code de conduite du superviseur et réfléchir à des modalités d'application dans notre faculté de médecine. **Méthode** : A partir de 132 anecdotes d'abus de pouvoir rapportées par des résidents et résidentes et par des directeurs et directrices de programme, nous avons conçu un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé. **Discussion** : Lors d'une vaste consultation dans notre faculté, des suggestions, des réactions et des craintes ont été exprimées, desquels nous avons tenu compte dans la promotion de ce code de conduite. **Conclusion** : Ce code de conduite constitue une initiative inédite. Il est permis d'émettre l'hypothèse que l'adhésion du corps professoral aux principes énoncés dans ce code de conduite contribuera au mieux-être des résidents.

Mots clés résident ; stress psychologique ; abus ; code d'éthique.

Summary *Background*: Stress and distress during residency are well documented facts but effective strategies aimed at reducing the latter are less understood. Psychological abuse is a subtle and underestimated occurrence during clinical training, and is related to the relationship of authority between the supervisor and the resident. **Objective**: Produce a code of ethics regarding this relationship and plan its implementation. **Material**: One hundred and thirty-two anecdotes suggestive of power abuse were reported by residents and program directors, which were classified and transformed into a code of conduct. **Discussion**: During a large consultation among Faculty, supervisors and residents expressed comments, fears, and suggestions for implementation. **Conclusion**: This code of conduct is an original tool. One can hypothesize that its implementation could improve residents' well-being.

Key words resident ; psychological abuse/stress ; code of ethics

Pédagogie Médicale 2003 ; 4 : 202-207

*Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Correspondance : Marie Giroux - Adjointe à la vie étudiante - Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke - 3 001 12^e avenue nord - Fleurimont, Québec - Canada, J1H 5N4 - Tél. : (819) 563-2 572 - Fax : (819) 563-9 912
mailto:mariegiroux@sympatico.ca

Introduction

La littérature médicale nord-américaine abonde en articles portant sur le stress, la détresse, l'abus et le harcèlement sous toutes ses formes, vécus en cours de résidence. Elle aborde les multiples facettes de ces sujets complexes et préoccupants. Bien que les sources de stress en cours de résidence soient de natures diverses, plusieurs auteurs évoquent une relation de cause à effet entre l'abus et la détresse. Des recherches en quantifient l'incidence, d'autres décrivent les impacts négatifs sur l'estime de soi et la confiance des résidents, leur motivation à apprendre et à poursuivre une carrière médicale, ainsi que sur leur habileté à donner des soins appropriés aux patients^{1,2, 3}. Des articles relatent des anecdotes malheureuses ou livrent une réflexion concernant la limite entre les difficultés normales de la résidence et les situations d'abus dont les résidents font les frais^{4,5}. D'autres suggèrent certaines stratégies pour améliorer le bien-être des résidents ainsi que d'un point de vue pédagogique, des stratégies de résolution de conflit, et placent cette préoccupation au cœur de notre mission de former des médecins soignants équilibrés^{6,7}. D'un point de vue de l'efficacité de l'apprentissage, la qualité de la relation entre le superviseur et le supervisé s'est avérée un facteur plus important que les méthodes pédagogiques employées⁸. Bien que pour une vaste majorité de résidents, la formation clinique constitue principalement une expérience stimulante d'apprentissage, on ne peut faire abstraction d'enjeux relationnels significatifs entre le patron et ses résidents si on se préoccupe d'une éducation médicale de qualité et du mieux-être de ces derniers.

Plusieurs facultés de médecine et établissements de santé en Amérique du Nord se sont dotés de politiques en matière de harcèlement sexuel et psychologique. Peu d'établissements ont abordé de façon spécifique l'abus psychologique vécu par les résidents et résidentes en cours de formation clinique, dans une perspective qui tienne compte de la nature autoritaire de la relation du patron avec le résident. Dans une volonté de contribuer au mieux-être de nos résidents, il apparaissait intéressant d'élaborer un code de conduite qui tienne compte de cet aspect. Cet article qui présente un projet de type recherche-action dans notre faculté de médecine, décrit le contexte, ainsi que la méthode utilisée afin de construire cet outil. Notre code de conduite y est présenté, avec des exemples qui illustrent certains énoncés (*Tableau 1*). Les réactions, craintes et suggestions rapportées lors de consultations auprès des résidents et professeurs font l'objet d'une analyse. La discussion comporte des réflexions sur la dynamique de la relation patron-résident, en parallèle avec celle de la relation superviseur-supervisé. Elle

aborde les forces et limites intrinsèques de ce code de conduite, ainsi que des stratégies prometteuses pour favoriser l'adhésion des corps professoral et étudiant aux principes proposés.

Contexte

Une préoccupation des éducateurs et des résidents

En fait, ce sujet est incontournable pour toute personne engagée en éducation médicale. Les organismes d'agrément de nos facultés et de nos programmes nous rappellent à intervalles réguliers l'importance du bien-être de nos résidents comme un indice de la qualité de nos programmes. En effet, l'expérience démontre que des résidents qui se sentent harcelés, démesurément stressés ou insatisfaits tendent à donner une image défavorable de leur programme de formation lorsque l'équipe visiteuse d'agrément les questionne sur la qualité de l'encadrement pédagogique et du climat dans lequel ils évoluent. Au Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a formé le sous-comité permanent « Stress et détresse », dont le mandat est de sensibiliser facultés de médecine et résidents à toute cette problématique. S'appuyant sur une solide revue de littérature, la FMRQ a diffusé en l'an 2000 un document exhaustif abordant ce dossier comme un problème de santé publique, proposant des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire pour y faire face⁹.

Des rites de passage qui se perpétuent

Nos anecdotes personnelles témoignent de l'ampleur du problème, de même que des conséquences parfois tragiques de la détresse de nos résidents. Les réactions de certains professeurs lorsqu'on souhaite les sensibiliser à cette problématique suggèrent qu'ils aient eux-mêmes été victimes de rites de passage douloureux et délétères lors de leur propre formation médicale. Typiquement, ceux-ci rétorquent : « Lorsque j'étais moi-même résident, les conditions de travail étaient bien pires ! ». Ils évoquent des exemples d'anecdotes classiques du monde médical : des situations où les responsabilités dépassent la compétence, où on se contraint à accomplir un travail difficile malgré un état d'épuisement important, où on se sent seul, dépassé ou humilié devant collègues et patients. A l'instar d'un enfant victime d'abus qui reproduit une fois adulte des comportements abusifs envers ses enfants, il est permis de croire qu'une négation de la part d'un professeur à reconnaître sa souffrance dans sa propre histoire, constitue un facteur de risque pour qu'une dynamique

Recherche et Perspectives

**Tableau 1 :
Code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé
lors de la formation clinique en médecine**

La collaboration	Exemples et commentaires
<ol style="list-style-type: none"> Établir un partage équitable des activités cliniques et formaliser une entente de couverture du service. Favoriser la recherche d'un équilibre de vie professionnel et personnel des membres de l'équipe de soin. 	<p>Étage, tournées, consultations : établir une charge de travail réaliste. Venir aider le résident dont la tâche est excessive.</p> <p>Faire preuve de souplesse et adapter continuellement le fonctionnement de l'équipe selon les disponibilités de chacun et la charge de travail.</p>
<p>Le support</p> <p><i>A l'apprentissage</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Favoriser un climat propice à l'apprentissage. Déterminer clairement les attentes et objectifs du stage. Assurer un équilibre entre le bénéfice d'apprentissage et le fardeau clinique. Donner une rétroaction constructive, à intervalles réguliers, soulignant les réussites et les points à améliorer. Donner la priorité à l'assistance des résidents à leurs activités d'enseignement théoriques. <p><i>A la clinique</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Attribuer des tâches correspondant au niveau de compétences de l'apprenant. Être présent pour supporter l'accomplissement de tâches plus complexes. 	<p>Éviter l'apprentissage par l'humiliation. On peut nommer ce qu'on ne sait pas afin de pouvoir l'apprendre.</p> <p>Adaptée au niveau de l'apprenant ; à effectuer au début de tout stage.</p> <p>Se rappeler du principe « sandwich » : un bon point, un point à améliorer, un autre bon point.</p>
<p>Le respect</p> <p><i>Organisation du temps des résidents</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Tenir compte dans la planification de vos agendas de l'impact sur l'horaire de travail du résident. Respecter les délais raisonnables d'avis pour préparer une présentation ou un club de lecture. Respecter la convention collective. <p><i>Relations interpersonnelles</i></p> <ol style="list-style-type: none"> S'adresser aux membres de l'équipe de soin de façon respectueuse. Proscrire et dénoncer l'intimidation, la menace, l'humiliation, le harcèlement dans notre milieu de travail. Collaborer avec respect entre collègues de différentes spécialités. 	<p>Exemple : éviter les tournées trop tardives, trouver des stratégies pour que le résident puisse quitter lorsqu'il a terminé son travail.</p> <p>Combien de temps exigez-vous pour les demandes qu'on vous fait ? Une tournée de fin de semaine représente une fin de semaine de travail qui s'ajoute aux autres.</p> <p>Les évaluations et la rétroaction devraient se faire en toute discrétion. Tolérance zéro.</p> <p>S'abstenir de dénigrer le travail fait par d'autres.</p>

*Document rédigé par Marie Giroux et Denis Bergeron, Université de Sherbrooke
mariegiroux@sympatico.ca*

intergénérationnelle malsaine se perpétue. Il devient ainsi admis collectivement que certaines conditions de travail et d'apprentissage individuellement inacceptables font partie des étapes incontournables et valorisées pour accéder au statut de médecin.

Aux sources de la détresse : l'abus de pouvoir

Dans notre faculté, alors que nous effectuons une réforme de l'encadrement clinique, nous nous préoccupons du bien-être et du développement personnel de nos résidents comme un prérequis à une formation médicale optimale. Nous avons émis l'hypothèse que nos résidents n'étaient ni plus ni moins en détresse que toutes les cohortes étudiées et rapportées dans la littérature, c'est-à-dire de l'ordre de plus de 50 %¹⁰. Nous étions aussi convaincus que nos professeurs, dans une immense majorité, sont profondément dévoués à l'enseignement et très sensibles à toute cette problématique.

Par ailleurs, il importe de reconnaître et de nommer ce fait : la relation du patron avec son résident ou sa résidente est une relation d'autorité et comporte donc un risque d'abus de pouvoir qui est d'ailleurs fort bien documenté comme une source importante de stress dans la littérature¹¹. Les données dont nous disposons actuellement indiquent que la profession médicale doit se préoccuper de la perception d'abus que peuvent avoir nos résidents et résidentes¹².

Méthodologie

Cueillette de données et classification

Comme pré-requis à l'élaboration d'un code de conduite des patrons, il apparaissait essentiel de mieux qualifier le type de manifestations de l'abus psychologique dans la relation patron-résident. Lors d'une journée de promotion du mieux-être des résidents de notre faculté de médecine, organisée par l'adjointe à la vie étudiante, quarante-deux résidents et résidentes ont participé à un atelier au cours duquel nous avons expliqué notre projet et donné la consigne suivante : « Veuillez décrire des situations où vous jugez qu'il y a eu abus de pouvoir ou intimidation de la part d'un patron envers un résident ou un externe. Décrivez le contexte, sans hésiter à citer des paroles avec guillemets afin de rendre votre description la plus concrète possible, sans nommer personne. Cet exercice est anonyme ».

Au même moment, dans un local différent, dix directeurs et directrices des programmes de résidence ont effectué le même exercice.

Classification et catégorisation

De façon indépendante, le vice doyen et l'adjointe à la vie étudiante ont lu attentivement les 132 anecdotes rapportées par les deux groupes confondus, préalablement transcrites par une secrétaire indépendante afin de préserver l'anonymat des participants. Dans le but d'effectuer une classification qui rendrait justice au matériel recueilli, il n'y avait pas de plan préalable sur la façon de classer ces anecdotes, mais il s'est avéré facile de toutes les regrouper sous les grands thèmes récurrents identifiables de façon évidente.

Conception d'un code d'éthique

Nous avons par la suite transformé ces thèmes en quinze énoncés d'un code d'éthique des patrons dans leur relation avec les résidents, regroupé sous trois catégories : la collaboration, le support et le respect (*voir Tableau 1*). Les énoncés de ce code présentent des applications concrètes qui touchent entre autres le climat d'apprentissage, l'organisation du temps, les relations interpersonnelles et le support en clinique. Inspirés des anecdotes rapportées par les résidents, des exemples ont été ajoutés afin d'illustrer concrètement certains énoncés. Il s'avère intéressant de souligner que les situations déléteres les plus prévalentes concernaient des charges de travail irréalistes, des horaires de fin de journée incompatibles avec des obligations inhérentes à une vie personnelle, des commentaires ou attitudes humiliants de la part du superviseur, ainsi que des préavis nettement trop courts pour préparer une présentation.

Discussion

Consultations, réactions et commentaires

Cette première version du code d'éthique a été soumise pour commentaires et suggestions au Cabinet de la vie étudiante de notre faculté de médecine, à l'Assemblée des directeurs et directrices de programme, ainsi qu'à l'Association des médecins résidents de Sherbrooke. De façon générale, le contenu du code d'éthique a fait consensus. On a soulevé le fait que l'abus de pouvoir se manifestait aussi entre résidents, comme par exemple de la part d'un supérieur hiérarchique, et que le code d'éthique devrait s'adresser à tout superviseur¹³. Il est permis d'imaginer qu'en modifiant des comportements abusifs des patrons, les résidents seniors s'inspireront de modèles davantage démocratiques. Il nous a été suggéré à cette étape que ce code d'éthique s'applique à tous les superviseurs, patrons ou résident, dans leur relation avec tout supervisé, résident ou externe.

La part du résident

Plusieurs professeurs ont proposé de constituer un code d'éthique du résident, pour souligner l'aspect réciproque de la relation patron-résident. De façon spécifique, des professeurs nous ont exprimé leur irritation quant aux revendications entourant une application rigide de la convention collective des résidents. Dans un souci de répondre à cette demande et d'optimiser l'adhésion du corps professoral au concept d'un code de conduite, il apparaît intéressant d'effectuer dans un deuxième temps un processus semblable qui mènerait à la création d'un code de conduite du résident, document dont la teneur serait évidemment d'un tout autre acabit. Cette initiative et le document « symétrique » qui en résulterait pourraient contribuer, selon plusieurs personnes consultées, à améliorer un climat de respect mutuel et à encourager la participation des parties concernées à un effort de changement. On a même évoqué l'évolution vers une vision encore plus collégiale de deux collaborateurs apprenants, l'un autonome, l'autre en formation.

Une relation asymétrique

On connaît l'asymétrie qui caractérise la relation patron-résident. On ne peut que constater l'inévitable asymétrie qui prévaut aussi dans la relation superviseur-supervisé, en raison du rôle d'évaluateur et du pouvoir de sanctionner qui incombe à l'enseignant. Même l'élaboration de codes de conduite bilatéraux ne saurait justifier un relâchement de notre vigilance quant au risque d'abus de pouvoir ou d'intimidation que comporte l'autorité impliquée dans cette relation. Il importe de se rappeler que cette autorité rend le superviseur seul responsable de ne pas abuser de son pouvoir¹¹. On observe d'ailleurs qu'il est extrêmement rare d'entendre un résident exprimer à son patron, par exemple, que sa charge de travail est excessive, même si c'est le cas. De plus, la conduite professionnelle et éthique des résidents est soumise à évaluation à la fin de chaque stage. Par ailleurs, on a évoqué l'existence d'un « stress interne de performance » chez le résident, qui rend celui-ci complice d'une dynamique malsaine d'un point de vue pédagogique lorsque, évitant de dévoiler ses doutes, limites et incertitudes afin de faire meilleure figure, le résident se prive d'occasions d'apprendre¹⁴.

Crainces et résistances

Des professeurs ont exprimé leur inquiétude à l'idée que certains résidents puissent abuser du pouvoir que pourrait leur conférer un tel code de conduite au détriment de la réputation de leur programme, comme par exemple lors d'une visite d'agrément. Toutefois, si on souhaite éviter

d'en faire un document « légal », impliquant recours et sanctions, pour en faire un document davantage « philosophique », on risquerait qu'il ne soit pas appliqué. L'irritation était palpable chez certains professeurs qui exprimaient qu'ils avaient du faire face à des conditions de résidence beaucoup plus difficiles que celles qui prévalent aujourd'hui, ce qui d'après eux les avaient préparés adéquatement à la vie de clinicien et patron. Les professeurs ont aussi exprimé que leur propre stress contribuait certainement à entretenir le stress et la détresse des résidents, et qu'un code de conduite ne saurait régler qu'un aspect de ce problème grave et complexe. On nous a suggéré d'offrir du support aux professeurs à cet égard, par exemple sous la forme d'atelier portant sur la gestion du stress. Finalement, on a proposé de modifier le terme « code d'éthique » par « code de conduite », qui témoigne plus justement de l'esprit du document. Le titre a donc été modifié en « Code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé dans la formation clinique en médecine ».

Promotion et applications

Ces consultations ont aussi mis en évidence que des patrons n'auraient pas soupçonné que certaines situations étaient vécues comme étant abusives par les résidents, ce qui conforte l'hypothèse que les situations d'abus de pouvoir sont sous-estimées. Un travail de sensibilisation et de promotion auprès des corps professoral et étudiant a été entrepris, dans le but de supporter une culture institutionnelle valorisant un sain climat d'apprentissage. Notre code de conduite a été diffusé par la Fédération des Médecins Résidents du Québec et approuvée par le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, ce qui a contribué à nourrir sa crédibilité. Notre vice-doyen aux études postdoctorales a demandé aux directeurs et directrices de programme de valider avec leur comité de programme respectif, des stratégies concrètes qui témoignent de leur adhésion aux principes énoncés dans le code de conduite.

Lors de futures visites d'agrément de nos programmes, le respect du code de conduite au sein d'un département ou service pourrait témoigner d'un souci de mieux-être de nos résidents. On a proposé d'impliquer les directeurs de département dans l'application du code de conduite, en faisant l'hypothèse que seulement de rares patrons ont une attitude « dérogatoire », que ses collègues le savent mais se taisent, et qu'il relèverait alors du directeur d'agir ou d'aborder le sujet avec l'intéressé. Des adjoints à la vie étudiante et les comités de bien-être seraient d'autres instances qui pourraient appuyer leurs interventions sur un tel code de conduite.

Conclusion

« Le code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine » constitue un outil original qui s'appuie sur des situations concrètes rapportées par des résidents et résidentes et par des directeurs et directrices de programme. La promotion de celui-ci au sein d'une faculté de médecine pourrait sensibiliser les enseignants et enseignantes aux situations à risque d'abus de pouvoir et limiter celles-ci, contribuant possiblement à améliorer le climat de travail des étudiants et leur bien-être pendant cette exigeante période de leur formation médicale. Son application dépend d'une

volonté institutionnelle ainsi que d'une ferme collaboration à tous les niveaux et ne saurait être optimale sans tenir compte des réserves et craintes exprimées par tous les acteurs impliqués dans le dossier du mieux-être étudiant. L'élaboration d'un code de conduite des étudiants lors de leur formation clinique devra faire partie intégrante d'un processus visant l'amélioration des relations entre les superviseurs et les apprenants. L'efficacité de telles mesures dans la réduction du stress et de la détresse chez les résidents et résidentes, de même que sur la qualité de l'apprentissage devrait faire l'objet d'études.

Références

1. Cook DJ, Liutkus JF, Ridson CL, Griffith LE. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J* 1996 ; 154 : 1957-1965.
2. Lubitz R, Nguyen D. Medical Student Abuse During Third-year Clerkships. *JAMA* 1996 ; 275 : 414-416.
3. VanInefeld C. Stress in Residency Training : Symptom Management or Active Treatment? *Can Med Assoc J* 1994 ; 150 : 1 549-51.
4. William LS. Manitoba suicides force consideration of stresses facing medical students. *Can Med Assoc J* 1997 ; 156 : 1599-1602
5. Coombs RH : Enhancing the psychological health of medical students : the student well-being committee. *Med Educ* 1994 ; 28 : 47-54.
6. Novack DH. Toward Creating Physician-Healers : Fostering Medical Students' Self-awareness, Personal Growth and Well-being. *Acad Med* 1999 ; 74 : 516-20.
7. Fédération des Médecins Résidents du Québec : Planification des stratégies de prévention et d'intervention auprès des résidents en médecine en matière de bien-être, stress et détresse : guide d'intervention pratique, 2001.
8. Kilminster SM. Effective Supervision in Clinical Practice Settings : a Literature Review. *Med Educ* 2000 ; 34 : 827-840.
9. Markis KM, Beckman HB, Suchman AL, Frankel RM. The Path to Professionalism : Cultivating Humanistic Values and Attitudes in Residency Training. *Acad Med* 2000 ; 75 : 141-149.
10. Langlois R. Enquête sur la détresse psychologique des résidents en médecine de l'Université Laval : maîtrise en santé communautaire. Université Laval nov 2000.
11. Valiquette M. Le pouvoir sans abus. Montréal : Les Éditions Logiques, 1997.
12. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Disputes Between Medical Supervisors and Trainees. *JAMA* 1994 ; 272 : 1 861-65.
13. Greene J. Medical Student Mistreatment. *American Medical News*, 14 Fév 2000.
14. Boulé R, Girard G, La résidence en médecine de famille : difficultés et solutions. *Le Médecin de Famille Canadien* 2003 ; 42 : 472-82.