

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DEVENIR MÉDECIN DE FAMILLE :
UNE RÉSIDENCE, DES RÔLES ET DES RELATIONS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT INTERDISCIPLINAIRE EN SANTÉ ET SOCIÉTÉ

PAR
RICHARD RIOUX

AOÛT 2019

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Lors de mon arrivée à Montréal, en 2006, pour y entreprendre un baccalauréat en communication, je n'aurais jamais pensé que cette aventure sans interruption allait me mener à la réalisation d'un doctorat. Pour concrétiser ce projet, j'ai croisé, tout au long de mon parcours, une foule de personnes qui m'ont permis de réussir, et non sans peine, cette grande course à obstacles.

Mes premiers remerciements vont à mes directrices de recherche. Merci Chantal de m'avoir incité à me dépasser et de m'avoir accompagné intellectuellement, mais aussi personnellement tout au long de ma formation universitaire. Voilà plus de 10 ans que l'on se côtoie et ta présence aura fait de moi une personne plus complète et épanouie. Qui aurait dit que le petit gars débarqué dans ton bureau en 2007 allait avoir réussi à canaliser une bonne partie de son énergie après toutes ces années.

Merci Élise d'être embarqué dans mon aventure. Je t'ai amenée hors de ta zone de confort et tu m'as accompagné lorsque tu me faisais sortir de la mienne. Tes commentaires, tes réflexions et ta sincérité m'ont permis de voir ce parcours doctoral comme une occasion à saisir et comme un défi quotidien au lieu d'être une corvée. Ma thèse n'est peut-être pas en ergonomie, mais nos échanges me permettront d'aborder le travail dans un angle différent.

Un merci particulier aux membres du jury, mesdames Stéphanie Fox et Henriette Bilodeau ainsi que Dre Charo Rodriguez. Vos commentaires m'ont permis de pousser cette thèse encore plus loin.

Comme le parcours doctoral est souvent jalonné de moments de solitude, je voudrais remercier toutes les personnes qui sont passées à un moment ou à un autre. À mes collègues du doctorat, par nos discussions enflammées, philosophiques ou politiques, votre contact m'aura permis de voir le doctorat différemment. Aux professeures et professeurs rencontrés, l'aventure d'une thèse c'est aussi le passage d'étudiant à pair qui aurait pu être plus difficile sans vos réflexions. Un merci tout spécial à Julie Cloutier qui m'a permis de développer mes nouvelles compétences en statistiques.

Je veux aussi profiter de cette occasion pour remercier l'Institut Santé et société et la Faculté des sciences humaines de l'UQAM pour le soutien financier sous forme de bourse d'admission et de bourse d'excellence. Cet apport financier permet à celles et ceux, qui ne cadrent pas dans les critères des grands concours, de continuer et de réussir. Je veux aussi remercier l'équipe de l'ISS (Mireille T., Mireille P. et Diane) pour leur accueil auprès d'elles durant plus d'une année.

Comme cette thèse n'aurait pu être réalisée sans le soutien de plusieurs organisations qui ont des préoccupations pour le bien-être des résidentes et résidents, je voudrais remercier la Fédération des médecins résidents du Québec, Médecins Francophones du Canada et surtout le Programme d'aide aux médecins du Québec et sa directrice Dre. Anne Magnan pour leurs apports dans le développement des outils et le recrutement. Je ne peux passer sous le silence l'énergie et le temps mis par les résidentes et résidents dans cette thèse. Merci pour votre ouverture et votre confiance.

Sur une note plus personnelle, je veux souligner le soutien indéfectible de plusieurs amies et amis tout au long de ce marathon. Alors que certains ont changé de statut, que d'autres ont été plus présents à certains moments, vous avez su m'épauler, m'encourager et me supporter pour ne pas que je tombe au sens propre comme figuré. Ma gang de l'ÉTS, André, Anouk, Karina, Louis-Xavier, Marlène, Valérie merci d'avoir été là dans les derniers moments, surtout avec les autres défis à relever.

Stéph, merci de m'avoir encouragé dans les débuts de cette aventure. Chantal, même si on avait peu de contacts, ta présence était bien là. Je sentais tes encouragements même à plus de 600 km, surtout que tu les as parcourus pour la soutenance. Marie-Ève, merci pour ces moments passés en ta compagnie, pour tes encouragements (à ta façon bien personnelle) et pour ton écoute. Quelle folie qu'un doctorat, mais voilà... c'est complété! Ma chère Nathalie, tu as été présente dans les moments les plus durs. Tu as su me faire profiter de ton épaule, de ton écoute et de ta maison. Tu as été l'oreille que je pouvais appeler en tout temps et qui m'a permis de décrocher. Merci à Bénédicte, Delphine, Marthe, Martin, Myriam et à toutes les autres personnes qui ont croisé cette route parfois sinueuse.

Maman, papa, Sébastien, merci pour vos encouragements. Je sais que ce n'est pas facile de comprendre quelque chose d'aussi abstrait alors qu'on se trouve si loin. Je vous ai négligé, je vais tenter de me rattraper. Votre garçon vole de ses propres ailes et c'est grâce à vous. Vos enseignements auront guidé la réalisation de toutes ces pages. Ma détermination, ma passion et mon entêtement je vous les dois. La pomme ne tombe jamais bien loin de l'arbre. Mais dites-vous que même si j'ai ces qualités ou ces défauts, c'est ce qui m'aura permis de réussir. Merci à ma famille élargie pour votre soutien. Vous étiez là pour m'encourager dès que je vous rencontrais.

Enfin, mes derniers remerciements vont à celui qui a partagé les trois dernières années de rédaction de cette thèse. Celui que j'ai négligé, qui m'a vu devant mon ordinateur, la tête dans mes livres et surtout dans ma tête. Celui-là même qui a vécu mes foudres, mes montées de lait, mes impatiences. Merci Jean-François, d'avoir fait des repas, du lavage et de la vaisselle (ben oui) pendant le sprint final. Merci d'avoir été là tous les jours. Ta présence quotidienne m'a fait le plus grand bien et m'a permis de passer au travers cette grande aventure. Tu as su me permettre de me donner à fond et surtout d'accepter tout ce qui venait avec... I'M DONE!

À *Ginette*,
femme de tête et de cœur
pour ta curiosité intellectuelle
qui a développé la mienne.

AVANT-PROPOS

S'intéresser et faire une recherche qui porte sur les médecins représente un défi en soi. Ce défi est encore plus grand lorsque le chercheur n'est pas un médecin ou que le doctorat est effectué dans une université sans faculté de médecine. Malgré ces défis, la réalisation de cette recherche doctorale a été l'occasion pour plusieurs résidentes et résidents en médecine de famille de faire état de ce qu'ils vivent sans devoir se censurer par peur de voir leur confidentialité ébruitée.

Cette recherche s'inscrit dans un contexte où le travail des médecins est de plus en plus médiatisé et pour lequel la médecine de famille est souvent perçue comme une spécialité médicale de deuxième ordre. Par un parcours de formation bien différent, tant dans la durée que dans l'aspect moins hospitalier, les résidents en médecine de famille vivent une réalité qui est, à la fois, semblable et différente de celle des autres résidents. Comme cette spécialité médicale accueille une proportion plus importante de femmes, les autres rôles sociaux exercés par cette population ne sont pas à négliger.

Le fruit de cette recherche permet de documenter le vécu d'une population peu étudiée et qui est souvent perçue négativement dans la profession médicale. Avoir accès aux propos et aux perceptions des résidentes et résidents a mis au jour certains enjeux liés à la médecine de famille, surtout en ce qui a trait au choix ou au non-choix de cette spécialité ainsi qu'aux différentes relations interprofessionnelles. En documentant ce parcours de formation, il est possible de révéler les sources de satisfaction et d'insatisfaction mais aussi les stratégies utilisées par les résidentes et résidents pour compléter leur formation.

TABLES DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	ix
LISTE DES FIGURES.....	xvii
LISTE DES TABLEAUX.....	xix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xxi
LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS	xxiii
RÉSUMÉ xxv	
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
1.1 De quoi parlent les médias ?	3
1.2 De quoi parle la science ?	8
1.2.1 La dépression, l'épuisement professionnel et le suicide	8
1.2.2 La santé psychologique durant la résidence.....	11
1.2.3 La fatigue ou le manque de sommeil	14
1.2.4 La qualité de vie par la satisfaction au travail.....	16
1.2.5 La qualité de vie durant la résidence.....	17
1.2.6 La qualité de vie par la qualité des relations	19
1.2.7 Les facteurs de protection	21
1.3 Particularité de la formation médicale au Québec	22
1.4 Particularité de la féminisation médicale.....	26
1.5 Question et objectifs de recherche.....	27
1.5.1 Question de recherche	28
1.5.2 Objectifs de recherche.....	28
1.5.3 Contribution de la recherche	29
CHAPITRE II CADRE CONCEPTUEL.....	31
2.1 Interdisciplinarité et posture épistémologique.....	31
2.2 Du statut aux multiples rôles	35
2.2.1 Le statut.....	35
2.2.2 Le rôle	35
2.2.3 L'identification au rôle	37
2.2.4 Les exigences de rôle	39
2.2.5 Les multiples rôles	41

2.3	De l'interaction aux partenaires de rôle.....	44
2.3.1	L'interaction, le lien et la relation sociale.....	44
2.3.2	Les rapports de place et de pouvoir.....	46
2.3.3	Les interactions pour construire l'identité.....	50
2.3.4	La construction identitaire dans le monde médical.....	53
2.3.5	Les partenaires et les attentes de rôles.....	55
2.4	Du conflit, de l'ambiguïté et de l'incongruité de rôle.....	57
2.4.1	Les conflits de rôle.....	57
2.4.2	L'ambiguïté de rôle.....	59
2.4.3	L'incongruité de rôle.....	61
2.4.4	Les conflits, l'ambiguïté et l'incongruité de rôle dans la profession médicale.....	62
2.4.5	Les liens entre les conflits, la santé et la qualité de vie.....	63
2.5	La santé et la qualité de vie.....	64
2.6	Des stratégies de régulation.....	67
2.6.1	Les stratégies individuelles.....	71
2.6.2	Les stratégies relationnelles.....	72
2.6.3	Les stratégies de renoncement.....	75
2.6.4	Les stratégies de régulation au sein de la profession médicale.....	76
2.7	Synthèse.....	77
2.8	Questions spécifiques.....	78
	CHAPITRE III CADRE MÉTHODOLOGIQUE.....	81
3.1	Considérations épistémologiques de la méthodologie.....	81
3.2	Devis mixte par convergence.....	83
3.3	Construction sociale.....	85
3.4	Population à l'étude.....	87
3.5	Recrutement.....	89
3.6	Composition de l'échantillon.....	91
3.6.1	Composition de l'échantillon qualitatif.....	92
3.6.2	Composition de l'échantillon quantitatif.....	96
3.7	Techniques de collecte de données.....	101
3.7.1	Entretien semi-dirigé.....	102
3.7.2	Enquête en ligne.....	104

3.8	Réduction de variables par analyses factorielles	119
3.8.1	Analyse factorielle pour ambiguïté, conflits et surcharge de rôle.....	122
3.8.2	Analyse factorielle pour la qualité de vie.....	124
3.8.3	Analyse factorielle pour l'anxiété de performance	126
3.8.4	Analyse factorielle pour la reconnaissance	127
3.9	Techniques d'analyse par statistiques descriptives.....	129
3.10	Techniques d'analyse par statistiques inférentielles.....	133
3.10.1	Comparaison de plusieurs groupes indépendants	133
3.10.2	Comparaison de deux groupes indépendants	136
3.10.3	Corrélations bivariées.....	138
3.10.4	Régression linéaire multiple.....	140
3.11	Techniques d'analyse de données qualitatives	144
3.12	Intégration par convergence des données qualitatives et quantitatives	149
3.13	Limites méthodologiques de la recherche	154
CHAPITRE IV RÉSULTATS		157
4.1	Des rôles qui sont exercés selon des exigences.....	157
4.1.1	Les exigences dans le rôle d'apprenant.....	159
4.1.2	Les exigences dans le rôle de professionnel de la santé.....	171
4.1.3	Les exigences dans la sphère personnelle	177
4.1.4	Synthèse partielle concernant les rôles exercés	182
4.2	De multiples exigences, de multiples attentes et de multiples rôles.....	183
4.2.1	Le conflit de rôle inter-émetteur et intra-émetteur.....	184
4.2.2	La surcharge de rôle.....	191
4.2.3	L'incongruité de rôle.....	196
4.2.4	L'ambiguïté de rôle.....	199
4.2.5	Synthèse partielle concernant les multiples rôles exercés.....	202
4.3	Des multiples rôles qui agissent sur la qualité de vie	205
4.3.1	La satisfaction du temps personnel	206
4.3.2	La satisfaction des relations amicales	210
4.3.3	Le sentiment de culpabilité	211
4.3.4	Opinion de soi	212
4.3.5	La qualité de vie au travail.....	213
4.3.6	Synthèse partielle concernant la qualité de vie	216

4.4	Des multiples rôles qui agissent sur la santé.....	218
4.4.1	Les sentiments négatifs et l'anxiété	218
4.4.2	La santé fonctionnelle et les habitudes de vie	224
4.4.3	Le sommeil et la fatigue	227
4.4.4	Synthèse partielle concernant la santé	229
4.5	Des stratégies de régulation individuelles.....	234
4.5.1	La gestion du temps.....	235
4.5.2	La consommation de substances	243
4.5.3	Autres stratégies de régulation individuelles.....	249
4.6	Des stratégies de régulation relationnelles	250
4.6.1	Avec les superviseurs	250
4.6.2	Avec les autres partenaires de rôles.....	254
4.6.3	Avec les partenaires de rôles dans la sphère personnelle	256
4.6.4	La reconnaissance des partenaires de rôle	257
4.7	Des stratégies de régulation aux limites de l'action.....	266
4.7.1	L'intention de quitter la profession	268
4.8	Proposition d'amélioration organisationnelle	272
4.9	Résultats émergents.....	281
4.9.1	Le choix de la médecine de famille comme spécialité	282
4.9.2	Le choix du GMF-U comme lieu de résidence.....	288
4.9.3	La profession des partenaires de rôle	293
4.9.4	Les modifications législatives	300
4.9.5	Sexisme.....	303
CHAPITRE V DISCUSSION		305
5.1	Du rôle de résident à l'évacuation des rôles sociaux	305
5.2	Des relations qui confrontent et qui soutiennent.....	308
5.2.1	Avec les superviseurs pour un apprentissage sécuritaire.....	309
5.2.2	Avec les autres partenaires de rôle au travail	314
5.2.3	Avec les partenaires de la sphère personnelle	317
5.3	Des relations et des conflits de rôle.....	322
5.4	Une santé et une qualité de vie dépendante des conflits de rôle et des relations 325	
5.5	Entre choix et non-choix de la médecine de famille	327
5.6	Entre choix et non-choix du lieu de résidence	331

5.7	Aller au-delà des stratégies individuelles pour améliorer la résidence.....	333
5.8	Retour sur les objectifs de la recherche	334
	CONCLUSION.....	337
ANNEXE A	PORTRAIT DE LA FORMATION MÉDICALE.....	345
ANNEXE B	DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES TÉMOIGNAGES	347
ANNEXE C	QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN.....	349
ANNEXE D	ENQUÊTE EN LIGNE.....	359
ANNEXE E	CANEVAS D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ.....	395
ANNEXE F	VARIABLES, DÉFINITIONS OPÉRATOIRES, DIMENSIONS ET ÉNONCÉS CORRESPONDANTS	399
ANNEXE G	ANALYSE FACTORIELLE POUR AMBIGÜITÉ, CONFLITS ET SURCHARGE DE RÔLE	433
ANNEXE H	ANALYSE FACTORIELLE POUR LA QUALITÉ DE VIE.....	435
ANNEXE I	ANALYSE FACTORIELLE POUR L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE.....	437
ANNEXE J	ANALYSE FACTORIELLE POUR LA RECONNAISSANCE	439
ANNEXE K	THÈMES D'ANALYSE QUALITATIVE	441
ANNEXE L	LISTE COMPLÈTE DES COOCCURRENCES SÉMANTIQUES .	451
ANNEXE M	DONNÉES COMPLÈTES POUR LES FIGURES	473
APPENDICE A	CANEVAS D'ENTRETIEN POUR CONSTRUCTION SOCIALE.....	481
APPENDICE B	OUTILS DE RECRUTEMENT POUR MÉDIAS SOCIAUX	485
APPENDICE C	ANNONCE DE RECRUTEMENT.....	487
	MÉDIAGRAPHIE	491
	BIBLIOGRAPHIE.....	495

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 1.1 Tribune d'un article du journal La Presse (Bastien, 2002)	4
Figure 1.2 Tribune d'un article du journal Le Droit (Breton, 2007).....	4
Figure 1.3 Tribune d'un article du journal La Presse (Touzin et Lacoursière, 2014)...	6
Figure 1.4 Image de la campagne de négociation collective (AMReS, 2018).....	7
Figure 2.1 Schéma synthèse du cadre conceptuel.....	78
Figure 3.1 Schéma du devis mixte par convergence (adapté de Creswell et Plano Clark, 2018, p.76).....	84
Figure 4.1. Nombre moyen de gardes selon l'année de résidence	173
Figure 4.2 Proportion de temps moyen par type d'activité.....	178
Figure 4.3 Proportion de temps accordé par type d'activité selon les personnes à charge	179
Figure 4.4 Proportion de temps médian selon le type d'activité et le statut marital .	180
Figure 4.5 Variables explicatives de l'exercice des multiples rôles (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	202
Figure 4.6 Variables explicatives de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	216
Figure 4.7 Répartition du nombre d'heures de sommeil médian.....	228
Figure 4.8 Variables explicatives de l'anxiété cognitive de performance (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	230
Figure 4.9 Variables explicatives de la santé fonctionnelle (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	231
Figure 4.10 Variables explicatives de la satisfaction du sommeil (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	232
Figure 4.11 Liens entre les relations, les conflits de rôles, la qualité de vie et la santé.....	233

Figure 4.12. Congés d'étude et de maladie selon les trimestres de résidence	238
Figure 4.13 Répartition du nombre de journées de vacances	240
Figure 4.14 Fréquence de consommation d'alcool selon le nombre total de résidents dans le GMF-U	245
Figure 4.15 Consommation de caféine en fonction du nombre total de résidents dans le GMF-U	247
Figure 4.16 Perception de reconnaissance des collègues selon le nombre de résidents dans le GMF-U	262
Figure 4.17. Perception de la reconnaissance selon les partenaires de rôle et le site distant	264
Figure 4.18 Perception de la reconnaissance selon les partenaires de rôle et l'université d'attache	265
Figure 4.19 Variables explicatives pour l'intention de quitter la profession médicale (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)	271
Figure 4.20 Profession des conjoints selon le sexe du résident	293
Figure 4.21 Proportion des parents et des membres de la fratrie qui sont professionnels de la santé	296

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 3.1 Organisations consultées lors de la construction sociale	85
Tableau 3.2 Données sociodémographiques de la population à l'étude	88
Tableau 3.3 Dates d'envoi des annonces de recrutement	90
Tableau 3.4 Composition des échantillons.....	92
Tableau 3.5 Moments d'entretien et durée.....	93
Tableau 3.6 Données sociodémographiques des participants au premier entretien....	95
Tableau 3.7 Données sociodémographiques des participants au deuxième entretien.	95
Tableau 3.8 Représentativité de l'échantillon.....	97
Tableau 3.9 Données sociodémographiques selon l'année de résidence.....	98
Tableau 3.10 Données sociodémographiques selon l'année de résidence (suite).....	99
Tableau 3.11 Répartition du nombre de répondants par université	101
Tableau 3.12 Liste des variables par unité d'analyse.....	106
Tableau 3.13 Liste des énoncés ajoutés après le prétest	118
Tableau 3.14 Liste des nouvelles variables obtenues par analyses factorielles	128
Tableau 3.15 Analyses descriptives selon le type de variable	130
Tableau 3.16 Valeurs d'énoncés recodés.....	131
Tableau 3.17 Comparaison de plusieurs groupes indépendants.....	135
Tableau 3.18 Comparaison de deux groupes indépendants	137
Tableau 3.19 Liste des corrélations bivariées	139
Tableau 3.20 Liste des variables pour les régressions linéaires multiples.....	142
Tableau 3.21 Thèmes créés pour l'analyse qualitative	146
Tableau 3.22 Convergence des variables (quantitatif) et des thèmes (qualitatif)	151

Tableau 4.1 Nombre d'heures d'enseignement reçu selon l'université.....	161
Tableau 4.2 Stages réalisés avec ou sans enseignement.....	162
Tableau 4.3 Nombre d'heures de soins en fonction de l'université de résidence	172
Tableau 4.4 Comparaison de moyennes d'incongruité selon l'université de résidence	197
Tableau 4.5 Moyenne habitude de vie en fonction du nombre de résidents	225
Tableau 4.6 Consommation de substances et santé fonctionnelle.....	226
Tableau 4.7 Corrélations entre les substances pour aider à dormir	243
Tableau 4.8 Corrélations de la consommation de substances pour fonctionner au quotidien.....	248
Tableau 4.9 Rôles exercés en lien avec la résidence selon le choix de la médecine de famille.....	283
Tableau 4.10 Rôles exercés non liés à la résidence selon le choix de la médecine de famille.....	284
Tableau 4.11 Perception de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail selon le choix de la médecine de famille.....	285
Tableau 4.12 Perception des sentiments négatifs selon le choix de la médecine de famille.....	286
Tableau 4.13 Perception de la santé fonctionnelle selon le choix de la médecine de famille.....	287
Tableau 4.14 Rôles exercés en lien avec la résidence selon le choix de GMF-U	289
Tableau 4.15 Perception de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail selon le choix de GMF-U	291
Tableau 4.16 Perception des sentiments négatifs selon le choix de GMF-U	292
Tableau 4.17 Influences de la profession de la mère.....	297
Tableau 4.18 Influences de la profession d'un membre de la fratrie	299

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

BAER	Bureau d'aide aux étudiants et aux résidents
CaRMS	The Canadian Residents Matching Service (Service canadien de jumelage des résidents)
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DHCEU	diplômé hors Canada et États-Unis
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
GMF-U	groupe de médecine de famille universitaire (anciennement appelé UMF)
LSD	diéthylamide de l'acide lysergique
MD	doctorat en médecine (Medicinæ doctor)
MF	médecine de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAMQ	Programme d'aide aux médecins du Québec
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec
UQAM	Université du Québec à Montréal
UMF	unité de médecine familiale
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life

LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS

D	test statistique pour test de Kolmogorov-Smirnov
ddl	degré de liberté
F	test statistique de Fisher d'égalité de deux variances
H	test statistique pour H de Kruskal-Wallis
Md	médiane
p.	valeur p (probabilité statistique)
r	coefficient de corrélation
r ²	coefficient de détermination
SE	erreur standard
t	statistique pour test <i>t</i> de Student
W	statistique pour Test W de Mann-Whitney (Wilcoxon)
\bar{X}	moyenne

RÉSUMÉ

Alors que le travail des médecins est de plus en plus présent dans les médias, la santé et la qualité de vie de ces professionnels ne sont pas à négliger. Les recherches menées jusqu'à maintenant s'intéressent surtout aux problèmes de santé mentale et psychologique comme la dépression, l'épuisement professionnel ou même le suicide de ces travailleuses et travailleurs. Pour certains chercheurs, il est question de la satisfaction en emploi et de la fatigue ressentie par les médecins et par les étudiants en médecine. Pour les médecins en formation, la qualité des relations est abordée pour faire état des épisodes de harcèlement et d'intimidation, mais aussi du modelage de rôle lors du parcours de formation. Dans le contexte actuel où le Québec vit une féminisation de la profession médicale et que la médecine de famille est encore plus concernée par cette présence accrue de femmes, il est notamment important de s'intéresser aux rôles sociaux vécus par les résidentes et résidents en médecine de famille. Comme les résidentes et résidents occupent les statuts de professionnel de la santé et d'étudiant, nous désirons comprendre comment les multiples rôles, qui en découlent, agissent sur leur santé et leur qualité de vie.

Pour répondre à notre objectif de recherche, nous avons utilisé un devis mixte par convergence pour lequel nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec des résidentes et résidents lors de leur première et leur deuxième année de résidence en plus de mettre en ligne une enquête pour rejoindre des résidentes et résidents de l'ensemble du territoire québécois. Ces outils avaient pour but de documenter les différents rôles, la perception de la santé et de la qualité de vie ainsi que des stratégies d'ajustement qui permettent aux résidentes et résidents de limiter ou de diminuer les effets sur la santé et la qualité de vie.

Nos analyses démontrent que, malgré un double statut au travail, les résidentes et résidents exercent un rôle unifié, soit celui de résidente ou résident. Ce rôle unifié regroupe toutes les attentes et exigences liées aux soins aux patients en plus de celles à titre d'apprenant. Étant donné que le rôle de résidente ou résident devient si important, les rôles sociaux sont évacués afin de compléter la formation selon les attentes et exigences prévues; mais aussi pour préserver un équilibre avec la qualité de vie. Pour maintenir cet équilibre, la qualité des relations est importante, surtout en ce qui a trait au soutien social. Dans les sphères scolaire et professionnelle, les relations avec les superviseurs et les autres professionnels de la santé sont importantes dans

l'établissement d'un environnement d'apprentissage sécuritaire. Lorsqu'ils se sentent en sécurité, les résidentes et résidents peuvent s'exprimer librement à l'égard des soins aux patients et plus d'être en mesure de clarifier les attentes prévues. Une bonne opinion de soi, qui peut se bonifier avec l'expérience, favorise un exercice de rôle plus actif et facilite un apprentissage sécuritaire. D'un autre côté, les patients fournissent une source de motivation et de satisfaction à l'égard du travail alors que les collègues résidents en médecine de famille offrent du soutien au travail par une reconnaissance mutuelle. Du point de vue personnel, la famille, le conjoint et les amis offrent un soutien social plus important s'ils connaissent le milieu de la santé. Dans les autres cas, les résidentes et résidents choisiront de ne pas chercher de soutien social auprès de ces personnes pour éviter de devoir tout expliquer et ainsi perdre du temps dans l'obtention de soutien.

Comme élément novateur, cette recherche a permis de constater que le non-choix de la médecine de famille comme spécialité agit sur la santé et la qualité de vie des résidentes et résidents. Par une perception de la médecine de famille comme une spécialité moins prestigieuse et plus exigeante en terme d'apprentissages, les résidentes et résidents n'ayant pas choisi cette spécialité font état de plus de sentiments négatifs comme l'anxiété en plus de voir leur opinion de soi affectée et de vivre des relations plus difficiles avec les collègues, superviseurs et patients. En outre, le non-choix d'un lieu de formation, surtout s'il est situé à distance du réseau social personnel (famille, conjoint, amis), peut aussi entraîner des sentiments négatifs et une difficulté dans l'obtention de soutien social lorsque certains événements surviennent.

Finalement, un apport théorique est la mesure du concept d'incongruité de rôle à partir d'une échelle sur les conflits de rôle. Cette incongruité de rôle est alors différente des conflits de rôle puisqu'elle démontre la différence de valeurs, entre les résidentes et résidents en médecine de famille et les professionnels des autres spécialités médicales, surtout au niveau des relations interprofessionnelles.

Mots clés : résidence, médecine de famille, rôle, relation, profession, non-choix

INTRODUCTION

La médecine, mais surtout les médecins, suscitent beaucoup d'intérêts auprès de la population. Il se passe rarement une journée sans que l'actualité parle d'un sujet concernant les médecins. Que ce soit à propos de la difficulté à garantir un médecin de famille pour tous, ou de discuter des délais d'attente dans les urgences ou des négociations salariales, tout semble pertinent pour les médias. Outre les articles sur l'organisation du système de la santé et des modifications en cours depuis plusieurs années, quelques reportages et éditoriaux font état des problèmes de santé vécus par les médecins qu'ils soient en formation ou installés dans leur pratique. Malgré ces sorties médiatiques portant sur la détresse perçue et exprimée par ces professionnels de la santé, l'aspect positif de leur santé, de leur qualité de vie ou encore des stratégies qu'ils adoptent pour limiter les risques ont été peu documentés. Pour les médecins en formation, il est parfois question des enjeux de formation, mais peu de personnes s'intéressent à l'interface entre les environnements social, professionnel et scolaire.

Par une approche interdisciplinaire, qui relève surtout de la psychosociologie et qui se centre sur les concepts de rôles, de relations et de santé et de qualité de vie, il sera question des rôles exercés lors de la formation postdoctorale des médecins de famille, et des effets sur la santé et la qualité de vie de ces professionnels de la santé. Dans une optique d'intervention future, les différentes stratégies d'ajustement mises en œuvre par les résidentes et résidents pour réussir à réduire ou limiter les contraintes sur leur santé et leur qualité de vie seront abordées.

Le premier chapitre détaille les éléments contextuels qui ont conduit à une question de recherche portant sur la santé et de la qualité de vie des résidentes et résidents en médecine de famille et pour laquelle la portée scientifique et sociale est nouvelle. Ensuite, dans le deuxième chapitre, nous explicitons les concepts qui visent à mieux comprendre notre question de recherche et à l'enrichir de questions spécifiques. Le cadre méthodologique, développé dans le troisième chapitre, déploie la démarche méthodologique mixte qui permet de documenter l'expérience vécue lors du parcours de résidence, mais aussi les stratégies d'ajustement choisies par les résidentes et résidents. Par la suite, les résultats sont présentés dans le chapitre quatre, soit par une présentation combinée et intégrée des données quantitatives et qualitatives. Les résultats étant présentés pour répondre aux questions de recherche secondaires. S'en suit, en cinquième chapitre, une discussion pour répondre à la question de recherche tout en présentant des éléments novateurs. Nous discutons alors du rôle unifié des résidentes et résidents en médecine de famille, mais aussi de l'effet des relations et du choix de la spécialité sur la santé et la qualité de vie. Finalement, la conclusion offre un tour d'horizon sur l'ensemble de la recherche et propose des pistes de réflexion et d'intervention en ce qui a trait à la résidence en médecine de famille tout en considérant la santé et la qualité de vie de ces professionnels de la santé en devenir.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Cette première section présente les éléments contextuels qui permettent de comprendre l'importance de s'intéresser à la santé et à la qualité de vie des médecins et plus spécifiquement pour les résidentes et résidents en médecine de famille au Québec. À la suite de la présentation du contexte social par une présentation d'articles de journaux et d'un état des connaissances scientifiques, nous formulons la question générale qui sous-tend le travail de recherche et les objectifs propres à la thèse.

1.1 De quoi parlent les médias ?

La première apparition médiatique recensée, au Québec, quant à la santé des résidents date de 1996 dans le journal *Le Devoir*. La journaliste faisait alors état de jeunes médecins désabusés par le système de la santé québécois et qui en profitait, par le fait même, pour parler de leurs conditions de travail et de leur qualité de vie (Parent, 1996). Après cette publication, il faudra attendre en 2002 avant qu'un article de *La Presse* (voir figure 1.1) aborde le nombre d'heures travaillées, le conflit entre le travail et la vie personnelle, mais aussi la détresse vécue par les jeunes médecins (Bastien, 2002).

JEUNES MÉDECINS AU BORD DE LA CRISE DE NERFS

Figure 1.1 Tribune d'un article du journal La Presse (Bastien, 2002)

En 2004, il est alors question dans *La Presse* des moyens mis à la disposition des médecins pour prendre soin de leur santé, dont le Programme d'aide aux médecins (Auger, 2004a; Auger, 2004b). Les articles écrits dans les années 2006 et 2007 portaient davantage sur la réalité vécue par les résidents. Ainsi, Vallée (2006), dans *Le Devoir* traite des difficultés liées aux heures durant la spécialisation en résidence et en 2007 le *Journal de Québec* fait état des résidents qui sont au bout du rouleau (Journal de Québec, 2007). Dans ces mêmes années, *Le Droit* (voir figure 1.2) parle de la pénurie qui frappe alors le réseau de la santé et la journaliste se permet de faire un lien entre le travail des médecins-résidents, l'organisation des soins et l'impact sur leur qualité de vie (Breton, 2007).

La pénurie qui frappe le réseau de la santé accentue la pression

Quand les médecins flanchent

Figure 1.2 Tribune d'un article du journal Le Droit (Breton, 2007)

À compter de 2010, les problèmes de santé des médecins reviennent dans les médias de façon récurrente, tant en regard des épisodes d'épuisement professionnel que des suicides (Champagne, 2010a). En 2011, plusieurs quotidiens abordent même le suicide d'une résidente québécoise vivant en Colombie-Britannique (Champagne, 2011a; Champagne 2011c).

À partir de ce moment, les médias abordent les questions de détresse chez les résidents lorsqu'il est question d'un suicide (Touzin, 2014) ou de la parution annuelle des statistiques du Programme d'aide aux médecins du Québec (Champagne, 2010b; Champagne, 2011c, D'astous, 2011). Dès cet instant, les médias ont publié environ cinq articles par année sur la santé des médecins, des résidents ou des étudiants en médecine. Certains articles traitaient aussi de l'abus de substances tels que l'alcool ou les médicaments (Champagne, 2011b) alors que d'autres ont mis au jour la charge de travail et le stress vécu (Archambault, 2013a; Archambault 2013b; Duchaine 2012) ou encore la dépression qui guette certains médecins (Nunès, 2013).

La période 2014-2015 fut particulièrement couverte par les médias avec le suicide d'une résidente du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (Touzin, 2014; Lacoursière, 2014a). Ce suicide a eu l'effet d'une bombe médiatique puisqu'il survient après l'élection d'un nouveau gouvernement provincial et d'un nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, dont le désir annoncé est d'effectuer des changements majeurs dans l'organisation des soins de santé au Québec (Daoust-Boisvert, 2014). Durant cette période, des médecins ont pris la parole publiquement pour dénoncer leur impuissance face au suicide d'une résidente (Lamontagne, 2015; Leroux-Groleau, 2014). Dans la foulée, la Fédération des médecins résidents du Québec a exprimé son désir de déstigmatiser la détresse et l'épuisement chez les résidents (Lacoursière, 2014b). Dans les mêmes jours où les médias ont traité de ce sujet, le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est exprimé en disant que « la pression vécue aujourd'hui est vraiment moindre que ce qu'elle était il y a 15 ans. C'est beaucoup, beaucoup plus accommodant aujourd'hui » (Touzin et Lacoursière, 2014), déclaration qui a été décriée par les résidents (*voir* figure 1.3) et qui a été mis en doute par le père de la jeune résidente dont le suicide a été médiatisé (Archambault, 2015b).

Les propos « déplacés » de Barrette décriés par les médecins résidents

Selon le ministre, les étudiants en médecine ont moins de pression qu'avant

Figure 1.3 Tribune d'un article du journal La Presse (Touzin et Lacoursière, 2014)

À partir de cet instant, les reportages, éditoriaux et prises de position publiques ont mis au jour la scission qui existe entre la médecine de famille et les autres spécialités médicales. Cette perception, exposée dans l'opinion publique, est que les médecins de famille ont une charge de travail et une prestation de services moindres, en comparaison aux autres spécialités, et une motivation au travail qui n'est pas très élevée (Grammond, 2015). Ce clivage entre les spécialités oblige même certains médecins de famille à sortir publiquement pour tenter de remédier à la campagne de dénigrement, dont ils se disent des victimes (St-Pierre, 2015).

En plus des modifications organisationnelles dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, l'année 2015 a fait ressortir les problèmes de harcèlement et d'intimidation vécus dans les établissements de soins et dans certaines facultés de médecine du Québec (Archambault, 2015a; Boisjoly, 2015; Descary, 2015; Lacoursière, 2015, Touzin, 2015). Ces problèmes ayant même été identifiés comme des facteurs dans le suicide d'une résidente.

À compter de 2016, la détresse des médecins ainsi que l'intimidation et le harcèlement continuent à faire surface de façon plus ou moins fréquente dans les médias (Carrier, 2016; Daoust-Boisvert, 2016a; Lachance, 2017) allant jusqu'à ressortir dans un documentaire intitulé « Les médecins pleurent aussi » (Bisaillon, 2016). En parallèle, certaines résidentes en médecine s'expriment sur une discrimination vécue à l'embauche, soit d'être questionnée sur leur désir de fonder une famille (Daoust-

Boisvert, 2016b; Fleury, 2016). Finalement, en 2017 et 2018, plusieurs sorties publiques sont orchestrées par la FMRQ afin de faire connaître le rôle des résidents dans le système de santé québécois, mais aussi pour parler des enjeux de qualité de vie qui sont plus grands que l'unique charge de travail (Lemieux, 2017 ; Groupe Capitales Média, 2017). Ces prises de position ne sont pas étrangères à la négociation de la convention collective qui a eu lieu durant l'année 2018 et pour laquelle les résidents ont effectué différents moyens de pression comme l'arrêt de l'enseignement ou encore le port d'une carte d'identité avec la mention : « Disponible jusqu'à épuisement » (voir figure 1.4).

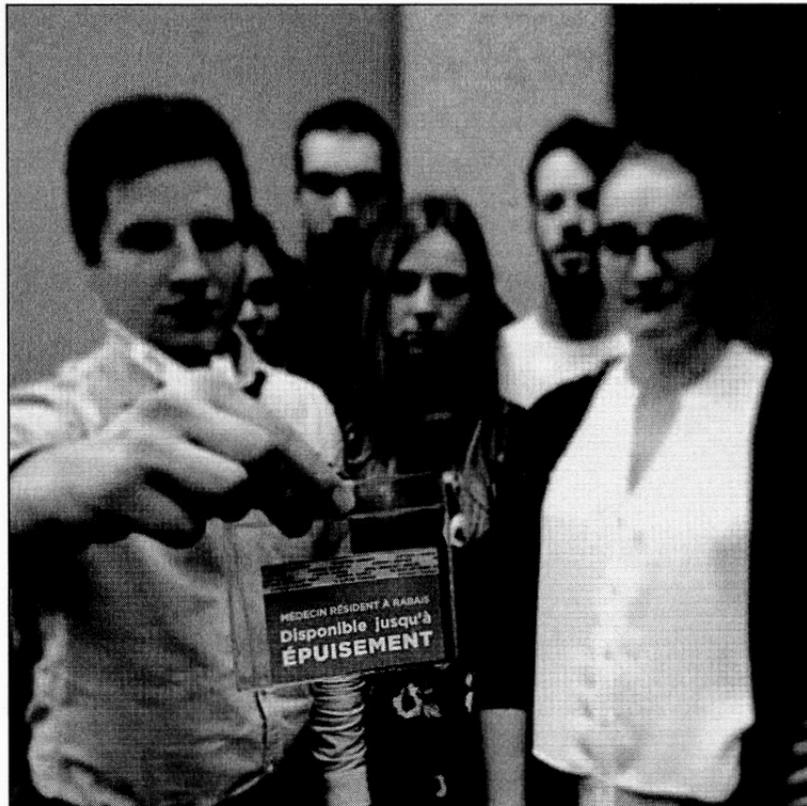


Figure 1.4 Image de la campagne de négociation collective (AMReS, 2018)

1.2 De quoi parle la science ?

Au-delà de ce que disent les médias, les chercheurs s'intéressent à la qualité de vie et aux problèmes de santé psychologique et physique vécus par les médecins depuis plus de 30 ans. Tel que présenté dans la prochaine section, ces auteurs abordent ces problèmes par les caractéristiques des environnements sociaux et professionnels des médecins.

Lorsqu'il est question de la santé des médecins, plusieurs chercheurs ont porté leur attention sur la santé psychologique et plus précisément sur les questions de dépression, d'épuisement professionnel, d'anxiété et de suicide. En ce qui concerne la santé physique, le peu de recherches concerne surtout la fatigue et le manque de sommeil. La qualité de vie et le bien-être¹ sont abordés, dans la littérature scientifique consultée, par la satisfaction au travail et de la qualité des relations au travail. Considérant que la qualité de vie durant la résidence est différente de celle des médecins en exercice², il importe de scinder ces deux populations.

1.2.1 La dépression, l'épuisement professionnel et le suicide

La dépression, les épisodes de déprime et l'épuisement professionnel ont été documentés chez plusieurs populations médicales (Edwards et Puddester, 2011 ; Reuben, 1983 ; Roman et Prévost, 2015 ; Tomioka *et al.*, 2011 ; Veasy *et al.* 2002). Plusieurs éléments expliquent ces problèmes : le manque de sommeil, le trait obsessionnel-compulsif, le surengagement, la contrainte de temps, l'isolement social,

¹ Pour faciliter la compréhension des différents termes, nous avons regroupé le bien-être dans la qualité de vie. La distinction entre ces concepts sera abordée dans le cadre conceptuel (section 2.5).

² Pour faciliter la compréhension du lectorat, nous utiliserons les termes médecins en exercice, médecin clinicien et patron comme des synonymes. Ces mots réfèrent tous au médecin qui a terminé sa formation médicale et qui pratique. Certains peuvent jouer le rôle de superviseur lors de la résidence.

les contraintes sur les relations personnelles, la grande interférence entre le travail et la vie personnelle et la perte d'activités non reliées au domaine médical.

Si le nombre d'heures travaillées est considéré comme indicateur du taux de dépression, le principal constat est qu'il est significativement associé à la prévalence de dépression mais qu'il n'y a pas d'association significative avec une augmentation du taux de dépression. Parmi les explications qui demeurent, le nombre d'heures travaillées doit être évalué en tenant aussi compte de l'intensité et du type de travail à réaliser.

Plus spécifiquement, pour l'épuisement professionnel, Roman et Prévost (2015) ont répertorié dans la littérature un taux accru ou un état plus avancé d'épuisement professionnel chez les médecins. Plusieurs auteurs (Cathébras, *et al.* 2004 ; Degen *et al.*, 2014 ; Estryn-Béhar, 2010 ; Estryn-Béhar *et al.*, 2011 ; Maranda *et al.*, 2006 ; Roman et Prévost, 2015, Truchot, 2015) ont rapporté que les facteurs explicatifs de l'épuisement professionnel peuvent être organisationnels, individuels ou encore provenir d'une interprétation de facteurs organisationnels par les personnes. Pour les auteurs précédemment cités, on retrouve : la rigueur intellectuelle, le fardeau décisionnel, l'incertitude, l'urgence d'agir, l'isolement et le travail individualisé. À cela, les auteurs ajoutent le nombre élevé de consultations journalières, le manque de ressources, l'organisation déficiente du travail, la somme de travail peu valorisant (*scut work*³), les exigences administratives et les contraintes financières. La perception d'erreurs médicales, d'inefficacité ainsi que l'érosion de l'autonomie professionnelle ne sont pas à négliger tout comme les exigences des patients, la souffrance humaine et la mort.

³ Ce terme réfère à toutes les tâches qui entraînent peu de reconnaissance pour une charge de travail exigeante. Ce terme combine le néologisme *scut* qui est dérivé du mot grec *skatos* qui signifie excrément et du mot *work* qui signifie travail.

Comme autre facteur d'épuisement professionnel, Genest (2012) a documenté le conflit entre les valeurs personnelles du médecin et les valeurs promues par la profession dans un contexte où il y a une surcharge de travail. Cet auteur a alors associé ce conflit au concept de souffrance éthique. Pour Quintin (2011, p.52), la souffrance éthique est une perception de la « détresse des patients comme une exigence de résultats, ce qui peut devenir intolérable et insatisfaisant sur le plan éthique. Cette exigence est liée à l'idéal du soin [...pour lequel...] le médecin est en deuil de son idéal ».

Quelques autres auteurs (Bergman *et al.*, 2003 ; Cathébras, 2004 ; Collier *et al.*, 2002 ; Estryn-Béhar, 2011 ; Hsu et Marshall, 1987 ; Raj, 2016 ; Richardsen et Burke, 1991 ; Serrano, 2007) ont porté une attention particulière à la santé psychologique en fonction du genre et spécifiquement à la santé psychologique des femmes. De ce fait, l'épuisement professionnel, le sentiment de tristesse ou de dépression, une préoccupation à l'égard d'une future grossesse, l'insatisfaction au travail et même l'intention de quitter la profession s'expliqueraient par plusieurs éléments au travail. Ainsi, une plus grande implication dans la relation avec les patients, un isolement, un climat de travail empreint de discrimination ou de harcèlement et un manque d'avancement scolaire sont des facteurs à considérer. À cela s'ajoute l'absence ou le manque de modèles de rôle féminins, une mauvaise qualité de sommeil, et un déséquilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle.

Parmi les conséquences de l'épuisement professionnel sur l'individu, on retrouve un usage excessif d'alcool, de psychotrope ou de produits illicites. À cela, Cathébras *et al.* (2004) parlent de la déshumanisation des relations qui s'expriment par une baisse d'empathie, un détachement, un cynisme et une diminution de l'accomplissement professionnel.

La conséquence ultime des problèmes de santé psychologique est le suicide. Ce sujet, encore tabou, est plus prévalent chez les médecins que dans la population générale. Selon Schernhammer et Colditz (2004), les hommes médecins ont un taux de mortalité par suicide 1,41 fois plus élevé que la population générale. Pour les femmes médecins, ce taux est 2,27 fois plus élevé que celui de la population générale. Cette donnée, basée sur la différence de genre, contraste avec les données de la population générale au Québec (MSSS, 2012) qui démontrent que trois suicides sur quatre concernent les hommes. Pour les quelques auteurs qui ont travaillé sur ce sujet (Clode, 2004 ; Gagné *et al.* 2011 ; Roman et Prévost, 2015 ; Schernhammer et Colditz, 2004), l'âge, la dépression et un problème de santé mentale sont tous des déterminants du suicide. Par ailleurs, Gagné *et al.* (2011) stipulent que l'on constate moins de tentatives de suicide chez les médecins que dans la population générale ce qui porte à croire qu'ils agissent de façon impulsive et qu'ils n'osent pas faire appel à un centre d'aide dans ces situations. D'autres explications pourraient être exploitées à titre d'hypothèse. Nous n'avons qu'à penser au fait que les connaissances médicales permettent aux médecins de mieux évaluer les conséquences de certains actes ou techniques.

1.2.2 La santé psychologique durant la résidence

Les éléments de la santé psychologique, mentionnés ci-haut pour l'ensemble des médecins, s'appliquent aussi aux résidentes et résidents. Par ailleurs, certaines études ont porté spécifiquement sur cette catégorie de médecin en tenant compte de leur contexte particulier.

Plus spécifiquement, les résidentes et résidents présentent un taux de dépression qui varie entre 7 % et 63 % selon les spécialités médicales et les pays de pratique⁴. Pour les résidents en médecine de famille, la prévalence de dépression ou de symptômes dépressifs peut aller jusqu'à 20 % (Earle et Keely, 2005 ; Edwards et Puddester, 2011 ; Gagné *et al.*, 2011 ; Hsu et Marshall, 1987, Mata *et al.*, 2015) ce qui peut être 4 fois plus important que dans la population québécoise en général⁵.

En plus de s'expliquer par les facteurs identifiés pour tous les médecins, ces niveaux élevés de dépression peuvent aussi se comprendre par un ratio effort-récompense en déséquilibre, une irritabilité venant d'un manque de sommeil, une fréquence de gardes et la peur de poursuites professionnelles. De surcroît, les interactions influencent la prédisposition à la dépression. À titre d'exemple, on retrouve les relations avec les patients et leurs proches, avec les membres de l'équipe médicale en plus de la gestion des interactions avec des médecins séniors ou en situation d'autorité et de la rivalité ou de la compétition et des faibles relations avec les collègues (Firth-Cozens, 2003 ; Girard *et al.*, 1991 ; Tomioka *et al.*, 2011). L'autocritique des étudiants en médecine est aussi un prédicteur de la dépression chez les jeunes médecins qui entraîne une autoévaluation sévère, un désir d'accomplissement exagéré, un perfectionnisme prononcé et une peur marquée pour la critique (Firth-Cozens, 2003).

En ce qui a trait au taux d'épuisement professionnel, il est plus élevé à mesure que les résidentes et résidents perçoivent des stressseurs durant leur résidence. Ainsi, plus de 50 % des résidents satisfont aux critères de l'épuisement professionnel et ce ratio est

⁴ La donnée la plus élevée concerne une étude chez les résidents en spécialités médicales et chirurgicales en Arabie Saoudite alors que la donnée la plus faible concerne des résidents en médecine de famille aux États-Unis.

⁵ Le taux de prévalence pour la dépression au Canada oscille entre 4,5 % et 4,8 % (Fleury et Grenier, 2012).

encore plus élevé durant la première année de résidence (Barbarin, 2009; Le Tourneur et Kolmy ; 2011 ; Martini *et al.* 2004). L'épuisement professionnel chez les résidents viendrait de situations où les responsabilités dépassent les compétences, ou encore de moments où les résidents sont contraints d'accomplir un travail difficile dans un état d'épuisement ou de fatigue. De cette manière, le résident se sent seul, dépassé ou peut même se sentir humilié devant des collègues ou des patients. En plus, une insatisfaction à l'égard du superviseur clinique ou encore un sentiment de déprime ou des stress familiaux accentuent le risque d'épuisement professionnel (Giroux et Bergeron, 2003 ; Martini *et al.* 2004).

Un élément qui concerne surtout les résidents est la prévalence de troubles anxieux qui peut aller jusqu'à 12 %. Ces troubles anxieux, qui peuvent être considérés comme étant de l'anxiété de performance, peut aussi mener à une baisse de la performance. Elle est souvent associée à des stéréotypes négatifs ou à une peur de l'humiliation et elle décroît avec l'avancement de la formation (Dyrbye *et al.*, 2005; Earle et Kelly, 2005 ; Girard *et al.*, 1991 ; Pitkala et Mantyranta, 2003 ; Riese *et al.*, 2017).

En plus de la pression vécue au travail pour tous les médecins, les résidentes et résidents ont une pression additionnelle qui est définie par le fait d'abattre beaucoup de travail en peu de temps et de porter une attention et une précision accrues dans les actes réalisés (ACMR, 2013 ; Boulé et Girard, 2003 ; Geurts *et al.*, 1999 ; Peterkin, 2012 ; Satterfield et Becerra, 2010). Cette augmentation de la charge de travail professionnelle est jumelée à une charge de travail scolaire et des exigences scolaires élevées qui s'observent par une confrontation fréquente des limites de leurs connaissances et par un manque de temps à consacrer à l'étude pour les examens de pratique (ACMR, 2013 ; Boulé et Girard, 2003 ; Dyrbye *et al.*, 2005). À tout cela des auteurs ajoutent que l'activité de travail est hautement supervisée et évaluée (Boulé et Girard, 2003 ; Dyrbye *et al.*, 2005 ; Peterkin, 2012).

La peur, la culpabilité, le sentiment d'incompétence et d'inutilité, le désengagement, l'évitement de problèmes, la pensée magique, le retrait social et l'absence de contrôle sur la vie sociale ont aussi été dénotés comme influençant la santé mentale des résidents (Boulé et Girard, 2003 ; Dyrbye *et al.*, 2005). Par ailleurs, Descary (2015) indique que la culture médicale qui prône la super-performance et le perfectionnisme comme norme en plus du cumul de responsabilités, à défaut de soutien approprié, peut mener les résidents vers l'épuisement professionnel, la dépression ou même le suicide.

Cette culture médicale exerce une pression intense pour que ses membres reflètent une image d'invulnérabilité, de contrôle et de compétence ce qui peut contribuer à la résistance à consulter pour les médecins (Roman et Prévost, 2015).

1.2.3 La fatigue ou le manque de sommeil

La fatigue ou le manque de sommeil est un sujet de recherche qui a été bien documenté. Plusieurs conséquences de la fatigue chez les résidents ont été observées (ACMR, 2013 ; Baldwin *et al.*, 2003 ; Baldwin et Daugherty, 2004 ; Cohen et Patten, 2005 ; Edward et Puddester, 2011 ; Raj, 2016 ; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2008 ; Veasey *et al.*, 2002 ; West *et al.*, 2009). Pour ces auteurs, le manque de sommeil ou la fatigue, durant la résidence, entraînent une augmentation d'erreurs médicales, une détérioration des relations personnelles et professionnelles, une modification dans la performance des tâches ou des manquements professionnels comme la falsification de notes.

Chez la résidente ou le résident, la fatigue entraîne aussi une diminution de la qualité de vie et de la santé physique qui se remarque par une augmentation de blessures ou de risques d'accident avec un véhicule motorisé; un accroissement de la consommation d'alcool, de drogue et de médicaments ainsi qu'un changement significatif dans le poids ou encore des complications de grossesse. La fatigue a aussi un effet sur l'expérience d'apprentissage et sur la satisfaction au travail (Baldwin *et al.*, 2003 ; Baldwin et Daugherty, 2004).

Du point de vue des blessures, les données d'indemnisation de la CNESST (Boucher, 2014) montrent que les lésions acceptées et indemnisées dans la période 2000-2010 sont à 73,6 % attribuables à un contact ou une contamination avec une substance chimique ou biologique ; à 21,4 % à des lésions liées à un traumatisme ou à un trouble musculosquelettique. Par ailleurs, 78 % de toutes les lésions précédemment citées concernent le groupe d'âge 25-44 ans, tranche d'âge où l'on retrouve principalement les résidentes et les résidents.

Alors qu'il est coutume de penser que le nombre d'heures travaillées est la principale cause de fatigue ou de manque de sommeil chez les résidents en médecine, Baldwin et Daugherty (2004) ont montré que les causes de ce problème relèvent d'une interaction entre certains choix personnel et professionnel effectués par le résident et des demandes institutionnelles. Même si le sommeil est perçu insuffisant, le simple fait de réduire les heures de travail ne réussira pas à régler le problème. Cela est d'autant plus vrai que les médecins ont tendance à ignorer les signaux d'un manque de sommeil en souhaitant que la situation se règle d'elle-même (Aminazadeh, 2012 ; Cohen et Patten, 2005 ; Firth-Cozens, 2003 ; Roman et Prévost, 2015). Ainsi, restreindre le nombre d'heures de travail des médecins n'est pas une solution efficace contre la dépression, mais cela peut tout de même favoriser la sécurité du patient, améliorer la qualité de vie du médecin, réduire la fatigue et les symptômes psychosomatiques (Tomioka *et al.*, 2011, Tyssen *et al.*, 2000).

1.2.4 La qualité de vie par la satisfaction au travail

L'étude de la satisfaction et de l'insatisfaction au travail a souvent été de pair avec l'analyse de l'épuisement professionnel. Ces deux indicateurs étant liés, la satisfaction au travail influence donc l'épuisement professionnel des médecins (Clode, 2004). Parmi les sources principales de satisfaction au travail, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les interactions avec les patients représentent une source de satisfaction (Richardsen et Burke, 1991 ; Wallace, Lemaire et Ghali, 2009). De plus, la satisfaction au travail joue un rôle protecteur entre les stress vécus et l'épuisement professionnel (Cathébras *et al.*, 2004).

Du côté de l'insatisfaction au travail, Roman et Prévost (2015) expriment que la culture médicale de super-performance ne permet pas une pleine satisfaction au travail pour les médecins. Les facteurs menant à la dépression et à l'épuisement professionnel sont avant tout des éléments causant de l'insatisfaction au travail. Ainsi, la contrainte de temps, la surcharge de travail, la peur de poursuites pour fautes professionnelles, le peu de temps personnel, les responsabilités de garde en continu, la charge élevée de travail sont les sources principales d'insatisfaction (Edward et Puddester, 2011 ; Richardsen et Burke, 1991). Ces mêmes auteurs ont aussi identifié les variables sociodémographiques (ex. le sexe), les caractéristiques de la pratique (ex. la spécialité) et les variables reliées au travail (ex. le nombre d'heures travaillées) comme étant des éléments qui contribuent significativement à la satisfaction au travail.

Une autre source d'insatisfaction au travail, principalement reconnue pour les femmes, est le déséquilibre entre le travail et la vie personnelle (Estryn-Béhar *et al.*, 2011 ; Firth-Cozens, 2003 ; Roman et Prévost, 2015). Pour les femmes ce déséquilibre peut mener cette population à des problèmes de santé psychologique. Du côté des hommes, ce déséquilibre s'exprime surtout dans un couple où les deux conjoints sont des

professionnels ce qui augmente les risques de conflits dans les vies professionnelles et la vie personnelle (Geurts *et al.*, 1999; Geurts *et al.*, 2005).

L'insatisfaction au travail chez les médecins peut mener à une intention de quitter le travail ou même la profession. Les études, qui abordent ce sujet, démontrent qu'entre 21 % et 50 % des répondants songent à quitter leur poste sur un continuum allant de parfois à fréquemment, voire même quotidiennement, sans nécessairement passer aux actes (Clode, 2004; Roman et Prévost, 2015; Wallace, Lemaire et Ghali, 2009). L'épuisement professionnel, les relations interpersonnelles avec l'équipe et l'administration, le harcèlement par les supérieurs, la violence des patients et des familles, la peur de faire une erreur, l'insatisfaction dans les transferts de patients entre les quarts de travail et l'insatisfaction à l'égard de l'espace de travail sont tous des facteurs de risque dans l'intention d'abandonner la profession médicale (Degen *et al.*, 2014; Estry-Béhar, 2010; Estry-Béhar *et al.*, 2011; Granada Jimenez *et al.*, 2010).

1.2.5 La qualité de vie durant la résidence

Une recherche qualitative réalisée par Ratanawongsa, Wright et Carrese (2007) a permis de connaître la définition de la qualité de vie qu'expriment les résidentes et résidents. Ainsi, ils définissent ce concept comme l'équilibre entre les domaines professionnel, familial, social, physique, mental, spirituel et financier. Durant la résidence, les résidentes et résidents acceptent généralement un déséquilibre temporaire dans les domaines de leur vie personnelle au profit de leur développement professionnel si les sacrifices qu'ils effectuent ne causent pas une insatisfaction professionnelle ou une perte de sens (Edward et Puddester, 2011; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007).

Les relations avec les patients, les interactions avec les collègues, la performance dans le soin du patient et la motivation dans le travail quotidien et dans la carrière sont tous des facteurs qui influencent la qualité de vie au travail. D'un côté, la satisfaction professionnelle est maximisée lorsque les résidents promeuvent leur développement par des défis, des apprentissages, du contrôle, de l'autonomie, des responsabilités et des relations sociales positives. De l'autre, des tâches ennuyantes, peu valorisantes ou peu stimulantes (*scut work*) entraînent une diminution de la satisfaction professionnelle (Raj, 2016 ; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007 ; 2008).

Malgré le déséquilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle, les résidents expriment un besoin lié à la disponibilité à du temps personnel. Bien que 46 % des résidents considèrent avoir un équilibre de vie satisfaisant (ACMR, 2013) et que 78 % des résidents rapportent une satisfaction de leur vie en général (Cohen et Patten, 2005), le niveau de satisfaction général varie durant la 2^e année de résidence et les années subséquentes pour s'améliorer avec le temps⁶ (Girard *et al.*, 1991). Cela amène ces auteurs à dire que plus les résidents prennent de l'expérience, plus ils sont en mesure de comprendre et d'accepter leur rôle de « non-docteur » et d'améliorer la satisfaction au travail et dans leur vie. Cette amélioration se remarque lorsque les résidents sont en mesure d'avoir des moments pour effectuer des activités telles que de l'activité physique, des événements de socialisation (activités religieuses ou événements significatifs) ou encore des activités domestiques comme les emplettes (Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007).

⁶ Ces données concernent uniquement les résidents en médecine interne.

La participation aux tâches domestiques se trouve parfois diminuée par une fatigue ou par une irritabilité plus marquée après le travail. Parmi les causes répertoriées, on retrouve surtout un horaire de travail défavorable, une surcharge de travail, un nombre d'heures de sommeil insuffisant et une relation difficile avec un supérieur (Boulis et Jacobs, 2011 ; Fox, Schwartz et Hart, 2006 ; Geurts *et al.*, 1999 ; Raj, 2016 ; Sanfey, 2006).

1.2.6 La qualité de vie par la qualité des relations

Les relations interpersonnelles chez les médecins et plus particulièrement chez les résidents ainsi que le lien avec la qualité de vie ont été étudiées sous plusieurs angles. Les trois principaux domaines concernés sont ceux de l'environnement social, des relations avec l'équipe médicale et des relations dans la sphère personnelle.

L'environnement social est caractérisé par le fait que les résidents doivent s'adapter quotidiennement à de nouveaux lieux de stage en plus d'être exposés pour la première fois à la souffrance humaine (Dyrbye *et al.*, 2005). Cet environnement influence négativement la qualité de vie si le professionnel doit travailler en solitaire ou encore dans un environnement où les relations de travail sont difficiles ou qu'il vit une insatisfaction avec un superviseur. (ACMR, 2013 ; Martini *et al.*, 2004 ; Raj, 2016). La hiérarchie, les barrières sociales et un environnement d'apprentissage non sécuritaire qui est décrit par des superviseurs absents, intimidateurs ou très hiérarchiques peuvent aussi nuire à l'environnement de travail (Cohen *et al.*, 2008 ; Edward et Puddester, 2011 ; Olmos-Vega et Dolmans, 2017 ; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2008 ; Riesenber *et al.*, 2009). Par ailleurs, Estry-Béhar (2010) et l'ACMR (2013) ont documenté et défini qu'un environnement de travail néfaste pour les médecins est marqué par des relations interpersonnelles tendues ; des épisodes de harcèlement par les supérieurs ; des conflits ou un manque de respect entre les spécialités ; des rumeurs et par une perception de la violence venant des patients et des familles.

Compte tenu des épisodes de harcèlement par les supérieurs, certains auteurs (Giroux et Bergeron, 2003 ; Olmos-Vega et Dolmans, 2017 ; Raj, 2016; Sutcliffe *et al.*, 2004 ; Yusoff et Abdul Rahim, 2010) ont documenté les relations entre les superviseurs et les résidents. La relation entre le résident et le superviseur est une relation d'autorité empreinte d'une asymétrie entre les interlocuteurs. Le superviseur est un enseignant et un évaluateur qui sanctionne le parcours.

La relation entre ces interlocuteurs présente un équilibre difficile à trouver entre l'indépendance du résident et le soutien que peut offrir le superviseur. Il existe donc une frontière floue entre l'autonomie et la participation du résident dans les actions du superviseur.

Une tension entre ces deux désirs peut mener à des frustrations de part et d'autre. Pour Sutcliffe *et al.* (2004), le résident sera hésitant à communiquer certaines informations s'il peut apparaître incompetent aux yeux d'un superviseur. Olmos-Vega et Dolmans (2017) indiquent l'importance de trouver un niveau de satisfaction où le résident, à titre d'apprenant, sent qu'il fait partie de l'équipe soignante et que le superviseur est intéressé par son opinion ou encore qu'il est ouvert au dialogue. Lorsque le lien entre le résident et le superviseur n'est pas optimal, les pairs peuvent alors jouer le rôle de facilitateurs.

Alors que la rétroaction positive est associée à un plus grand niveau de qualité de vie, les difficultés vécues avec les superviseurs sont caractérisées par des rétroactions négatives ou non constructives, à une difficulté à leur dire « non » ou encore à un cynisme ou des comportements non éthiques. Ces difficultés s'appliquent aussi aux résidents entre eux ou aux interactions avec les autres professionnels de la santé, et plus particulièrement avec les infirmières. Pour certains auteurs, le genre des résidents et leur statut dans le parcours de formation influencent les relations avec les superviseurs.

Ces relations difficiles peuvent même mener à des problèmes d'anxiété, de dépression, à un faible niveau d'estime de soi ou à une consommation d'alcool pour s'évader (Boulé et Girard, 2003 ; Cohen *et al.*, 2008 ; Collier *et al.*, 2002 ; Dyrbye *et al.*, 2005 ; Fried *et al.*, 2012; Geurts *et al.*, 1999).

Étant donné que la formation médicale est fortement influencée par le modelage de rôle, des auteurs (Goldie, 2012; Wilson *et al.*, 2013) ont identifié que des effets négatifs peuvent être remarqués si les modèles de rôle ne sont pas conscients et sensibles de leurs responsabilités et des dynamiques de pouvoir dans les interactions avec les étudiants et les résidents. Ces auteurs abordent l'humiliation, l'arrogance, le cynisme, l'isolement et le climat de peur qui règnent dans la culture médicale comme des facteurs négatifs du modelage de rôle. Ces sentiments peuvent ainsi rendre la formation plus difficile ou entraîner certaines personnes à quitter la profession puisqu'elles se trouvent en dissonance identitaire.

Finalement, les relations dans la sphère personnelle sont peu documentées. Lorsqu'il en est question, les auteurs se concentrent sur les relations avec le conjoint, les membres de la famille ou les amis. L'élément central qui est étudié est l'influence de la nature même du travail du médecin qui laisse parfois peu de place aux relations hors du milieu médical. Une charge de travail élevée, des gardes fréquentes et un haut niveau de responsabilités peuvent ainsi influencer ces relations (Clode, 2004).

1.2.7 Les facteurs de protection

Quelques facteurs de protection, sous forme de comportements individuels, ont été identifiés pour contrer ou limiter l'épuisement professionnel (Cathébras *et al.*, 2004 ; Edwards et Puddester, 2011 ; Roman et Prévost, 2015; Truchot, 2015). Ces comportements inventoriés sont l'activité physique, la méditation, le fait de ne pas s'inquiéter et d'effectuer une prise de décision qui requiert moins de temps, d'énergie et d'investissement à l'égard des patients. Pour plusieurs de ces auteurs, un fort réseau

social pour parler de ses sentiments et chercher de l'aide joue un rôle protecteur pour la santé psychologique. Toutefois, une pratique professionnelle en groupe et un soutien social venant des pairs n'a pas d'effet protecteur significatif sur l'épuisement professionnel.

Il a été remarqué par des auteurs que les relations significatives qui offrent du soutien peuvent parfois être difficiles puisque la personne peut ventiler ses frustrations et ses préoccupations, mais elles peuvent aussi évoquer une culpabilité et des responsabilités qui sont difficiles à combler, surtout pour les nouvelles relations (Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007 ; Reuben, 1983).

1.3 Particularité de la formation médicale au Québec

Considérant les multiples distinctions entre les médecins en exercice et les résidents, il devient important d'explicitier les particularités de la formation médicale au Québec. La médecine, telle que connue et pratiquée de nos jours, est reconnue comme une profession depuis les années 1950. Pour plusieurs auteurs (Clarke, 2012 ; Desmarez, 1986 ; Dubar, 2013 ; Goode, 1957 ; Goode, 1960 ; Hughes, 1996 ; Heilbron, 1986 ; Parsons, 1966 ; Sewell, 1983), différentes règles sont indispensables pour reconnaître une profession. Ainsi, les membres d'une profession se doivent d'observer des règles, de garder des secrets et de porter honneur et respect aux jurés et contrôleurs élus par les pairs et reconnus par un pouvoir royal (Dubar, 2013). Ces éléments, qui caractérisent la médecine à titre de profession, sont : une longue période de formation, la reconnaissance du titre par un diplôme ou une certification, l'obligation du respect à un code d'éthique et le regroupement de membres sous forme d'une association qui permet de formaliser le contrôle par les pairs (Clarke, 2012).

Au sein des autres spécialités médicales que la médecine de famille, on retrouve même une sanction dite royale puisque le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada supervise la formation médicale de certaines spécialités (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2018). À cela, il importe d'ajouter que les membres d'une profession y sont pour la vie (Goode, 1960).

L'accès à la profession médicale est régi par un processus de formation rigoureux et complexe. Plusieurs sources (AFMC, 2015 ; CaRMS, 2018 ; Clarke, 2012 ; CMQ, 2015 ; Flexner, 1906 ; FMRQ, 2015) permettent de dresser un portrait d'ensemble de la formation médicale (*voir* Annexe A), que nous reconstruisons dans les prochains paragraphes.

La première étape est celle de la formation prédoctorale qui se déroule au sein des facultés de médecine des universités. Cette formation théorique, d'une durée de deux à trois ans, selon l'université, est composée de cours magistraux, de situations d'apprentissage par problèmes ou de cas cliniques. Cette formation prédoctorale est complétée par la réalisation d'un externat d'une durée minimale d'une année. L'externat, qui vise à faire des liens entre la théorie et la pratique, représente une période de plusieurs stages en établissements de santé afin de connaître le milieu ainsi que les différentes spécialités offertes. Durant cette même étape, les étudiants effectuent l'examen du Conseil médical canadien qui donne l'autorisation de pratique médicale au Canada. Au terme de la formation prédoctorale, les étudiants obtiennent leur diplôme et portent alors le titre de docteur en médecine (ou MD). C'est lors de la remise des diplômes que les étudiants prononcent le serment professionnel⁷.

⁷ Au Québec, le serment d'Hippocrate a été remplacé par le serment professionnel.

La deuxième étape est celle de la formation postdoctorale. Bien que l'étudiant soit officiellement médecin, ce diplômé ne peut pas pratiquer seul. Il doit obligatoirement pratiquer avec un superviseur, durant une période de temps déterminée. Cette étape de formation, qui vise à une spécialisation du médecin, est aussi nommée résidence. En médecine de famille, la durée minimale est de deux années et pour les autres spécialités, la durée minimale est de cinq ans.

Lors de la première année en médecine de famille et durant les trois premières années dans les autres spécialités, les résidents sont nommés résidents junior puisqu'ils sont principalement en apprentissage. Lors de la deuxième année en médecine de famille et des deux dernières années dans les autres spécialités, les résidents sont nommés résidents seniors puisqu'ils peuvent superviser des résidents juniors lors de certaines techniques ou actes. À la fin de la résidence, les médecins doivent réussir les examens du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ce qui leur permet d'obtenir un permis de pratique du Collège des médecins du Québec (CMQ, 2015). Après la résidence, une formation complémentaire ou une surspécialisation est possible. Pour la médecine de famille, cette spécialisation est d'une durée d'une année et s'effectue dans l'un des domaines suivants : médecine palliative, soins aux personnes âgées, périnatalité ou médecine d'urgence. Dans les autres spécialités, une formation de surspécialisation d'une durée de 2 à 3 ans peut être exigée par certains milieux.

Depuis le début des années 1970, la résidence est de la responsabilité des facultés de médecine, ce qui justifie un double statut du résident, soit celui d'étudiant et de médecin (FMRQ, 2015). Ainsi, les résidents sont rémunérés à titre de médecin par le ministère de la Santé et Services sociaux pour les services rendus à la population et sont aussi étudiants en évaluation par les superviseurs qui permettent de valider l'atteinte d'objectifs de formation universitaire.

Lors de la formation médicale, Bazsanger (1981) argue que ce n'est pas le statut d'étudiant qui prime, mais bien celui de professionnel de la santé puisqu'il est productif dans l'organisation. De plus, il existe une contradiction implicite du statut de l'étudiant-médecin lors de deux moments d'apprentissage structurants : les visites médicales d'enseignement⁸ et les gardes. Lors des visites d'enseignement, les médecins en formation sont renvoyés à un rôle passif d'étudiant alors que lors des gardes, ils occupent un rôle actif de professionnel la santé.

Lorsqu'il est question de la formation en médecine de famille au Canada, Rodriguez *et al.* (2015) ont démontré que la formation en médecine de famille ne commence que lors de la résidence, puisque les étudiants en médecine n'était pas mis en contact avec la médecine de famille durant leur parcours de formation prédoctorale. Ainsi, les vastes connaissances et la relation à long terme avec le patient, deux éléments qui caractérisent cette spécialité médicale, ne sont pas mises de l'avant avant l'arrivée à la résidence. Cette situation a quelque peu changé vers les années 2014-2015.

De plus, il importe de noter le manque de reconnaissance de cette spécialité. Il n'est donc pas rare que des superviseurs encouragent leurs étudiants les plus prometteurs à faire une carrière dans une autre spécialité que la médecine de famille. Cette situation ayant été documenté par Marshall et Philipps (1999) selon laquelle les médecins de famille sont considérés comme un groupe social ayant un statut plus faible que les autres spécialistes, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession. Cette différence de statut s'explique surtout par une influence et un pouvoir différent entre ces deux groupes de professionnels.

⁸ La visite médicale d'enseignement est une activité d'apprentissage où l'apprenant doit procéder à la résolution de problèmes de santé physique ou mentale en présence du patient qui joue un rôle central dans ce processus d'apprentissage. (Weber, 1983)

1.4 Particularité de la féminisation médicale

Depuis les 30 dernières années, plusieurs changements sociodémographiques ont été observés dans la population médicale. Avec une augmentation du nombre d'étudiants en faculté de médecine et plusieurs changements sociaux, la présence des femmes dans les facultés de médecine a été bonifiée. Clarke (2012) indique qu'en 1959, les femmes représentaient 6 % des effectifs en faculté de médecine alors qu'elles étaient de 57 % en 2011. Pour 2013-2014, l'AFMC (2015) montre que 65,2 % des personnes inscrites dans une résidence en médecine de famille étaient des femmes en comparaison à 47,9% dans les autres spécialités. Cette augmentation du nombre de femmes, encore plus présente en médecine de famille, exige que l'on s'intéresse à la féminisation de la profession médicale.

Dès 1980, la féminisation de la profession médicale commençait à intéresser certains chercheurs (Dedobbeleer *et al.*, 1980), surtout en ce qui concerne la performance au travail des femmes. Pour Lapeyre et Le Feuvre (2005) ainsi que Contandriopoulos et Fournier (2007), les femmes effectuent environ 10 % moins d'actes que les hommes. Ce nombre plus faible d'actes pratiqués s'expliquerait par une organisation des soins qui est différente. Ces auteurs démontrent que les femmes passent plus de temps avec leurs patients puisqu'elles rencontrent des clientèles qui requièrent davantage des actes liés au contexte psychosocial ou à des enjeux de santé mentale et de psychiatrie. Des effets de rémunération peuvent aussi se remarquer chez ces femmes puisqu'elle réalise moins d'actes ou qu'elles réalisent des actes moins payants.

1.5 Question et objectifs de recherche

Compte tenu du double statut au travail (stagiaire et professionnel de la santé) des résidentes et résidents qu'ils doivent assumer durant leur résidence, le contexte social répertorié par la couverture médiatique et l'état des connaissances scientifiques actuelles montrent que la santé psychologique et la qualité de vie des résidents est un thème de recherche à explorer. Le peu de distinctions dans les recherches récentes, pour certaines sous-populations, nous invite à prendre en considération certains éléments.

Tout d'abord, une différenciation doit être effectuée selon la spécialité médicale. Le plus faible nombre d'effectifs médicaux, le nombre d'heures de travail moindre et la longueur totale de leur résidence plus courte en médecine de famille peut justifier le peu d'intérêt de recherche à ce jour dans cette spécialité. De plus, comme le contact avec les spécificités de la médecine de famille n'a lieu principalement que durant la résidence, cela peut augmenter une certaine pression sur les connaissances à acquérir et influencer la santé et la qualité de vie. Par ailleurs, certains auteurs (Girard *et al.*, 1991) ont montré que la santé et la qualité de vie s'améliorent à mesure que la formation se prolonge, ce qui est caractéristique des spécialités médicales autres que la médecine de famille. Finalement, la féminisation de la profession médicale, qui est encore plus importante en médecine de famille, montre que les différences de genres sont associées à certaines difficultés en ce qui concerne la santé psychologique, et plus spécifiquement en ce qui aux statuts non liés à la résidence.

1.5.1 Question de recherche

Au regard des connaissances répertoriées dans la présente problématique, il nous apparaît que peu de connaissances ont été produites à ce jour sur la santé et la qualité de vie des résidentes et résidents en médecine de famille. Nous croyons important de porter un éclairage nouveau, en proposant la question de recherche suivante :

comment le double statut (étudiant et professionnel de la santé) des résidentes et résidents en médecine de famille agit-il sur leur santé et leur qualité de vie ?

Cette question interpelle donc le concept de statut, mais aussi ceux en lien avec la santé et la qualité de vie. Pour répondre à cette question, nous définissons un objectif principal de recherche ainsi que trois objectifs spécifiques.

1.5.2 Objectifs de recherche

L'objectif principal de la recherche est de comprendre les liens qui existent entre le double statut des résidentes et résidents, durant le parcours de formation, ainsi que leur santé et leur qualité de vie.

- Le premier objectif spécifique est de décrire les statuts durant la formation postdoctorale.
- Le second objectif est de documenter la santé et la qualité de vie ainsi que les interactions entre les statuts, la santé et la qualité de vie.
- Le troisième objectif spécifique est d'identifier les stratégies de régulation choisies par les résidents durant la formation afin de réduire ou de limiter les impacts sur la santé et la qualité de vie.

1.5.3 Contribution de la recherche

En fonction de ces objectifs, la contribution de la recherche est d'offrir une meilleure compréhension des enjeux de santé et de qualité de vie pour les résidents en médecine de famille au Québec à titre d'avancement des connaissances scientifiques, mais aussi en tant que retombées sociales.

Tout d'abord, l'intérêt d'une recherche portant sur les résidentes et résidents en médecine de famille est de documenter le parcours de formation ainsi que les enjeux de santé et de qualité de vie pour une population qui a été très peu étudiée. Par ailleurs, en documentant le recours aux différentes stratégies de régulation en fonction des étapes du parcours de résidence, il est possible d'aborder la santé et la qualité de vie dans une optique positive et porteuse de solutions collectives et individuelles pour les résidents dès le début de la formation.

Enfin, les retombées sociales de cette recherche seront d'identifier, pour les acteurs concernés par le parcours de formation que représente la résidence en médecine (ex. milieu de formation, syndicat, organisme d'aide), des pistes d'interventions et d'actions afin d'améliorer les conditions d'apprentissage, la santé et la qualité de vie des résidents et ultimement offrir de meilleurs soins aux patients. Dans le cas de pistes d'intervention à portée générale, les acteurs du milieu pourraient voir à l'application de ces interventions auprès de l'ensemble des résidents et non seulement de ceux en médecine de famille.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Ce second chapitre, divisé en sept parties, présente sommairement les concepts utiles au développement de la question de recherche et à l'atteinte de l'objectif principal. Afin de situer notre recherche dans une approche interdisciplinaire, nous abordons notre posture épistémologique. Par la suite, nous abordons les concepts de statuts, de rôles et de multiples rôles. La troisième section porte sur les interactions, les rapports de place et de pouvoir ainsi que sur la construction identitaire pour mener à une définition des partenaires de rôle. La quatrième partie regroupe les conflits, ambiguïtés et incongruités de rôles qui est suivie par une section portant sur les définitions de santé et de qualité de vie et des liens avec les rôles. La sixième partie sert à expliciter les stratégies de régulation présentées selon qu'elles soient individuelles, relationnelles ou aux limites de l'action. Finalement, nous terminons ce chapitre par une synthèse de ce chapitre et par une reformulation de la question de recherche et une présentation des questions spécifiques qui permettent de répondre plus finement aux objectifs de la recherche.

2.1 Interdisciplinarité et posture épistémologique

Notre question de recherche et l'inscription de ce projet dans un programme doctoral interdisciplinaire nous oblige à situer notre vision de l'interdisciplinarité afin que la cohérence des choix théoriques que nous avons faits soit plus transparente. Deux courants de pensée ont été répertoriés à l'égard de l'interdisciplinarité.

D'un côté, certains auteurs (Apostel *et al.*, 1972; Apostel et Vanlandschoot, 1994; Thompson Klein 2010) abordent l'interdisciplinarité comme la transition entre les disciplines d'aujourd'hui et celles qui représenteront des disciplines de demain. S'inscrivant dans la lignée de la révolution paradigmatique (Kuhn, 1970/2008), cette perspective stipule que la formation d'une nouvelle discipline permet principalement de répondre aux limites des disciplines actuelles.

D'un autre côté, l'interdisciplinarité est considérée comme l'émergence de champs interdisciplinaires qui permettent d'adoucir les frontières des disciplines actuelles et de saisir l'opportunité de passer au-delà des frontières disciplinaires rigides (Miller, 1982; Weingart, 2010). Comme cette perspective nous permet de tirer profit au maximum des apports spécifiques de chacune des disciplines en plus d'être ouvert aux critiques venant d'autres disciplines et ainsi explorer de nouvelles façons de réfléchir et d'agir sur un sujet donné (Jollivet et Legay, 2005), nous optons pour cette perspective.

De plus, l'utilisation des concepts de statut, de rôle, de santé et de qualité de vie tous centraux dans cette recherche, nous entraîne à porter attention à toutes les attaches paradigmatiques, parfois contradictoires, des auteurs s'étant intéressés à ces concepts. Alors que pour le concept de statuts et de rôle, les auteurs s'inscrivent dans la perspective structuro-fonctionnaliste ou interactionniste et que pour le concept de santé et de qualité de vie, les paradigmes dominants oscillent entre l'interprétatif pour les aspects holistiques et systémiques, mais aussi positivistes pour les approches biomédicales, nous considérons qu'il est judicieux de naviguer entre plusieurs paradigmes sans, toutefois, nous diriger vers les extrêmes de ce spectre.

Considérant qu'il existe une opposition entre le positivisme et le constructivisme (Feilzer, 2010), certains auteurs (Feilzer, 2010; Greene et Hall, 2010; Shannon-Baker, 2016), prône l'utilisation du pragmatisme comme paradigme et solution pour

répondre à cette dichotomie. Pour se prétendre de ce paradigme, des éléments essentiels doivent se retrouver dans la recherche effectuée. Ainsi la recherche doit être orientée vers un problème et des résultats, être transférable à d'autres situations et viser une détermination dans la signification des choses (Shannon-Baker, 2016).

Dans une perspective moins paradigmatique, le pluralisme dialectique permet de sortir de cette dichotomie tout en exploitant les idées divergentes et convergentes, voire même conflictuelles des perspectives et visions au sein des théories ou des paradigmes. Par cette perspective, il est possible de mettre l'accent sur les connections entre les théories et disciplines et ainsi promouvoir le dialogue, maintenir une réflexivité tout en orientant les pensées et les actions vers des changements sociaux (Shannon-Baker, 2016). Comme cette position légitime et accueille favorablement des perspectives de plusieurs traditions philosophiques, théoriques et méthodologiques (Greene et Hall, 2010), notre posture épistémologique s'apprente davantage à celle du pluralisme dialectique.

Pour tirer profit de notre posture de l'interdisciplinarité et du pluralisme dialectique, nous nous devons de démontrer que notre recherche correspond à la formation d'un nouveau champ disciplinaire. Comme l'indiquent Jollivet et Legay (2005) ainsi que Miller (1982), plusieurs éléments composent la formation d'un nouveau champ interdisciplinaire. Tout d'abord, le thème doit être basé sur un problème novateur. Le thème peut être si novateur qu'il requiert du chercheur qu'il fasse appel aux dimensions à la fois des sciences naturelles et des sciences sociales.

L'importance du caractère hybride de la question de recherche doit mettre en relief l'interstice entre les disciplines concernées. Pour Jollivet et Legay (2005), la complémentarité de disciplines est facilitée lorsque les disciplines se trouvent à « proximité », c'est-à-dire qu'elles n'entraînent pas de conflits épistémologique ou technique majeurs. Pour faciliter le dialogue entre les disciplines, il importe d'utiliser des concepts communs qui permet de construire une démarche de recherche

interdisciplinaire qui s'étend de la définition de la question à l'interprétation des données (Jollivet et Legay, 2005; Weingart, 2010).

À partir de ces critères, notre projet s'inscrit dans l'émergence d'un nouveau champ disciplinaire pour plusieurs raisons. En s'intéressant aux statuts des résidentes et résidents en médecine de famille et de l'influence sur la santé et la qualité de vie, le thème de recherche présente un problème à caractère novateur. Compte tenu de la jonction, dans le thème de recherche, de concepts faisant appel tant aux courants et aux théories subjectivistes et objectivistes, l'interdisciplinarité permet d'aborder la question dans un angle plus grand. Les différentes disciplines concernées se trouvent aussi à proximité puisque nous utilisons une approche psychosociologique pour les différents concepts utilisés.

Tandis que la psychologie s'intéresse à l'individu lui-même et que la sociologie s'intéresse à la place de l'individu dans la société, la psychosociologie tient compte des limites et des incapacités de l'utilisation unique de l'une ou l'autre de ces deux disciplines pour aborder l'intégralité des conduites humaines (Maisonneuve, 2000). Plus spécifiquement, pour ce même auteur, il aussi est question des interactions entre les processus sociaux et psychologiques ainsi que des interactions entre les personnes et les groupes dans des situations de la vie quotidienne, mais aussi de la « jonction entre une approche objective et celle du sens vécu » (Maisonneuve, 2000, p.20). Ainsi, l'approche psychosociologique permet de situer l'ensemble des concepts utiles à cette recherche.

2.2 Du statut aux multiples rôles

Étant donné que les concepts de statut et de rôle sont parfois utilisés de façon interchangeable, nous considérons important de distinguer ces termes pour être en mesure d'apprécier l'apport de chacun d'eux.

2.2.1 Le statut

Plusieurs auteurs (Hardy et Conway, 1988; Linton, 1936; Maisonneuve, 2000) s'entendent pour dire que le statut correspond à une position attribuée dans une structure sociale qui permet de préciser le rang d'une personne. En plus d'être lié à une caractéristique sociale telle que l'ethnie, le statut peut être associé à une position au travail qui requiert des compétences techniques particulières.

Des auteurs (Hardy et Conway, 1988; Hugues 1996; Maisonneuve, 2000) précisent que le statut s'inscrit dans une structure sociale où un regroupement de personnes partagent collectivement ou se voient attribuer des attributs et comportements spécifiques. Ces attributs et ces comportements peuvent donc être attendus ou paraître légitime de la part de tous les détenteurs d'un statut. Ce groupe peut aussi être considéré comme un groupe de référence, soit un groupe auquel un individu se rattache en tant que membre (Maisonneuve, 2000). Ce groupe propose un système de valeurs, des modèles de conduite, une définition de ce que représente un bon membre et un registre de rôles prescrits (Lipiansky, 1992).

2.2.2 Le rôle

Tout comme le statut, le rôle s'inscrit au sein de structures sociales. À cela, il est nécessaire d'ajouter que ce concept relève de plusieurs disciplines et postures épistémologiques (Hardy et Conway, 1988). Même en limitant notre réflexion à la littérature s'inscrivant dans une approche psychosociologique, les définitions du

concept de rôle sont nombreuses et se situent à la fois dans les courants structuro-fonctionnaliste et interactionniste.

Dans la perspective structuro-fonctionnaliste, le rôle est l'aspect dynamique du statut et s'exprime par une série de prescriptions issues des droits et obligations du statut (Linton, 1936). Pour Parsons (1951/1991), le rôle réfère aux schèmes de comportement associé à des caractéristiques sociodémographiques particulières telles que l'âge et le sexe. Finalement, Durkheim (1967/2007) ajoute l'importance de la sanction comme élément qui contraint les individus à confirmer et à stabiliser les structures et institutions. Ces sanctions sont imposées quant à l'adhésion à la norme ou à son non-respect, ce qui correspond aux comportements prescrits et proscrits (Hardy et Hardy, 1988).

Dans la perspective interactionniste, Mead (1934/2006) préfère traiter du concept de rôle comme étant appris dans le cadre d'un processus d'interaction sociale. Les interactions sociales permettent donc un échange de significations sur les exigences et les attentes du rôle et sur les comportements à adopter dans différentes situations. La perspective interactionniste permet aussi d'accentuer le rôle des acteurs dans la production active des situations de la vie quotidienne par une participation et un échange de significations utiles au maintien de la vie sociale (Martucelli, 2014). Cette analyse de la vie quotidienne trouve écho chez Goffman (1974) qui abordent le rôle, dans une approche dramaturgique, où les acteurs jouent un rôle dans une interaction continue. Par ailleurs, Le Breton (2012) indique que le rôle est une suggestion de conduite liée à l'interprétation que l'acteur effectue selon les circonstances. Le rôle d'un acteur n'est alors qu'un cumul d'indications de comportements vus comme des ressources pour l'action.

Comme l'indique Maisonneuve (2000), le rôle peut être basé sur des modèles de la société globale (rôle institutionnel) ou être défini à l'intérieur d'un groupe (rôle fonctionnel). De plus, le rôle constitue les conduites normales requises pour un statut qui, selon Le Breton (2012), sont liées à l'interprétation qu'en fait l'acteur⁹ selon les circonstances. Le rôle favorise ainsi une participation et un échange de significations utiles au maintien de la vie sociale (Martucelli, 2014).

De ce fait, nous considérons que le rôle n'est pas un modèle prescrit et rigide, mais un schème dynamique qui apparaît en fonction de la régulation des rôles. Les rôles permettent donc une régulation des rapports sociaux en plus de permettre une intégration de la personnalité (Maisonneuve, 2000). Le concept de rôle nous paraît donc plus intéressant que celui de statut pour comprendre les dynamiques entre les différents statuts pour les résidentes et résidents. Nous utiliseront donc distinctement ces deux concepts dans la suite de la thèse.

2.2.3 L'identification au rôle

L'apprentissage ou l'identification progressive à un rôle s'effectue de façon concomitante avec le développement identitaire. De façon générale, Erikson (1972) définit l'identité comme un sentiment conscient ou un effort inconscient que la personne effectue tant pour exprimer son unicité individuelle que pour se solidariser avec les idéaux d'un groupe social. Il s'agit donc d'apprendre et de comprendre les prescriptions et les comportements liés au rôle qui est lui-même attaché à un statut (Brim, 1960).

⁹ L'acteur est un « [individu] ayant chacun une identité caractérisée par leur statut (âge, sexe, profession...), leur personnalité, leur histoire, leurs expériences, leurs systèmes de valeur, leurs groupes d'appartenance et de référence [...] ce sont des "interlocuteurs" qui s'influencent mutuellement » (Marc et Picard, 2008, p.71)

Pour y parvenir, les rituels et les rites de passage peuvent faciliter l'intégration des règles de conduite d'un nouveau statut ou d'un nouveau rôle tout en permettant la sélection et le contrôle des membres de la fraternité quant au passage d'un statut à un autre (Hughes, 1996).

L'appropriation d'une identité ou d'une série d'identités doit prendre en compte l'image de soi, l'appréciation de ses capacités et la réalisation de ses désirs (Foote, 1951; Dubar, 2013). L'estime de soi, qui correspond à une évaluation intime de la personne face à elle-même, ainsi que le niveau d'aspiration doivent aussi être considérés dans le développement identitaire (Maisonneuve, 2000). Par ailleurs, selon Lipiansky (1992), le choix ou l'exercice d'une profession, le degré de réussite, le statut socioéconomique, les rôles sociaux assumés et l'affiliation idéologique peuvent entraîner une remise en question identitaire.

Pour plusieurs auteurs (Berger et Luckman, 1966/2014; Dubar, 2003; Haissat, 2006), l'identité personnelle représente une individualité singulière dotée d'une constance et d'une unicité. En plus de répondre au besoin identitaire d'individuation, l'identité personnelle permet à la personne de combler son besoin de contrôle, soit de se sentir comme une individualité autonome capable de s'autodéterminer (Lipiansky, 1992). Par ailleurs, cette identité est construite en fonction d'identifications antérieures et vise à être préservée pour présenter une apparence sociale normale, ce que Goffman (1974) nomme la « face ».

Dans le monde médical, l'apprentissage d'un rôle est, en partie, basé sur les rituels et les symboles. Comme le mentionne Cruess *et al.* (2015), l'acceptation dans une faculté de médecine est l'un des premiers symboles significatifs qui permet au médecin en devenir de passer de profane à professionnel compétent. Parmi les autres rituels identifiés par les auteurs (Cruess *et al.*, 2015; Goldie, 2012), on retrouve dans certaines

universités une cérémonie de sarraus blancs¹⁰ qui confirment le port du sarrau et le stéthoscope comme des symboles de la profession. Se joint à cette cérémonie, pour quelques milieux de formation, un serment d'engagement (Gendreau, 2009; Université de Montréal, 2016). En fin de parcours de formation, le serment d'Hippocrate ou le serment professionnel au Québec officialise le passage du statut d'étudiant en médecine à médecin.

En plus des rituels explicites, quelques auteurs (Monrouxe, 2010; Cruess *et al.*, 2015) abordent des rituels implicites qui ont une signification particulière dans la socialisation médicale. Ces rituels sont liés aux soins et au contact avec la mort comme le premier contact avec un cadavre, la dissection d'un cadavre ou la mort du premier patient. La première chirurgie représente aussi un événement marquant pour certains médecins en formation puisqu'elle correspond à un contact de très grande proximité avec un autre être humain. Par ailleurs, ces auteurs parlent aussi des longues heures de travail comme un rituel implicite vécu par les jeunes médecins.

2.2.4 Les exigences de rôle

À cette identification au rôle, les exigences de rôles sont des attitudes, des comportements ou des processus de cognition requis ou anticipés pour un rôle donné. Les comportements prescrits et proscrits par un statut soumettent le rôle à des exigences de rôle. Elles peuvent aussi être issues des normes sociales, d'attentes ou de valeurs collectives qui représentent un idéal ou encore être ancrées dans une culture donnée (Hardy et Hardy, 1988; Stryker et Statham, 1985).

¹⁰ La cérémonie du sarrau est un moment cérémonial en début de formation médicale où les étudiantes et étudiants reçoivent de la part d'un médecin-clinicien un sarrau avec leur nom et un stéthoscope. Le port de ce vêtement et de cet outil représente symboliquement le médecin lors d'une consultation.

Considérant que les exigences de rôles sont très fréquemment liées aux normes sociales, il importe de les définir. Selon Renaud *et al.* (2007), les normes sociales sont des énoncés qui spécifient un comportement qui doit être adopté par les personnes dans une situation donnée en regard d'un comportement attendu. Pour Maisonneuve (2000), la norme est le niveau moyen de ce qui est convenable et qui paraît fonctionner conformément aux plans établis. Dans un collectif, les normes représentent les références communes qui ont pour but d'unifier et d'harmoniser les conduites et les attitudes, de fournir des repères, mais aussi de réduire les incertitudes, les différences et les conflits.

Selon Maisonneuve (2000), comme les normes sont basées sur des régularités et des régulations, leur connaissance permet d'anticiper comment les membres d'un groupe social se comporteront dans une situation donnée. Ainsi, plus les normes sont valorisées et perçues comme vitales par les membres d'un groupe, plus la tolérance à la déviance sera restreinte. La non-observance des règles ou des conduites prévues par ces normes entraîne généralement des sanctions diffuses ou explicites pour les membres du groupe. La personne qui s'écarte des normes, ou qui est étiquetée comme telle, sera considérée comme déviante (Maisonneuve, 2000). La norme sert alors de point de repère pour définir la conformité ou la déviance par rapport au comportement souhaité (Renaud *et al.*, 2007). De plus, selon Merton (1965/1997), dans un groupe de référence, les membres qui se trouvent en position de subordonnés ou qui ne sont pas encore intégrés au groupe ont davantage tendance à se conformer aux valeurs et à partager les sentiments du noyau le plus respecté du groupe. Ce comportement s'explique par un désir de conformité à la norme ou d'intégration au groupe de référence.

En fonction des rôles et des statuts, les personnes en rôle peuvent adhérer ou non à certaines normes (Reynaud, 1997). Lorsque l'adhésion aux normes s'effectue de façon intrinsèque, Maisonneuve (2000) parle d'une conformisation puisque la norme est tellement intégrée qu'elle est ressentie comme une exigence intime. D'un autre côté, une adhésion plus extrinsèque représente un formalisme pour lequel la personne cherche une sécurisation dans une tenue correcte de rôle. Par ailleurs, Codol (1979) indique que dans un groupe, tous les membres du groupe auront tendance à affirmer qu'ils sont plus conformes que les autres. Cette tendance est d'autant plus forte que le degré de normativité est élevé. Les personnes feront alors une introjection des normes ou une projection de leur propre identité.

2.2.5 Les multiples rôles

En tenant compte des statuts et des exigences de rôles, une personne exerce habituellement plus qu'un rôle. La littérature scientifique consultée (Greenhaus et Beutell, 1985; Greenhaus, Collins et Shaw, 2003; Grzywacz et Carlson, 2007; Hardy et Hardy, 1988; Lachance, 1998; Marks, 1977; Marks et MacDermid, 1996; Weitzman, 1994) montre que les multiples rôles peuvent être regroupés en deux principales catégories soient : les multiples rôles intra-statut et les multiples rôles inter-statuts.

Les multiples rôles intra-statut correspondent à plusieurs rôles regroupés dans un même statut, mais pour lesquels des exigences de rôles sont différentes. Dans ce cas, ces sous-rôles peuvent s'entrecroiser. À titre d'exemple, on pourra retrouver pour un médecin en exercice plusieurs rôles tels que : enseignant, administrateur, chercheur et clinicien. Quant à eux, les multiples rôles inter-statuts réfèrent à plusieurs statuts pour lesquels des rôles différents existent. L'un des exemples classiques est la jonction des sphères de vie personnelle et professionnelle qui correspond à plusieurs rôles que doivent exercer les personnes dans chacune de ces sphères (Greenhaus et Beutell, 1985; Greenhaus, Collins et Shaw, 2003; Grzywacz et Carlson, 2007; Lachance, 1998).

Comme ces différents rôles sont associés à des exigences différentes et parfois contradictoires, ces auteurs font état de l'articulation, de l'interférence ou de la conciliation entre les rôles des différentes sphères familiale et professionnelle. En plus de ces deux types de multiples rôles, Maisonneuve (2000) parle du concept de rôle mixte. Le rôle mixte est une opposition interne, vécue par une même personne, d'au moins deux rôles à forte charge significative et qui présentent des intérêts particuliers d'au moins À ce titre, l'exemple du médecin-patient est un exemple où la personne est contrainte à intégrer deux intérêts concurrents dans un contexte de charge significative. Toutefois, ces intérêts peuvent être scindés en deux rôles distincts.

Les multiples rôles, qui correspondent à plusieurs groupes sociaux, obligent aussi la personne à gérer son identité selon ces différentes appartenances. Pour y parvenir, Roccas et Brewers (2002) présentent quatre schèmes possibles que la personne adopte pour mieux définir son identité. Le premier schème consiste en une prise en considération de l'intersection entre les différentes identités. Par ce schème, la personne se définit selon un groupe unique qui intègre les différentes intersections qui sont indissociables pour la personne (ex. être une femme médecin). Le second modèle concerne l'intégration à un groupe dominant. Dans ce cas, la personne s'identifie à un groupe principal qui aura préséance sur l'appartenance à tous les autres groupes sociaux. Pour ce modèle, une femme médecin pourrait se définir davantage par son groupe professionnel (médecin), son genre (femme) ne décrivant qu'un sous-groupe de professionnel auquel elle adhère ou se définit. Le troisième type est le compartimentage des identités en fonction des contextes. En agissant de la sorte, la personne met de l'avant son appartenance à un groupe social plutôt qu'à un autre selon le contexte ou la situation spécifique. Roccas et Brewers (2002) abordent que ce schème est adopté en contexte professionnel lorsque certaines appartenances sont moins proéminentes (ex. ethnicité, religion, loisirs).

Le quatrième schème est celui de la fusion des identités. Dans ce cas, toutes les appartenances aux groupes sociaux sont intégrées en une seule identité.

En résumé, le statut est une position attribuée dans une structure sociale pour laquelle des attributs et des comportements sont spécifiés. Pour ce qui est du rôle, nous retenons qu'il s'agit des conduites normales pour un statut donné. Ces conduites sont liées à l'interprétation faite par les personnes en rôle et à l'identification qu'elle fera de ce rôle. Les rôles sont liés aux exigences de rôles provenant des normes sociales prévues dans un groupe donné. Les multiples rôles représentent tant les rôles qui sont liés à un ou à plusieurs statuts et qui peuvent s'accumuler, s'articuler ou être en opposition. Les multiples rôles peuvent aussi forger l'identité d'une personne. En fonction de l'appartenance à l'un ou l'autre des rôles, il est possible que la personne modifie son identité en conséquence.

Dans le cadre de cette thèse, les résidentes et résidents ont deux statuts qui réfèrent à ceux d'étudiant et de professionnel de la santé. Le statut d'étudiant comporte une série d'exigences qui sont liées aux connaissances et habiletés techniques que le résident doit maîtriser. Quant au statut de professionnel de la santé, la résidente ou le résident doit offrir des soins de santé selon les exigences de la profession et des normes et règles en vigueur. Considérant que ces statuts sont liés à plusieurs rôles, l'identification à ces rôles s'effectuera selon l'interprétation des statuts en rôle. En plus de ces statuts et rôles professionnels, les résidents exercent des rôles sociaux liés à leur sphère personnelle.

2.3 De l'interaction aux partenaires de rôle

Pour plusieurs auteurs (Goffman, 1963; Hughes, 1996; Lazega, 2014; Maisonneuve, 2000; Mead, 1934/2006; Merton, 1965/1997), le rôle s'inscrit dans un processus d'interaction sociale où chaque rôle est exercé en tenant compte des partenaires qui occupent un contre-rôle et qui sont situés dans un réseau de relations.

2.3.1 L'interaction, le lien et la relation sociale

L'interaction sociale est un processus dans lequel les interlocuteurs s'engagent. Ce processus tient compte de la structure, des règles et des normes sociales, des relations de pouvoir et des rapports de place dans un contexte précis (Birdwhistell in Winkin 2000; Dacheux, 2004; Maisonneuve, 2000; Scheflen, 2000). Comme l'ajoute Le Breton (2012, p.52), « l'interaction est simultanément structurée et imprévisible en ce qu'elle implique une relation entre deux ou plusieurs personnes dont nul ne connaît à l'avance les épisodes. » Ces interactions permettent ainsi une structuration des relations et une adaptation réciproque de conduites dans l'élaboration du processus social (Mead, 1934/2006).

Les interactions sont influencées par la forme et à la nature du lien social. Par son appartenance à plusieurs groupes, la personne établira des liens sociaux de différentes natures. À titre d'exemple, Paugman (2009) parle de liens de filiation (parent/enfant), de participation élective (amis, conjoint), de participation organique (collègues de travail) ou de citoyenneté (même communauté politique). La structuration des liens sociaux entre deux ou plusieurs personnes, dans un processus dynamique et qui modifie en permanence les personnes impliquées, est nommée relation sociale (Fischer, 2010; Marc et Picard, 2008).

Comme l'indiquent Saint-Charles et Mongeau (2005), les liens sociaux, qui représentent le contenu de la relation, peuvent être uniques et former une relation uniplexe (ex. parent-enfant) ou encore coexister, dans une même relation, pour former une relation multiplexe (ex. ami et collègue de travail).

Pour favoriser le développement d'une relation avec les autres, Reis *et al.* (2000) indiquent plusieurs caractéristiques aux liens sociaux. Ainsi, les liens sociaux doivent permettre à la personne de passer du temps de façon informelle, d'avoir l'occasion de discuter de sujets personnels, mais aussi de participer à des activités partagées, plaisantes et agréables avec les différents partenaires. Pour Maisonneuve (2000), ces moments démontrent l'importance de l'affection et de l'affinité dans les relations sociales. Dans la mesure où les partenaires ont une satisfaction affective réciproque, ils auront alors une affinité. Toutefois, cette affinité peut aussi se rencontrer sans affection, surtout lorsque la relation est basée sur des critères instrumentaux (ex. entraide) et pour lequel il n'y a pas d'attrait particulier pour la personne elle-même. Maisonneuve fait même état de l'affection sans sélection où une relation positive présente un caractère institutionnalisé considérant que le choix peut être réduit ou même absent, le meilleur exemple étant la parentalité.

À cela, Reis *et al.* (2000) ajoutent que les personnes doivent se sentir comprises et appréciées tout en évitant les situations conflictuelles qui peuvent créer une distance, des sentiments de désengagement avec les autres ou encore des sentiments d'insécurité ou de gêne qui ont un effet direct pour soi-même ou pour les autres. C'est ce que Paugman (2009) aborde sous le concept de la protection et de la reconnaissance qu'offrent les partenaires. La protection correspond aux ressources disponibles et au soutien que la personne peut mobiliser en fonction des aléas de la vie. Pour sa part, la reconnaissance est une stimulation de la personne quant à son existence et à sa valorisation par le regard des autres.

Finalement, selon Lazega (2014), la relation sociale permet l'échange de ressources¹¹ en plus d'être un engagement moral, symbolique et intentionnel vis-à-vis des partenaires. Ces relations d'échanges deviennent des structures relationnelles et peuvent représenter des opportunités ou des contraintes pour la suite des choses.

2.3.2 Les rapports de place et de pouvoir

Lorsqu'elles sont mises ensemble, les relations sociales forment un réseau social ou un réseau relationnel. Considérant le réseau social, le rôle met en évidence les rapports de place et de pouvoir qui sont inscrits tacitement dans les relations, surtout que les rencontres avec les différents partenaires entraînent des malentendus et des conflits tout en exigeant des ajustements mutuels (Maisonneuve, 2000).

Pour Marc et Picard (2008, p.34), la notion de place, qui se rapproche des concepts de statut et de rôle, correspond au « positionnement dans un réseau relationnel qui, à la fois, identifie le bénéficiaire et le situe dans une structure ». Ce concept permet de considérer les déterminations sociales, interactionnelles et subjectives. Selon Marc et Picard (2008), les déterminations sociales sont en lien avec des modèles statutaires provenant de la culture ou d'une institution (ex. homme/femme, parent/enfant); la détermination interactionnelle est la place qui se définit dans la relation par rapport à d'autres places (ex. un médecin et un patient) et la détermination subjective portent sur la représentation que la personne a d'elle-même (ex. l'estime de soi).

¹¹ Une ressource est la mobilisation ou l'affectation d'éléments de l'environnement qui sont disponibles à une personne pour développer une action. Une ressource peut être un objet, une condition (par exemple : bon mariage), une caractéristique individuelle (ex. estime de soi) ou une ressource énergétique (par exemple : argent). (inspiré de Chatigny, 2001 ; Kosciulek, 2007 ; Pearlin et Schooler, 1978)

Bien que certaines relations puissent être structurées selon des déterminations sociales, les relations interpersonnelles se structurent dans l'interaction et dans la place que chacun des interlocuteurs prend ou se voit assigner. Ainsi, le rapport de place est négocié constamment et peut résulter d'un accord tacite, d'une négociation implicite ou être l'objet d'un conflit (Lipiansky, 1992). Cette marge de négociation doit être présente entre les partenaires afin de trouver un compromis et ainsi reconnaître les positions respectives de chacun (Le Breton, 2012; Strauss, 1992).

Ainsi, les rapports avec les autres sont encadrés par des catégories dyadiques (ex. type de liens), mais aussi par des modèles de régulations qui permettent une congruence entre les partenaires et un style d'échange approprié (Maisonneuve, 2000). En tenant compte de la structure du réseau social de la personne, Granovetter (1983) définit la place selon la qualité des liens entre les personnes et par le rôle et l'histoire que chacun occupe par rapport aux autres.

L'aspect dynamique de la relation se qualifie par la complémentarité et la symétrie de la relation. La symétrie est définie comme étant une relation où des individus présentent les mêmes aspirations et les mêmes modèles de comportements. Dans le cas de la complémentarité, les aspirations et les modèles de comportements sont différents, interdépendants et coexistants (Bateson, 1977).

En plus de cette différenciation, Orgogozo (1988) ajoute une qualification aux catégories soit la valence positive ou négative des relations. La valence permettant de distinguer les rapports de place, mais aussi les rapports de pouvoir. Lorsqu'il est question des relations symétriques, Orgogozo (1988) parle d'une concurrence ou d'une rivalité qui conduit à se dépasser soi-même pour égaliser la relation (symétrie positive) ou d'une rivalité destructrice qui mène à l'élimination de l'autre par tous les moyens possibles (symétrie négative). Une symétrie positive correspond à un rapport d'égalité où les deux acteurs visent un objectif commun et qui se concrétise par une concurrence

loyale, une collaboration ou une émulation dans un équilibre dynamique. Une symétrie négative concerne, quant à elle, deux acteurs ayant un objectif différent. Ce type de relation repose ainsi sur la tricherie, la ruse ou même la violence, ce qui aura comme conséquence potentielle d'entraîner la fin ou la paralysie de cette relation.

Dans le cas d'une relation complémentaire positive, l'un des acteurs donne et l'autre reçoit sans qu'il y ait un rapport de domination de part ou d'autre. Comme il y a une interdépendance et une satisfaction mutuelle entre les acteurs, cette situation peut s'inverser ou même mener vers une relation symétrique. En présence d'une relation complémentaire négative, il existe un rapport d'inégalité basé sur une domination où l'un des acteurs donne et l'autre reçoit. Compte tenu de la dépendance entre les acteurs, cette situation ne pourra s'inverser ni même mener vers une symétrie.

Au-delà de ces deux catégories, Marc et Picard (2008) énoncent que le rapport hiérarchique doit être considéré en plus des deux autres rapports précédemment cités. La principale raison de cette distinction étant que le rapport hiérarchique implique une position haute, soit un statut plus élevé ou une position subjective de supériorité et une position basse, soit un statut plus bas ou une position subjective d'infériorité. Contrairement aux rapports complémentaires, les relations hiérarchiques sont induites par une histoire ou une personnalité des acteurs et elles peuvent provenir de normes qui définissent les règles de préséance dans les interactions entre les personnes.

Au-delà de rapports hiérarchiques, la relation entre deux ou plusieurs personnes peut être modelée par un rapport de pouvoir. Enriquez (1991, p.79) indique que « tout pouvoir s'inscrit dans une hiérarchie de rôles, de statuts, de comportements ». Ainsi, le pouvoir est la capacité, consciente ou non, d'une personne ou d'un groupe A de modifier les attitudes, les valeurs, les idées ou les comportements d'une personne ou d'un groupe B. Le pouvoir tient compte d'un échange d'actions, de comportements et de ressources entre ces personnes et de la capacité de l'un d'eux de structurer ces processus d'échanges (Friedberg, 1993; Landry, 2012).

Selon Landry (2010), le pouvoir est mis en application par la possibilité d'exercer ses facultés (*pouvoir de*) et la capacité d'imposer une volonté à l'autre (*pouvoir sur*). La possibilité d'exercer ses facultés ressemble à la capacité ou au pouvoir d'agir qui est un attribut associé aux capacités propres à la personne et qui peut se développer quand une action est nécessaire compte tenu d'une situation inattendue ou encore pour réussir à atteindre les buts à accomplir (Clot, 2008; 2015). Au contraire, la capacité d'imposer une volonté à l'autre correspond à la dynamique présente dans toute relation. À cet égard, cette capacité d'imposition d'un individu peut limiter la capacité d'agir de quelqu'un d'autre. Il peut même arriver des cas, où la capacité d'agir d'une personne limite la capacité d'imposer d'une autre personne sur elle. En outre, certaines caractéristiques structurelles ou personnelles peuvent modifier ces deux types de pouvoir.

Dans un contexte qui est très régulé ou qui est fortement contraint par des structures, l'accès aux ressources se trouve plus contrôlé. Dans ce cas, les différentes personnes verront leur possibilité d'exercer leurs facultés, leur capacité d'imposer ou de leur autonomie être réduites ou davantage déterminées par structures en place que par les choix individuels ou les dynamiques interactionnelles. La place d'une personne dans un réseau social agit aussi sur sa capacité de contrôler la circulation des ressources. L'accès à des informations, à des réseaux d'information ou à une place occupée dans

une structure hiérarchique favorise l'accès aux différents types de pouvoirs (Landry, 2012; Valiquette, 1997). Il faut aussi noter que certaines caractéristiques personnelles influencent le pouvoir de certaines personnes que ce soit l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la classe sociale, la profession ou le degré de richesses (Landry, 2012).

2.3.3 Les interactions pour construire l'identité

Bien que l'identité personnelle est une négociation de soi avec soi-même, elle est aussi construite socialement par une définition de soi provenant de l'extérieur de l'individu (Haissat, 2006). Cette construction sociale s'effectue dans le quotidien et se développe par l'expérience sociale, les relations, les interactions et le regard des innombrables partenaires qui accompagnent physiquement et moralement la personne (Kunnen et Bosma, 2006; Le Breton, 2012; Mead, 1934/2006; Mucchielli, 2013).

Comme l'expriment Crozier et Friedberg (1981, p.98), « les individus peuvent être façonnés par les normes de leurs rôles, elles-mêmes renforcées par les attentes de leurs partenaires et appuyées sur l'existence de valeurs intégratives ».

L'identification à des modèles et la considération de l'opinion d'autrui peuvent stimuler ou perturber la personne. Ces situations peuvent avoir un effet sur la construction de l'identité puisqu'elles font appel à la comparaison sociale, soit l'action de réduire son incertitude en se comparant aux autres (Festinger, 1954). Ce besoin d'intégration et de différenciation dans le développement identitaire peut s'effectuer tant par une intériorisation des modèles sociaux que par l'expression d'une singularité (Codol, 1984; Tap, 2005; Maisonneuve, 2000).

En plus de l'identité personnelle, l'identité sociale est liée à une appartenance à un groupe social. Cette identité provient d'un échange de significations et d'une adoption des points de vue des partenaires qui composent ce groupe social (Goffman, 1963; Lipiansky, 1992; Moscovici, 1972). L'identité sociale permet alors de combler certains besoins identitaires en lien avec l'appartenance au groupe. Selon Lipiansky (1992), ces besoins sont : d'exister aux yeux des autres (besoin d'existence), de se sentir reconnue comme membre du groupe (besoin d'intégration) et d'avoir une valeur au sein du groupe (besoin de valorisation). Ainsi, plus la visée commune d'un groupe répond aux besoins et désirs individuels des personnes, plus l'appartenance au groupe se fait de plus en plus intense (Landry, 2010).

Pour permettre une transition entre une identité ancienne et une nouvelle, les processus de socialisation sont nécessaires. Plusieurs définitions ont été proposées sur le concept de socialisation. Pour Hurley-Wilson (1988, p.75), la socialisation « doit être vue comme un processus interactionnel et réciproque dans lequel la personne socialisée et celle qui socialise s'influencent mutuellement¹² ». D'un autre côté, Dubar (2003) indique que la socialisation correspond à une intériorisation des valeurs, des normes et des dispositions qui font de l'individu un être socialement identifiable. Alors que la socialisation primaire est la première socialisation vécue par l'enfant grâce à laquelle il devient membre de la société, la socialisation secondaire est l'acquisition de connaissances ou de compétences spécifiques à un rôle.

¹² Traduction libre de « socialization has come to be viewed as an interactional and reciprocal process in which the person being socialized and socializer are mutually influenced ».

Dès le jeune âge, l'enfant effectue une prise en charge du rôle joué par les proches, habituellement la famille. Ce rôle correspond à l'ensemble des paroles et des gestes qui sont significatifs et qui permettent une multiplicité d'échanges avec des partenaires de rôles. Ces échanges favorisent non seulement l'expression de l'identité, mais aussi une prise de rôle. Cette socialisation primaire permet une construction ou une consolidation de l'identité sociale en plus d'une individualisation (Dubar, 2003; Maisonneuve, 2000).

En ce qui a trait à la socialisation secondaire ou professionnelle, il s'agit d'un processus d'apprentissage par lequel une personne se prépare à rencontrer les exigences et attentes établies par les partenaires de la société ou d'un groupe social. Par cette socialisation, la personne apprend à effectuer les comportements attendus par les partenaires dans une variété de situations. Les comportements et connaissances spécifiques au rôle se transmettent et s'acquièrent par un vocabulaire spécifique au rôle qui implique une utilisation de champs sémantiques, de conduites et de symboles rituels et matériels définis par l'institution à laquelle est rattachée la socialisation. Cette institution est nécessaire pour assurer la présence de partenaires perçus comme étant légitime (Berger et Luckman, 1966/2014).

Pour Berger et Luckmann (1966/2014), certaines conditions sont nécessaires lors d'une socialisation secondaire. Au départ, une prise de distance du rôle initial doit avoir lieu par la mise en place, dans le milieu, de différentes techniques pour favoriser une forte identification au futur rôle visé et un fort engagement des personnes dans le processus. S'en suit un processus d'initiation composé d'actions continues de maintien, de modification et de restructuration de la réalité en utilisant des contre-définitions qui ne font qu'augmenter le processus de structuration.

2.3.4 La construction identitaire dans le monde médical

Plusieurs auteurs (Beaulieu *et al.*, 2008; Cruess *et al.*, 2015; Goldie, 2012; Pratt *et al.*, 2006) qui ont étudié la construction identitaire dans la profession médicale s'accordent pour parler du modelage de rôle¹³ comme l'un des mécanismes de socialisation dans la pratique médicale et qui forme l'identité professionnelle. Ce modelage s'effectue, selon Cruess *et al.* (2015), par des observations et une imitation des actions ainsi que par une pratique accompagnée de réflexions guidées. Plusieurs auteurs réfèrent à Hughes (1956) pour dire que le médecin en formation vise l'apprentissage de notions et d'habiletés techniques ainsi que des relations sociales à développer. Le modelage de rôle oriente l'idéologie professionnelle et la façon de pratiquer la médecine telle que le choix de la spécialité, le type ou le lieu de pratique.

Même si les modèles de rôle sont choisis selon les tâches à exécuter et leur proximité relationnelle, Riese *et al.* (2017) constatent que le genre est prioritaire dans le choix d'un modèle de rôle pour les résidents. Des auteurs remarquent une certaine forme de stéréotypage de genre puisque les modèles de rôle masculins sont choisis pour leurs connaissances, leur pouvoir professionnel et leur autorité tandis que les modèles de rôle féminins sont choisis pour leur humanité, leur tolérance, leur intégrité, leur respect, leur soutien aux étudiants et leur capacité à trouver un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle (Brownell et Côté, 2001 ; Ficklin *et al.*, 1988 ; Firth-Cozens, 2003 ; Goldie, 2012 ; Lempp et Seale, 2004 ; Skeff et Mutha, 1998 ; Weber, 1983 ; Wilson *et al.*, 2013 ; Wright, 1996 ; Wright *et al.*, 1998). Selon ces différences de genre, Pitkala et Mantyranta (2003) expriment même qu'il est plus facile pour les hommes de s'ajuster dans le processus de socialisation puisqu'ils bénéficient d'un soutien des infirmières qui les confirment dans le rôle de médecin., contrairement aux femmes.

¹³ Notre traduction pour « role modelling »

Les modèles de rôle ne sont pas uniquement des médecins séniors, mais correspondent aussi à l'ensemble de la communauté, ce qui inclut les étudiants, les résidents, les infirmières et les autres membres de l'équipe soignante (Wilson *et al.*, 2013). Pour certains (Goldie, 2012; Hughes, 1956; Pratt *et al.*, 2006), ces modèles agissent comme mentors en validant des comportements attendus chez l'apprenant, par des rétroactions sur les actes réalisés. Ces modèles de rôle contribuent à l'apprentissage de l'art et de la science de la médecine tels que le professionnalisme et les rôles professionnels. Un bon modèle de rôle exprimant les moyens alternatifs pour la prise de décision et pour le leadership dans le soin du patient (Brownell et Côté, 2001 ; Ficklin *et al.*, 1988 ; Firth-Cozens et Moss, 1998 ; Goldie, 2012 ; Skeff et Mutha, 1998 ; Wilson *et al.*, 2013 ; Wright, 1996 ; Wright *et al.*, 1998).

Tous ces apprentissages venant des modèle de rôle peuvent être regroupés sous le concept de curriculum caché. Lempp et Seale (2004) définissent le curriculum caché comme «un ensemble d'influences qui agissent sur la structure et la culture organisationnelles et qui incluent les règles implicites qui permettent de survivre à l'institution que ce soit les coutumes, les rituels ou des éléments pris pour acquis¹⁴ ». Pour ces auteurs et pour Hafferty (1998), le curriculum caché est représenté par la connaissance des conduites de soins, le processus d'évaluation, l'allocation des ressources, le jargon institutionnel, les encouragements reçus par les superviseurs, l'importance de la hiérarchie médicale et l'aspect compétitif entre médecins en formation.

¹⁴ Notre traduction de : « the set of influences that function at the level of organizational structures and culture including, for example, implicit rules to survive the institution such as customs, rituals, and taken for granted aspects. »

Pour ces mêmes auteurs (Brownell et Côté, 2001 ; Ficklin *et al.*, 1988 ; Firth-Cozens et Moss, 1998 ; Goldie, 2012 ; Skeff et Mutha, 1998 ; Wilson *et al.*, 2013 ; Wright, 1996 ; Wright *et al.*, 1998), un bon modèle de rôle est un bon pédagogue qui prend le temps de construire des relations sincères avec l'équipe médicale tant les médecins que les autres professionnels de la santé. Cette modèle de rôle possède ainsi des capacités cliniques appréciables dans le diagnostic et un intérêt marqué pour les aspects psychosociaux tout en maintenant des interactions positives avec les patients et les familles. De plus, il possède des qualités personnelles, dont la compassion, un sens de l'humour, une bonne intégrité, de l'enthousiasme au travail et un désir d'apprendre en continu sans être absorbé par ses propres responsabilités.

2.3.5 Les partenaires et les attentes de rôles

Considérant les multiples rôles, une personne en rôle¹⁵ se trouvera en interaction avec une ou plusieurs personnes interactantes, que nous nommons partenaire de rôle. Ces partenaires de rôle occupent un contre-rôle, soit une position interdépendante complémentaire ou symétrique.

Par le contre-rôle, la personne en rôle est en mesure d'adopter et d'ajuster sa propre attitude et ses comportements et de contribuer au développement de son identité (Conway, 1988; Galibert, 2009; Hardy et Conway, 1988; Lipiansky, 1992; Mead, 1934/2006).

¹⁵ Est considéré personne en rôle, le sujet sur qui l'observateur porte son attention. Dans notre cas, un résident ou une résidente est une personne de rôle.

Alors que le rôle est composé d'exigences de rôle, l'interprétation des attitudes, des comportements ou des processus de cognition attendus selon les interactions, les relations ainsi que les rapports de place et de pouvoir se nomment attentes de rôles. Ces attentes dépendent aussi de l'anticipation de conduites en fonction de la position de chacun dans une situation donnée (Hardy et Hardy, 1988; Maisonneuve, 2000).

Bien que certaines attentes soient institutionnalisées par les normes en vigueur, et consignée dans des documents, Rimal et Real (2003) et Holder (1998) indiquent que les normes sont principalement véhiculées par les communications interpersonnelles. À l'égard des normes établies, ces interactions peuvent mener à une conformité aux normes par une coopération ou par une contrainte que certains partenaires de rôle peuvent imposer (Stryker et Statham, 1985).

En résumé, les partenaires de rôle sont des personnes en interaction et en relation avec la personne en rôle. Ces partenaires, présents dans un réseau de relations, dépendent des rapports de place et de pouvoir entre les différentes personnes. Comme ils forment le groupe de référence ou le groupe social dans lequel s'inscrit la personne en rôle, les partenaires de rôle influencent les attentes de rôles. Les attentes de rôles sont ainsi des attitudes, comportements ou processus cognitifs qui régulent ou qui sont attendus dans un rôle donné. Les attentes de rôles proviennent de normes institutionnalisées ou encore de normes partagées et adoptées par les membres d'un groupe social donné.

Plus spécifiquement dans ce projet, les relations avec chacun des partenaires de rôles et les rapports hiérarchiques sont présents dans le lien qui unit le résident et le superviseur, mais aussi entre le résident et les autres partenaires de rôle qu'ils cotoient. Les relations avec les autres professionnels de la santé et les patients peuvent s'inscrire dans un rapport de symétrie ou de complémentarité dépendamment du type d'interaction qui prévaut.

2.4 Du conflit, de l'ambigüité et de l'incongrüité de rôle

Selon Stryker et Statham (1985), en situation de multiple rôle, la personne exercera un rôle en fonction de l'ordre d'anticipation des conséquences sur les autres rôles et sur les actions à porter tout en offrant une modulation des exigences et des attentes prévues. Cette situation est applicable aussi pour des personnes qui se trouvent en situation de multiples statuts. Dans cette situation l'alternance ou le cumul peut être une source de conflit intrapersonnel ou interpersonnel.

Lorsque plusieurs exigences, attentes, conduites ou rôles sont incompatibles ou contradictoires la personne se trouve alors en conflits, ambigüité ou incongrüité de rôles. Ces différentes situations peuvent être issues des rôles eux-mêmes, mais aussi des partenaires de rôle et des interactions avec ces derniers (Merton, 1965/1997; Maisonneuve, 2000; Örtqvist et Wincent, 2006; Schmidt *et al.*, 2014; Schulz, 2013).

2.4.1 Les conflits de rôle

Le conflit de rôle est défini en fonction du niveau de compatibilité ou d'incompatibilité entre les exigences et les attentes prévues pour un rôle et le rôle exercé par une personne. Il dépend aussi de la rigueur avec laquelle les exigences et les attentes sont définies dans la situation (Hardy et Hardy, 1988; Örtqvist et Wincent, 2006; Pomaki, Supeli et Verhoeven, 2007; Rizzo, House et Lirtzman, 1970; Schulz, 2013). La littérature

scientifique fait état de plusieurs types de conflits de rôle qui sont regroupés en deux grandes catégories : le conflit intrarôle et le conflit interrôle.

Le conflit intrarôle est présent lorsque la personne a de la difficulté à répondre aux exigences liées à un rôle (Hardy et Conway, 1988; Lachance, 1998; Rizzo, House et Lirtzman, 1970). Ce type de conflit peut se présenter sous la forme d'une surcharge de rôle, soit la difficulté pour la personne à répondre à toutes les attentes prévues dans le rôle ou encore de devoir répondre à trop d'attentes en fonction de périodes de temps trop limitées (Kahn, 1964; Örtqvist et Wincent, 2006; Truchot, 2015). Bien que ce concept soit similaire à celui de surcharge de travail, il en diffère par le fait qu'il n'est pas uniquement lié aux tâches, mais bien aux exigences du ou des rôles.

Il est aussi possible d'identifier le conflit intrarôle sous forme d'une sous-charge de rôle soit des exigences de rôle minimales entraînant une sous-utilisation des connaissances ou des habiletés de la personne. Des tâches monotones et répétitives qui engendrent de l'ennui et de l'apathie ou un excédent de motivation, d'aptitudes et de connaissances pour répondre aux exigences du rôle sont caractéristiques de ce type de conflit (Hardy et Conway, 1988).

Lorsqu'il est question de demandes légitimes venant de partenaires de rôles, il s'agit alors de conflits intra-émetteur ou inter-émetteur (Hardy et Conway, 1988). Selon Maisonneuve (2000), ce type de conflits, au niveau interactionnel, peut provenir d'une discordance des attentes ou des conduites de rôles entre deux ou plusieurs personnes.

Le conflit intra-émetteur¹⁶ se rapporte à plusieurs attentes difficilement compatibles provenant d'un même partenaire de rôle. Le conflit inter-émetteur¹⁷ se réfère à des attentes de plusieurs partenaires de rôle (Kahn, 1964; Katz et Kahn, 1966; 1978; Royal, 2009; Truchot, 2015). Compte tenu des rapports de place et des rapports de pouvoir, les attentes ou les demandes des partenaires seront priorisées par la personne en rôle. En agissant de la sorte, les efforts déployés pour y répondre ou la légitimité qui sera donnée à la demande varieront en fonction du rapport de place qui existe entre la personne et le partenaire. Il peut aussi y avoir une variabilité des efforts et de la légitimité selon le pouvoir des partenaires de rôle ou encore du désir de ressembler au partenaire ou de se conformer aux normes.

Dans la mesure où une personne doit exercer simultanément deux rôles contradictoires ou plus, Getzels et Guba (1954) et Hardy et Hardy (1988) parlent de conflit interrôle, soit l'incompatibilité de joindre les exigences entre les différents rôles. Ce type de conflit de rôle se constate surtout lorsque plusieurs rôles sont associés à un même statut.

2.4.2 L'ambiguïté de rôle

Dans le cas où la personne dénote un manque de clarté dans les attentes formulées à son sujet ou encore qu'elle vit une incertitude par rapport à ce qui est attendu, elle se trouvera en ambiguïté de rôle (Hardy et Hardy, 1988; Schulz, 2013; Zhou *et al.*, 2016). Cette ambiguïté peut aussi être vécue lors du passage d'un rôle ou d'un statut à un autre, surtout si la personne vit un désaccord avec les attentes associées à ce rôle ou à ce statut. Pour Hardy et Hardy (1988), une rétroaction insuffisante ou inexistante venant des partenaires de rôle, la recherche continue de connaissances adéquates, l'incertitude à l'égard de la performance de rôle attendue ou encore des attentes qui ne correspondent

¹⁶ Traduction de « intra-sender conflict »

¹⁷ Traduction de « inter-sender conflict »

pas au rôle sont des éléments qui peuvent expliquer cette situation. L'ambiguïté de rôle peut aussi être caractérisée par une indisponibilité d'informations ou de ressources pour que la personne puisse exercer adéquatement son rôle et répondre aux attentes prévues (Kahn, 1964; Rizzo, House et Lirtzman, 1970; Schulz, 2013). Pour Zhou *et al.* (2016), l'ambiguïté de rôle peut aussi affecter la capacité des personnes de conserver leurs ressources, surtout si ces ressources sont limitées ou que le temps ne permet pas de faire du sens pour eux.

Pour certains auteurs (Kahn, 1964; Truchot, 2015), il importe de distinguer l'ambiguïté provenant d'un manque d'informations concernant les tâches de celle qui se manifeste en fonction des attentes des partenaires de rôle et des conséquences que cela peut avoir sur l'atteinte des objectifs ou des buts. Le degré de cohérence entre les attentes de rôles, le consensus entre les partenaires de rôle et les choix individuels permettent aux personnes en rôle de prioriser leurs responsabilités professionnelles et d'utiliser les ressources disponibles (Levinson, 1959; Zhou *et al.*, 2016). De plus, l'ambiguïté de rôle peut dépendre de facteurs organisationnels tels que la grosseur et la complexité de l'organisation, mais aussi d'une croissance organisationnelle rapide, de réorganisations et des changements technologiques fréquents, de changements dans la structure sociale, de l'imposition de nouvelles demandes ou d'une philosophie managériale qui encourage la restriction des flux d'informations à travers l'organisation (Rizzo, House et Lirtzman, 1970). En contrepartie, Schulz (2013) indique que l'ambiguïté peut faciliter l'adaptation lors de changement et peut même contribuer à la flexibilité administrative. De plus, pour ce même auteur, un climat hiérarchisé permet de clarifier les rôles par des tâches ou des responsabilités qui sont répétitives et prévisibles.

2.4.3 L'incongruité de rôle

Pour Hardy et Hardy (1988), il est question d'incongruité de rôle lorsque l'identité ou les valeurs de la personne ne sont pas congruentes avec le rôle exercé ou avec les attentes de rôles émises par les partenaires de rôle. Pour ces auteurs et pour Erikson (1972), l'incongruité apparaît surtout lors d'un changement de rôle ou de statut ou encore durant un processus de socialisation qui est caractérisé par un choc identitaire. De son côté Maisonneuve (2000) parle de conflit intrapersonnel soit que la personne se trouve à l'intersection entre deux groupes professionnels ou qu'elle n'adhère pas affectivement ou idéologiquement à son rôle. Cette situation peut aussi se constater en présence d'exigences incompatibles dans un rôle mixte.

Les sources d'incongruité de rôle peuvent être multiples et elles sont peu documentées. Ce qui ressort surtout comme source est le manque de coordination ou la contradiction entre les attentes des partenaires de rôle et l'identité personnelle ou avec les valeurs personnelles (Hardy et Hardy, 1988; Kahn, 1964). Pour certains auteurs plus récents (Genest, 2012; Maslach *et al.*, 2001), l'incongruité de rôle peut s'expliquer par un dilemme entre les valeurs de la personne et les valeurs promues par l'organisation, mais aussi par des contraintes organisationnelles qui entraînent un choc avec les valeurs de la personne. Ce choc de valeurs peut aussi naître d'un dilemme entre les valeurs liées à un devoir ou à une aspiration professionnelle. Dans tous les cas, cela relève du conflit éthique qui peut mener à une souffrance éthique. En somme, pour Stryker et Statham (1985), la congruence de rôle est fondamentale pour la continuité et l'organisation des comportements de la personne dans une multitude de situations interpersonnelles.

En bref, les conflits, l'ambiguïté et l'incongruité de rôle répertoriés correspondent à une incompatibilité des attentes relatives à un rôle ou à plusieurs rôles qui s'entrechoquent. Ces situations peuvent aussi être une incompatibilité d'attentes provenant d'un même partenaire de rôles ou de plusieurs partenaires de rôles qui

expriment des attentes contradictoires ou incompatibles. L'ambiguïté de rôle réfère au manque de clarté dans les attentes, qu'elles soient explicites ou non. Le manque d'informations pour répondre aux attentes relève aussi de l'ambiguïté de rôle. Finalement, l'incongruité de rôle est une incompatibilité entre l'identité ou les valeurs personnelles et les attentes prévues pour un rôle donné. Ces attentes peuvent aussi provenir de contraintes ou de restrictions organisationnelles.

2.4.4 Les conflits, l'ambiguïté et l'incongruité de rôle dans la profession médicale

Au sein de la profession médicale, Zawacki (1963) fait état des conflits de rôle qui résultent de la double hiérarchie dans les hôpitaux, soit la hiérarchie médicale et la hiérarchie administrative. Cette double situation d'autorité affecte la réponse des médecins par une hostilité ou une résistance passive aux règles formelles définies par les instances. Rizzo, House et Lirtzman (1970) ajoutent même que des lignes multiples d'autorité ne sont pas étrangères aux conflits de rôle. Pour Pomaki, Supeli et Verhoeven (2007), les conflits de rôles sont particulièrement présents dans le domaine médical compte tenu des rôles administratifs, d'enseignement, de recherche et cliniques.

Bien que surprenant, Lin et Kolko (2017) montrent que les médecins qui vivent plus de conflits de rôle rapportent une meilleure efficacité clinique alors que ceux qui présentent un faible conflit de rôle admettent un faible besoin de changer leur façon d'évaluer leurs patients. Les conflits de rôle permettent alors des remises en question sur les façons de faire ou encore un devoir d'explicitier les actions réalisées.

Pour ce qui est de l'ambiguïté de rôle, Bloy (2008) parle de la recherche constante de connaissances et de l'incertitude médicale qui est basée sur une maîtrise incomplète du savoir disponible, une limite des connaissances médicales disponibles ou une difficulté à concilier les deux types d'incertitude. En ce qui a trait à l'incongruité chez les

professionnels de la santé, Hacpille (1996) parle des conflits éthiques qui sont liés à l'incertitude entre ce qui est permis, toléré ou interdit dans une situation donnée. Le manque de temps est un autre facteur qui peut entraîner un manque de congruence entre les valeurs de la personne et les attentes prévues.

Pour les médecins, Chen, Feudtner et Rhodes (2001) abordent les influences internes et externes qui sont de nature personnelle et professionnelle. Les influences internes, comparables à l'incongruité de rôle, sont liées à l'identité et aux responsabilités avec les rôles familiaux et professionnels tandis que les influences externes, comparables aux conflits de rôle, sont les attentes de la part des membres de la famille des médecins, des autres médecins et du système de la santé. Finalement, la spécificité des études médicales peut entraîner des conflits de rôle, de l'ambiguïté ou de l'incongruité puisque ce n'est pas nécessairement le statut d'étudiant qui prime, mais bien le rôle productif de jeunes professionnels qui est dicté par le milieu hospitalier (Baszanger, 1981).

2.4.5 Les liens entre les conflits, la santé et la qualité de vie

Plusieurs recherches abordent les liens entre les rôles, la santé ou la qualité de vie (Greenhaus et Beutell, 1985; Greenhaus, Collins et Shaw, 2003; Hardy et Hardy, 1988; Lee et Ashforth, 1996; Marks et MacDermid, 1996; Pomaki, Supeli et Verhoeven, 2007; Truchot, 2015; Zhou *et al.*, 2016). Les différents problèmes sur la santé et la qualité de vie qui peuvent découler de conflits, d'ambiguïtés ou d'incongruités de rôle sont : l'augmentation de la pression sanguine et des pulsations cardiaques, l'anxiété, l'irritabilité, les sentiments négatifs et les épisodes dépressifs. Dans les cas plus spécifiques de symptômes dépressifs ou d'épuisement émotionnel ou professionnel, un niveau élevé de conflit et d'ambiguïté de rôle peuvent engendrer ce genre d'épisode (Hardy et Hardy, 1988; Lee et Ashforth, 1996; Örtqvist et Wincent, 2006; Truchot, 2015). De plus, Örtqvist et Wincent (2006) indiquent que la surcharge de rôle peut drainer l'énergie émotionnelle lorsque les personnes doivent répondre à plusieurs attentes de rôle en présence d'un temps ou de ressources limitées.

Pour compenser ces effets, Pomaki, Supeli et Verhoeven (2007) indiquent que l'adoption de saines habitudes de vie est un médiateur entre les conflits de rôle et les symptômes dépressifs ou encore l'épuisement émotionnel.

De façon plus spécifique, les conflits et les ambiguïtés de rôle peuvent aussi être liés à une perte d'efficacité et d'efficacités et à une chute de la productivité au travail (Greenhaus et Beutell, 1985; Hardy et Hardy, 1988; Örtqvist et Wincent, 2006; Walker, Churchill et Ford, 1975; Zhou *et al.*, 2016). Cette diminution de productivité peut s'expliquer par une diminution des ressources cognitives et émotionnelles (Zhou *et al.*, 2006). Bray et Brawley (2002) indiquent même que plus une personne perçoit son rôle de façon claire, plus sa performance au travail sera élevée.

L'insatisfaction au travail est aussi documentée par certains auteurs (Hardy et Hardy, 1988; Walker, Churchill et Ford, 1975; Schulz, 2013). En plus d'être confrontés à des demandes conflictuelles ou ambiguës ou encore de vivre une surcharge de rôle, une évaluation du contexte professionnel en raison de ces situations peut mener à une insatisfaction au travail. Cette insatisfaction peut aussi être alimentée par des dynamiques relationnelles tendues avec les supérieurs ou les autres partenaires de rôles. Ces tensions sont marquées par une perte de confiance, de respect et de pouvoir et par une diminution de la fréquence et la qualité des échanges, mais aussi par un stress qui reflète un inconfort psychologique (Kahn, 1964; Örtqvist et Wincent, 2006; Richardsen et Burke, 1991; Rizzo, House et Lirtzman, 1970).

2.5 La santé et la qualité de vie

Compte tenu des liens entre les conflits, l'ambiguïté et l'incongruité de rôle et la santé et la qualité de vie, il importe de définir ces termes afin de convenir du sens qu'ils auront dans le cadre de la présente thèse. Bien que la plupart des recherches actuelles

portant sur la santé des médecins se concentrent surtout sur les aspects de santé psychologique et de bien-être, nous croyons qu'il faut utiliser des définitions plus holistiques pour mieux intégrer la santé et la qualité de vie.

Comme l'indique La Rosa (1998), le bien-être est une condition d'équilibre fonctionnel par le maintien d'un sentiment de confort physique et psychologique. Pour Ryan et Deci (2001) ainsi que Ryan et Huta (2009), les définitions de bien-être peuvent se regrouper en deux catégories. D'un côté, certaines définitions se focalisent sur le bien-être subjectif. Cette définition est fréquemment utilisée comme un synonyme de bonheur et représente principalement des affects positifs et une grande satisfaction à l'égard de la vie. D'un autre côté, ces mêmes auteurs abordent le bien-être d'un point de vue plus objectif, soit que le bien-être est psychologique et qu'il réfère à la fonctionnalité d'une personne. Cette définition, davantage mesurable, tient compte des capacités fonctionnelles de la personne telles que son autonomie et ses compétences relationnelles. Ces capacités peuvent être associées au bonheur, mais pas exclusivement. Considérant que le bien-être peut être interprété selon deux visions fortement contradictoires, nous préférons utiliser deux concepts plus facilement différenciables que sont la santé fonctionnelle et la qualité de vie. .

Comme nous nous intéressons aux rôles et qu'ils sont notamment définis par des comportements en lien avec des attentes, la dimension fonctionnelle de la santé nous semble importante à prendre en considération. Par son caractère qui englobe l'état physique et mentale, nous retenons la définition de la santé fonctionnelle proposée par Dubos (1973, p.29) soit:

« un état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé ».

Dans un souci de représenter le caractère holistique de la santé et de la qualité de vie, nous considérons la définition de la qualité de vie définie par l'OMS (1993) pour l'ajoinde à celle de santé fonctionnelle. Comme cette définition est englobante et qu'elle fait état des aspects perceptif et relationnel et de l'intégration de l'environnement, elle nous semble la plus approprié dans le cadre de cette recherche.

« la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. » (OMS, 1993)

Pour faciliter l'opérationnalisation du concept de qualité de vie, Leplège (1999) présente le caractère multidimensionnel de ce concept en faisant état de cinq dimensions mesurables à tenir en compte dans la mesure de la qualité de vie d'une personne soient : 1) son état physique; 2) ses sensations somatiques; 3) son état psychologique; 4) ses relations sociales et 5) son rapport à l'environnement. Ainsi, Leplège (1999) s'assure de proposer une définition assortie d'indicateurs qui en facilitent l'objectivation.

Étant donné que cette recherche s'intéresse aux stauts et aux rôles dans la sphère professionnelle, il convient de préciser le concept de qualité de vie tel qu'adapté au travail. Pour Seashore (1975) et Martel (2005), la qualité de vie au travail doit signifier davantage que la simple satisfaction au travail. En tant que construit social, la qualité de vie au travail doit aussi s'intéresser aux aspects qui entourent le travail, dont les éléments organisationnels, individuels et sociaux (Dupuis *et al.*, 2009). En outre, la qualité de vie au travail a une influence sur les autres domaines de la vie et permet de

faire le lien avec la qualité de vie générale. Selon le Conseil canadien d'Agrément des Services de Santé (2005) cité dans Dupuis *et al.* (2009), les indicateurs qui permettent de qualifier la qualité de vie au travail sont : les caractéristiques de rôles; la prise de décision; l'environnement d'apprentissage; les déterminants de la santé physique et psychologique; la justice et l'équité; les relations et l'environnement social; la reconnaissance et le soutien; le leadership partagé ainsi que la culture et l'alignement des valeurs.

Pour faciliter une utilisation opérationnelle de ces concepts, la définition de santé fonctionnelle permet d'aborder la santé dans la réalisation des tâches quotidiennes. À cela, nous ajoutons qui rassemble l'état de santé physique et psychologique ainsi que les relations autant dans la sphère professionnelle que personnelle. Elle permet ainsi de tenir compte des rôles, attentes, normes et croyances des personnes et des groupes concernés.

2.6 Des stratégies de régulation

Lorsqu'elle est confrontée à une situation où sa santé ou sa qualité de vie peuvent être menacées, la personne réagit afin de s'adapter ou de s'ajuster à la situation. (Eckenrode, 1991; Folkman et Moskowitz, 2004; Reis *et al.*, 2000; Rioux, 2013; Rioux et Aourousseau, 2011; Skinner *et al.*, 2003). Alors que plusieurs auteurs utilisent le concept de « coping » de Lazarus et Folkman (1984), nous préférons utiliser le concept de stratégie de régulation. Le choix de ce concept relève surtout de la distinction entre la manière dont les individus s'adaptent à un stresser (*coping*) et les stratégies de régulation qui s'organisent en continu pour un individu tant en présence d'un stresser que d'un inconfort.

La régulation combine les actions de transformation et d'ajustement en continu des éléments d'un système (St-Vincent *et al.*, 2011). Lors de la régulation, l'acteur participe à la fois de façon individuelle et collective. Il produit ou contribue à produire les règles ou les normes, leur confère une signification et s'y conforme (Reynaud, 1997). Cette régulation regroupe alors des comportements, des émotions ou des pensées qui permettent à la personne de maîtriser ou de diminuer l'impact sur sa qualité de vie (Paulhan, 1992; Rioux, 2013).

Comme cette régulation tient compte des ressources nécessaires, elle peut alors prendre un aspect stratégique. À l'instar du concept de stratégie de Crozier et Friedberg (1981) qui est une opportunité saisie par une personne pour mettre en œuvre une action alors qu'elle considère qu'elle a les ressources nécessaires pour assumer les risques, une stratégie de régulation correspond à la mise en œuvre d'une réaction adéquate qui tient compte de la situation, de ses interactions, de la disponibilité des ressources et de sa personnalité. Toutes ces stratégies sont alors flexibles et adaptatives et concernent la personne elle-même, un partenaire de rôle en particulier ou un ensemble de partenaires de rôle (Holahan et Spearly, 1980; Skinner *et al.*, 2003).

Plusieurs éléments influencent le choix des stratégies de régulation par les personnes, que ce soit le contexte, les variables sociodémographiques, la perception de contrôle ou l'intégration à un réseau social (Carver *et al.*, 1989; Hobfoll *et al.*, 1994; Hobfoll, 2001; House, 1981; Nuissier, 1994; Reis *et al.*, 2000; Suls et Fletcher, 1985). Du point de vue des éléments contextuels, quelques auteurs (Berg *et al.*, 1998; Folkman et Moskowitz, 2004; Kościulek, 2007; Pearlin et Schooler, 1978) indiquent l'importance de considérer la situation dans laquelle se trouve la personne (situation financière, conjugale ou professionnelle), la disponibilité des ressources, la sévérité de la menace, la durée d'exposition, l'anticipation d'événements futurs ou le souvenir d'expériences passées.

La prise en compte de la situation fait appel à l'environnement dans lequel l'individu vit un inconfort et aussi de celui où il cherchera des ressources pour l'adoption de stratégies de régulation. Les ressources correspondent aux objets, aux conditions (par exemple : bon mariage), aux caractéristiques individuelles (ex. estime de soi) ou aux ressources énergétiques (par exemple : argent) qui sont disponibles à une personne et dont elle tente de maximiser le gain et de minimiser la perte pour développer son répertoire de stratégies de régulation (Pearlin et Schooler, 1978; Kosciulek, 2007). En plus de ces stratégies, l'appel à l'environnement social n'est pas à négliger. Ces ressources sociales ayant été documenté au travers les années (Berg *et al.*, 1998; Gottlieb et Bergen, 2010; Gottlieb et Wagner, 1991; Hobfoll *et al.*, 1994; Hobfoll, 2001; Lin et Westcott, 1991 ; Pearlin et Schooler, 1978; Thoits, 1991; Zhou *et al.*, 2016).

Dans la mesure où une personne se croit apte à influencer la menace ou à atténuer l'impact sur sa santé ou sa qualité de vie, elle optera pour une stratégie lui permettant de régler le plus efficacement possible la situation sans que cela n'occasionne de séquelles. Ainsi, dans le cas d'une situation qui semble contrôlable, la personne choisira une stratégie active. À l'inverse, dans une situation qui lui paraît incontrôlable, elle optera pour une stratégie passive (Carver *et al.*, 1989; Nuissier, 1994).

En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, le genre, l'expérience de vie, le niveau de scolarité, le revenu et l'état de santé sont tous des éléments qui agissent sur la capacité des personnes de choisir l'une ou l'autre des stratégies de régulation disponible (Berg *et al.*, 1998; Campbell, 1983; Chronister et Chan, 2007; Hobfoll *et al.*, 1994; Kosciulek, 2007; Lin et Westcott, 1991; Moos, 1979; Pearlin et Schooler, 1978; Rook, Dooley et Catalano, 1991; Thoits, 1991). Plusieurs recherches, précédemment citées, s'entendent pour dire que les hommes préfèrent des stratégies de résolution de problème alors que les femmes font davantage appel à des stratégies qui sont liées à l'émotion ou à l'évitement.

Pour gérer la menace, les hommes focalisent leurs actions sur le rôle qui procure le plus de satisfaction (Stryker et Statham, 1985) ou sur du soutien instrumental (Gore et Colten, 1991; Hobfoll *et al.*, 1994; Wellman et Wortley, 1990). Lorsque les hommes choisissent des stratégies liées à l'émotion, ils s'assureront de ne pas nuire à leur identité personnelle ou encore tenteront de ne pas perdre la « face » en s'assurant de requérir au soutien émotionnel en présence d'une femme avec qui ils interagissent fréquemment, par exemple leur conjointe (Barbato et Perse, 1992; Chronister et Chan, 2007; Fischer, 1993; Hobfoll *et al.*, 1994; Moskowitz, 1993; Thoits, 1991; Vogel *et al.*, 2003).

Comme les femmes présentent un plus grand nombre de liens sociaux, une facilité à développer des relations intimes ou de proximité et une plus grande implication dans le soutien social, cela leur permet de recevoir un meilleur soutien émotionnel (Gore et Colten, 1991; Hobfoll *et al.*, 1994; Wellman et Wortley, 1990). Dans la mesure où elles optent pour des stratégies de résolution de problèmes, les femmes focaliseront leurs actions sur le rôle qui se trouve au sommet de leurs valeurs et qui leur procure le plus de satisfaction. En fonction de tous ces auteurs, il est possible de remarquer que les femmes présentent une plus grande variété de stratégies de régulation que les hommes.

Parmi les autres caractéristiques sociodémographiques qui influencent la mise en œuvre de stratégie de régulation, Pearlin et Schooler (1978) montrent que plus une personne est expérimentée devant une menace, plus elle fera appel à une variété de stratégies de régulation. Bien que l'âge soit corrélé avec l'expérience de vie, dans le cadre du choix des stratégies de régulation, l'âge représente une variable unique qui doit être considérée par elle-même. Du point de vue du niveau de scolarité et du revenu, Chronister et Chan (2007) remarquent que plus ces deux variables sont élevées plus les stratégies seront axées vers la résolution de problème. Dans le cas contraire, les personnes se tourneront vers des stratégies émotionnelles ou d'évitement.

En outre, Lazarus et Folkman (1984) indiquent qu'un niveau élevé de santé, au sens le plus large possible, et d'énergie favorise l'adoption de stratégies de résolution de problèmes.

2.6.1 Les stratégies individuelles

En présence d'une situation menaçante, la personne peut faire appel à des ressources qu'elle possède déjà ou qu'elle peut mobiliser. Pour plusieurs auteurs (Cohen *et al.*, 2008; Goode, 1966; Hardy et Hardy, 1988, Reis *et al.*, 2000; Skinner *et al.*, 2003), la personne régulera la situation par une résolution de problème allant de la planification à la mise en œuvre d'une stratégie. La personne pourra aussi chercher de l'information par de la lecture ou de l'observation ou tentera d'ajuster les options disponibles en fonction de ses préférences. Comme autres stratégies pouvant être adoptées, certaines personnes choisiront l'utilisation de distractions; une restructuration cognitive, une minimisation ou une acceptation de la situation. Pour d'autres, le pouvoir d'agir¹⁸ qui se présente sous la forme de régulations comportementales ou émotionnelles permettra de protéger les ressources sociales (Skinner *et al.*, 2003)

Dans le cas plus précis des conflits de rôles, certaines personnes choisiront un rôle et renonceront aux autres rôles (Goode, 1966; Maisonneuve, 2000). Pour d'autres personnes, des compromis seront plus adéquats. Deux grands types de compromis ont été répertoriés dans la littérature scientifique consultée. Le premier consiste à compartimenter les différents rôles ou d'alterner les rôles en s'assurant de garder une marge de liberté pour gérer la situation (Goode, 1966; Hardy et Hardy, 1988; Maisonneuve, 2000). Le second type est de gérer les attentes de rôles. Pour ce faire, les personnes font appel à leur pouvoir d'agir dans une situation donnée. Ainsi, une

¹⁸ Notre traduction pour « empowerment »

personne en conflit de rôle pourra tenter d'ignorer une partie des attentes de l'un ou de plusieurs rôles ou de choisir un rôle majeur qui est celui qui est le plus compatible avec ses besoins (Getzels et Guba, 1954). De son côté, Maisonneuve (2000) parle d'une hiérarchisation des attentes en tenant compte des pressions collectives et des aspirations personnelles ou encore de la conciliation d'attentes contraires par la création d'un nouveau rôle. Selon Goode (1966), il est même possible pour certains de modifier la présentation de leur identité alors que pour Zhou *et al.* (2016) les personnes conserveront leurs ressources disponibles pour les tâches principales.

2.6.2 Les stratégies relationnelles

Afin de trouver de nouvelles ressources ou solutions, la personne peut faire appel à son environnement social. Ces stratégies relationnelles sont souvent regroupées sous le vocable de soutien social. C'est ainsi que les partenaires de rôles peuvent modifier la menace ou aider à l'éliminer (Berg *et al.*, 1998; Dunkel-Schetter *et al.*, 1992; Gottlieb et Bergen, 2010; Gottlieb et Wagner, 1991; Hobfoll *et al.*, 1994; Latack et Havlovic, 1992; Lin et Westcott, 1991; Pearlin et Schooler, 1978; Stryker et Statham, 1985; Thoits, 1991). Par une utilisation des ressources sociales, la personne pourra trouver d'autres solutions en demandant aux autres, mais pourra aussi avoir accès à du réconfort, de l'aide instrumentale ou même un soutien spirituel. La négociation, sous forme de marchandisation, de persuasion, de recherche d'autonomie relève aussi de l'utilisation de ressources sociales (Goode, 1966; Hardy et Hardy, 1988; Skinner *et al.*, 2003). Les ressources sociales permettent aussi de jongler avec les exigences, d'apporter des opportunités ou de réduire l'incertitude (Kadushin, 1981 in Wellman et Wortley, 1990; Lin et Westcott, 1991). Skinner *et al.* (2003) indiquent même que la personne peut déléguer des actions aux autres ou encore opter pour le blâme, l'agression ou la projection sur autrui.

Les ressources sociales peuvent être regroupées selon qu'il s'agit de relations de proximité (couple, enfants, famille immédiate, etc.) ou de relations distantes (amis, collègues de travail, superviseur, etc.). Les relations de proximité correspondent à la sphère privée et offrent un soutien émotionnel, d'estime et instrumental sous forme d'écoute, de soins et d'affection (Carver *et al.*, 1989; Fraser, 1990; Gottlieb et Bergen, 2010; Habermas, 1978; Kosciulek, 2007; Paugam, 2008; Wellman et Wortley, 1990). Par ailleurs, pour certains chercheurs (Pearlin et Schooler, 1978; Lin et Westcott, 1991), les couples mariés qui ont des enfants présentent une plus grande facilité à choisir certaines stratégies puisqu'ils ont accès à un plus grand bassin de ressources. Dans la mesure où le partenaire de vie n'offre qu'un faible soutien, la recherche de soutien s'effectuera auprès de personnes rencontrées ou côtoyées dans le cadre d'engagements sociaux (Gottlieb et Wagner, 1991).

En ce qui a trait aux autres relations de proximité, Degenne et Lebeaux (2005) montrent que, chez les jeunes en début d'âge adulte, la mobilité géographique et un niveau de scolarité élevé favorisent un renouvellement des réseaux non familiaux. Cela s'explique par le fait que les relations sociales qui sont synonymes de passé tendent à disparaître pour faire place à de nouvelles relations. Les activités scolaires et les qualités personnelles sont ce qui influence le plus les nouvelles relations. Pour les relations qui perdurent, parce qu'elles se sont adaptées ou renforcées, elles sont associées au simple plaisir d'être ensemble, à la possibilité de se confier ou encore de partager un passé commun (Bourdon, 2011).

Les relations distantes permettent de redéfinir la menace, de renforcer la capacité de l'individu à faire face aux exigences de la situation ou même de trouver un modèle pour l'adoption de stratégies de régulation qui ont été un succès ou un échec (Cohen et Wills, 1985; Fraser, 1990; Kosciulek, 2007). Au niveau du type de soutien, les relations distantes seront surtout nécessaires pour la recherche d'avis ou d'informations ou encore par une assistance dans une situation précise. Saint-Charles et Mongeau (2009)

indiquent qu'en situation d'incertitude liée au manque d'informations, la personne fera appel à un réseau « cognitif » ou lié aux tâches pour du soutien instrumental. En situation d'ambiguïté, notamment dans le cas d'un trop grand nombre d'informations, la personne fera appel à un réseau « affectif », soit des partenaires en qui elle a un niveau de confiance plus élevé. Lorsqu'il est question de l'ambiguïté de rôle, Zhou *et al.* (2016) indiquent que les superviseurs représentent une source d'information concernant les attentes de rôle.

Pour l'ensemble du soutien social, le nombre de personnes qui composent l'environnement social (réseau social), la perception du soutien social ainsi que le soutien effectif sont tous des critères à considérer (Barrera, 1986; Bruchon-Schweitzer, 2002; Sarason *et al.*, 1987; Zhou *et al.*, 2016). Des contacts fréquents permettent le développement de liens forts qui favorisent le recours effectif au soutien social. Le développement des liens forts s'observe aussi si l'entourage est concerné par la même situation ou s'il doit adopter des stratégies similaires (Gottlieb et Wagner, 1991; Wellman et Wortley, 1990). De même, l'entourage de proximité ou distant sera davantage collaborateur d'une stratégie de soutien social lorsqu'elle est accompagnée d'une résolution de problèmes (Carver *et al.*, 1989; Eckenrode, 1991).

En somme, un réseau social offre un accès à un large spectre de ressources par le partage d'idées ou la mobilisation des personnes. De plus, l'intégration à un réseau social montre que les liens entre les personnes correspondent à des ressources variées mobilisables selon les besoins et les contextes (Carver *et al.*, 1989; Edelstein, 2004; Gore et Colten, 1991; Gottlieb et Bergen, 2010; Kosciulek, 2007; Reis *et al.*, 2000; Saint-Charles et Mongeau, 2005; Wellman et Wortley, 1990).

2.6.3 Les stratégies de renoncement

Devant un cumul de stratégies de régulation aboutissant à des insuccès, Nuissier (1994) observe une impuissance apprise qui entrainera un abandon des efforts. Cette impuissance ou l'abandon des efforts correspondent à une stratégie de régulation si la personne considère qu'elle n'a plus les ressources nécessaires pour réguler la situation. C'est alors que la personne exprimera de la confusion, des inférences cognitives ou encore un épuisement cognitif (Skinner *et al.*, 2003).

Au-delà de l'impuissance, la fuite ou l'évitement ont été documentés (Maisonneuve, 2000; Skinner *et al.*, 2003; Suls et Fletcher, 1985). Pour Skinner *et al.* (2003), la personne peut fuir un environnement non satisfaisant par un évitement cognitif, un évitement comportemental, du déni ou en prenant certains désirs pour la réalité. Dans ce cas, Maisonneuve (2000) indique que certaines personnes s'accommodent de la perception du conflit ou de l'inconfort par une acceptation imaginaire ou par une rationalisation de la situation au détriment de leurs valeurs. Suls et Fletcher (1985) ont aussi montré que l'évitement est une réaction fréquente dans les premiers jours (de trois jours à deux semaines) de l'apparition d'une situation menaçante.

En plus de la fuite, la personne peut procéder à un retrait social, une non-divulgence d'une situation menaçante ou même un évitement social (repli ou déni) qui sera caractérisé par l'élimination de certaines relations ou par une imposition de barrières sur certains rôles. Enfin, la personne peut renoncer par une attitude de soumission à l'égard de la situation par une rumination de la situation, une obstination dans le choix de la stratégie ou par des pensées intrusives et malsaines (Goode, 1966; Hardy et Hardy, 1988; Skinner *et al.* 2003). Pour Örtqvist et Wincent (2006), lorsqu'une expérience prolongée entraîne des préjudices psychologiques ou physiques, l'intention de se retirer augmente. Pour ces auteurs, le retrait ultime est le suicide.

2.6.4 Les stratégies de régulation au sein de la profession médicale

Les quelques recherches (Earle et Kelly 2005; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007; Robinson, 2003; Satterfield et Becerra, 2010; Tattersall, Bennett et Pugh, 1999) qui ont documenté les stratégies de régulation dans la profession médicale font surtout état de la recherche de soutien auprès de la famille, des amis et des collègues. Pour les femmes médecins, Robinson (2003) montre que l'importance d'établir un réseau social pour favoriser le soutien permet de contrer la discrimination de genre. La recherche de soutien auprès de professionnels est aussi un thème abordé.

Chez les résidents, certains auteurs (Earle et Kelly 2005; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007; Satterfield et Becerra, 2010) indiquent que ces médecins modifient leur gestion du temps. Ainsi, quelques-uns effectuent plus de tâches liées à leur rôle d'apprenant telles que la lecture d'articles scientifiques ou de lignes directrices cliniques alors que d'autres optent pour plus de temps pour eux-mêmes (loisirs, sport) ou pour des activités sociales avec des personnes significatives.

Ratanawongsa, Wright et Carrese (2007) ont documenté que lorsque le résident est en mesure de réévaluer la situation ou qu'il se sent en mesure de changer ou de réduire le stress, il centrera ses actions sur la situation stressante. Dans la mesure où le stress est immuable ou que le résident ne sent pas le devoir de le changer, il choisira une modulation de sa réponse émotionnelle à l'égard du stress. Ces auteurs ont alors répertorié que la séparation stricte entre les sphères professionnelle et personnelle ainsi que de se dire que la situation est temporaire sont des stratégies utilisées. Par ailleurs, Tattersall, Bennett et Pugh (1999) ont montré que l'ancienneté de pratique et le genre sont deux facteurs qui influencent ce type de stratégie. Robinson (2003) y ajoute que les femmes médecins décident de nier l'existence de la discrimination de genre comme stratégie de régulation.

Finalement, il est démontré par Ratanawongsa, Wright et Carrese (2007) que les stratégies adoptées par les résidents sont celles qui seront choisies pour le reste de la pratique médicale.

2.7 Synthèse

Considérant la multitude de concepts étayés dans ce chapitre, il convient de faire une synthèse globale, telle de présentée à la figure 2.1. Tout d'abord, la personne en rôle est celle sur qui le point focal est porté. Cette personne possède alors un ou plusieurs statuts. Ces statuts sont interprétés et deviennent alors différents rôles. Ces rôles présentent des exigences de rôle, soit des conduites ou actions liées au rôle. Le rôle et les exigences influencent et sont influencés par la santé et la qualité de vie de la personne. La négociation ou l'interaction entre tous ces éléments se présentent sous la forme de stratégies de régulation individuelles.

Considérant le contexte interactionnel, les personnes qui sont en contre-rôle se nomment alors des partenaires de rôle. Ces partenaires ont aussi un ou des statuts, occupent un ou plusieurs rôles pour lesquels on retrouve des exigences de rôle. Dans cette interaction, les partenaires de rôle interprètent alors le rôle et les exigences pour les formuler et les émettre sous forme d'attentes de rôle. Ces différentes attentes s'inscrivent alors dans un processus de socialisation, mais aussi au sein de rapports de place et de pouvoir. Dans la mesure où les attentes sont trop nombreuses ou qu'elles sont peu claires, la personne en rôle se trouve alors en conflit de rôle, en ambiguïté de rôle ou en incongruité de rôle. Pour s'assurer de réguler l'ensemble des attentes et exigences qui pèsent sur elle, la personne en rôle opte pour des stratégies de régulation relationnelles. Advenant le cas où les stratégies de régulation individuelles ou relationnelles ne fonctionnent pas ou qu'elles ne permettent pas de limiter ou de réduire les impacts sur la santé, la personne en rôle pourra alors user de stratégie de régulation de renoncement ou de stratégies se trouvant aux limites de l'action.

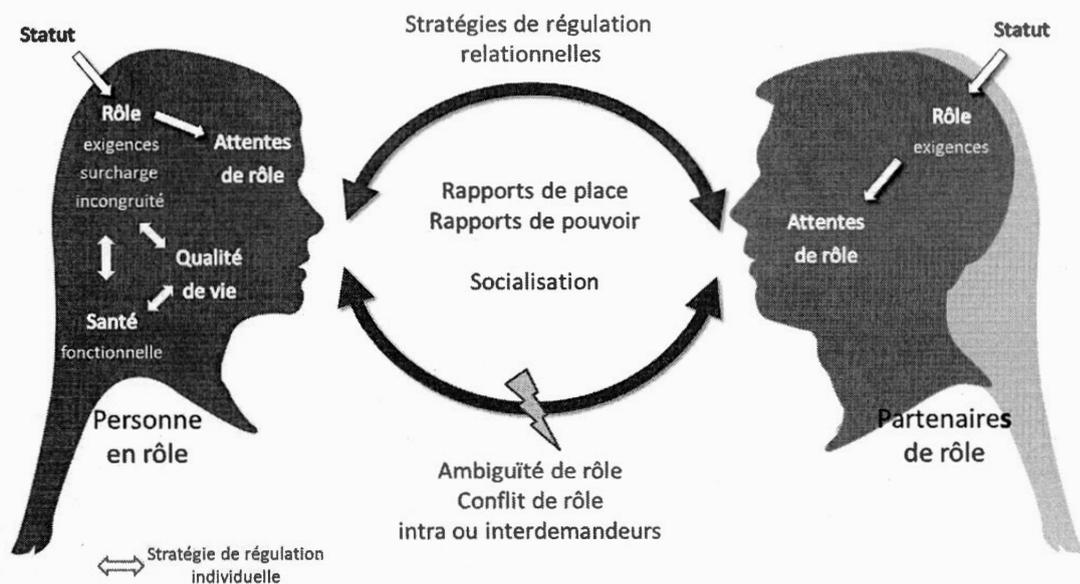


Figure 2.1 Schéma synthèse du cadre conceptuel

2.8 Questions spécifiques

À la lumière de notre cadre conceptuel, il nous semble important de reformuler notre question de recherche générale. Elle passera de :

Comment le double statut des résidentes et résidents en médecine de famille agit-il sur leur santé et leur qualité de vie ?

À cette nouvelle question de recherche :

Comment les multiples rôles exercés par les résidentes et résidents en médecine de famille agissent-ils sur leur santé et leur qualité de vie ?

À partir de cette nouvelle question de recherche et des concepts mobilisés dans les pages précédentes, nous formulons des questions spécifiques afin de resserrer l'orientation de cette recherche et ainsi mieux orienter la méthodologie. Considérant l'ensemble des rôles exercés, les attentes et les exigences qui peuvent caractériser chacun de ces rôles, la première question spécifique est :

1. comment les rôles sont-ils perçus et exercés par les résidents en médecine de famille ?

Dans l'optique où les résidents en médecine de famille doivent exercer de multiples rôles en fonction des attentes de rôles et que ces attentes peuvent provenir d'un contexte spécifique ou de partenaires de rôles, la seconde question spécifique est :

2. compte tenu des attentes de rôles, comment les multiples rôles sont-ils exercés par les résidents en médecine de famille ?

Compte tenu de l'influence des multiples rôles sur la santé et la qualité de vie des résidents en médecine de famille tout au long de leur parcours de formation postdoctorale, la troisième question spécifique est :

3. comment les multiples rôles exercés par les résidents en médecine de famille agissent-ils sur leur santé et leur qualité de vie ?

Finalement, pour mieux comprendre comment les résidents en médecine de famille sont en mesure de s'ajuster aux multiples rôles, nous proposons comme quatrième question, la suivante :

4. comment les stratégies de régulation sont-elles choisies et exercées par les résidents en médecine de famille ?

CHAPITRE III

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous détaillons le cadre méthodologique utilisé pour répondre à nos questions de recherche et ainsi atteindre nos objectifs. Nous profitons de cette section pour expliciter le lien entre nos considérations épistémologiques et la méthodologie choisie. Après une description du devis mixte par convergence, nous y présentons la population à l'étude, les méthodes de recrutement, la composition des échantillons ainsi que les techniques de collecte de données et d'analyse tant pour les approches quantitatives que qualitatives retenues dans cette recherche. Nous y abordons aussi l'intégration mixte des données. En début de ce chapitre, nous explicitons la construction sociale qui a été effectuée avec différentes organisations concernées par le sujet de cette recherche et qui ont contribué à plusieurs moments dans le processus de recherche.

3.1 Considérations épistémologiques de la méthodologie

Partant de notre posture épistémologique qui se situe dans le pluralisme dialectique (*voir* section 2.1) et de l'interdisciplinarité comme trame de fond de notre recherche et de notre parcours doctoral, nous estimons important d'ajouter quelques éléments en lien avec cette posture et la méthodologie mixte retenue.

En considérant notre positionnement en pluralisme dialectique, Greene et Hall (2010), indiquent que les méthodologies mixtes peuvent être orientées par ce type de positionnement tout comme elles peuvent s'inscrire dans un paradigme post-positiviste, constructiviste ou pragmatisme. Ce positionnement pluraliste légitimise et accueille les perspectives dissonantes de la recherche. Pour faciliter l'utilisation de ce

positionnement, Biesta (2010) exprime qu'il est important de ne pas mélanger les recherches qualitative et quantitative aux données quantifiables et qualifiables, puisque le fait de présupposer que les recherches qui utilisent des nombres et des statistiques s'inscrivent nécessairement dans une épistémologie objective est à la fois fausse et ne permet pas d'élever le débat.

Comme le pluralisme dialectique permet de considérer des idées convergentes et divergentes en plus de mettre l'accent sur les liens qui unissent ces idées. Dans une optique méthodologique, cette posture épistémologique favorise une inférence des données par une intégration des différents points de vue et des tensions qui émergent des données. L'adoption de ce positionnement maintient une réflexivité du chercheur pour s'assurer que les biais possibles ne sont pas uniquement dus aux interprétations du chercheur (Shannon-Baker, 2016). De plus, les résultats divergents et dissonants obligent une analyse plus minutieuse et attentive des généralisations qui peuvent émerger des données (Greene et Hall, 2010). Pour s'assurer de mettre au jour les convergences, les inconsistances et les contradictions, Johnson, Onwuegbuzie et Turner (2007) indiquent que la triangulation des données est l'une des méthodes à retenir.

Comme défini dans la problématique, plusieurs éléments de cette recherche sont nouveaux et nous incite à choisir une visée exploratoire à l'égard de la méthodologie retenue. L'utilisation du pluralisme dialectique nous permet de rester attentif aux surprises et aux paradoxes pouvant venir des données. Ainsi, nous pouvons comprendre les différentes influences entre les données (Greene et Hall, 2010).

3.2 Devis mixte par convergence

La présente recherche s'effectue selon un devis mixte par convergence avec prise de mesure répétée. Selon Morse (1991, p.122) le devis mixte par convergence « permet d'obtenir des données différentes, mais complémentaires pour une même question de recherche » en plus de répondre aux forces et aux faiblesses des méthodes qualitatives et quantitatives. De ce fait, il est utilisé quand le chercheur veut comparer des données quantitatives et qualitatives pour une meilleure compréhension d'un problème (Creswell et Plano Clark, 2018). Selon ces mêmes auteurs, le devis par convergence peut servir à corroborer ou à valider des objectifs de recherche, à illustrer des résultats quantitatifs avec des données qualitatives (ou vice versa) et peut même servir à examiner la relation entre des variables en transformant des données qualitatives pour les intégrer dans un modèle quantitatif.

De façon concrète, les données qualitatives sont obtenues par des entretiens semi-dirigés et par la réception de témoignages écrits reçus par voie électronique et provenant du site Internet de recrutement¹⁹. Avec ces données, nous procédons à des analyses thématiques et sémantiques. En même temps, les données quantitatives sont obtenues par une enquête mise en ligne durant deux années et par des formulaires qui permettent de répertorier des données quantitatives lors des entretiens semi-dirigés. Les données quantitatives font l'objet d'analyses descriptives, d'analyses corrélationnelles (analyse de variance, corrélation) ainsi que de tests multivariés (régressions multiples, analyses factorielles). L'ensemble des analyses est à coupe transversale : elles permettent d'établir des relations entre les variables à un moment précis.

¹⁹ Pour les témoignages reçus, à l'exclusion de deux reçus par courriel, les autres ont été inscrits dans l'enquête en ligne (voir section 3.7.2). Les caractéristiques sociodémographiques des différentes personnes qui ont témoigné de leurs situations sont présentées à l'annexe B.

En fonction des données recueillies et des analyses effectuées, la dernière phase du devis mixte par convergence est l'intégration des données. Cette étape vise à comparer, contraster ou synthétiser les données quantitatives et qualitatives pour identifier les ressemblances et les dissemblances entre les résultats obtenus de façon quantitative et qualitative. Durant l'intégration, une transformation des données est possible pour mieux répondre aux questions de recherche et faciliter l'apport des deux méthodes de recherche. Dans la mesure où des disparités sont importantes entre les données qualitatives et quantitatives, il est possible de réexaminer les résultats ou de proposer des collectes de données supplémentaires pour répondre à de nouvelles questions de recherche (Creswell et Plano Clark, 2018). Un schéma récapitulatif de la méthodologie utilisée est présenté à la figure 3.1.

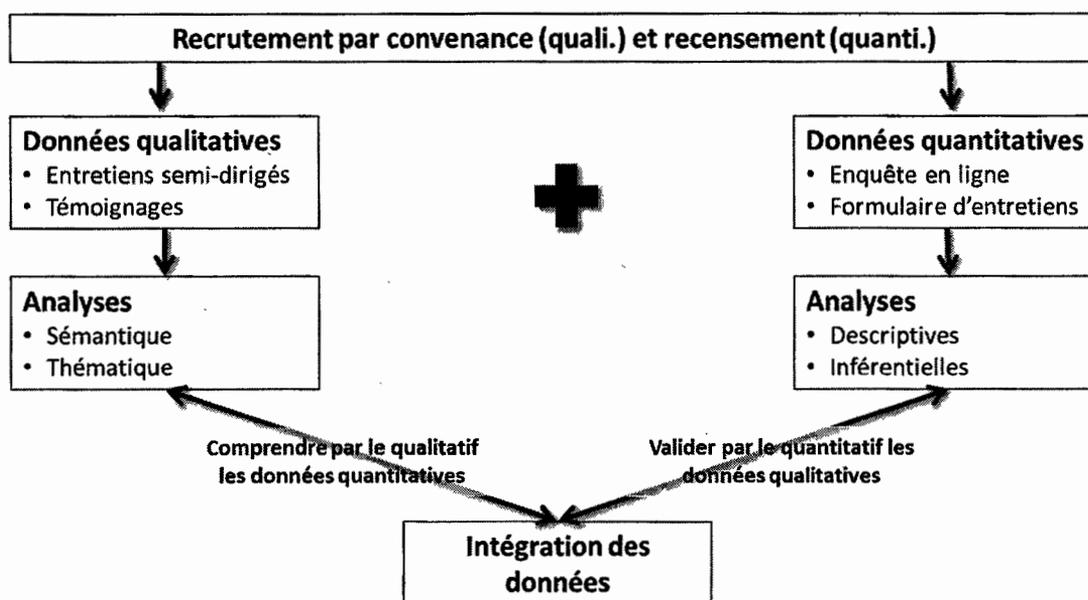


Figure 3.1 Schéma du devis mixte par convergence (adapté de Creswell et Plano Clark, 2018, p.76)

3.3 Construction sociale

Avant d'entamer la collecte de données et pour mieux définir la question et les objectifs de la recherche, nous avons effectué une construction sociale (Rioux, Ledoux et Aurousseau, 2014). À l'image de ce qui est effectué lors des interventions ergonomiques en milieu de travail, cette étape préparatoire vise à mobiliser les acteurs du milieu concernés par la problématique et à créer un comité de suivi de la recherche. Pour être en mesure d'identifier les parties prenantes, une analyse des principaux documents pertinents et rendus disponibles par ces organisations, tels que les rapports annuels, des revues ou des périodiques institutionnels a été réalisée. Les organismes concernés par cette démarche sont présentés dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1 Organisations consultées lors de la construction sociale

Liste des organismes	Analyse documentaire	Demande d'entretien	Entretiens
Association des facultés de médecine du Canada	oui	non	non
Collège des médecins de famille du Canada	oui	oui	non
Collège des médecins du Québec	oui	oui	oui
Facultés de médecine	oui	oui	oui
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec	oui	non	non
Fédération des médecins résidents du Québec	oui	oui	oui
Médecins francophones du Canada	non	oui	oui
Ministère de la Santé et des Services sociaux	oui	oui	non
Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur	oui	non	non
Programme d'aide aux médecins du Québec	oui	oui	oui

Cette analyse a permis de connaître les liens entre ces différentes organisations, mais aussi les enjeux qu'elles doivent affronter et leurs intérêts pour les questions de santé, de qualité de vie des résidentes et résidents en médecine de famille. À partir de l'analyse documentaire, trois organisations (*voir* tableau 3.1) ont été identifiées comme étant moins concernées par les questions en lien avec les résidents de médecine de famille et ainsi nous n'avons pas fait de demande d'entretien auprès d'eux. Pour ce qui est de l'Association des facultés de médecine du Canada, nous avons choisi de rencontrer des représentants des différentes facultés du Québec. Pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, comme il s'agit de l'association syndicale des omnipraticiens cliniciens et qu'il existe une association pour les médecins-résidents, nous avons préféré rencontrer l'association pour les médecins résidents. Comme les liens entre les médecins-résidents et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur dépendent des facultés universitaires, nous avons préféré rencontrer les représentants universitaires. En ce qui concerne le Collège des médecins de famille du Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux, des demandes de rencontre ont été effectuées. L'absence de rencontre auprès d'eux provient surtout d'un manque de réponse ou d'intérêt de leur part.

Les entretiens réalisés avaient pour but de peaufiner notre question de recherche et de développer des liens de confiance plus durables avec ces différentes organisations. Le canevas d'entretien utilisé (*voir* Appendice A) permettait, tout d'abord, de présenter le thème de recherche général et de voir la perception des intervenants à cet égard. Par la suite, il était question du rôle de l'organisation durant la résidence et de l'intérêt de l'organisation pour les questions de bien-être et de qualité de vie des résidents. Après avoir réalisé ces entretiens, certains représentants ont offert du soutien dans la recherche par la validation des outils de collecte de données, par la diffusion de l'annonce de recrutement et par la validation de certains résultats.

3.4 Population à l'étude

La population à l'étude dans le cadre de cette recherche correspond aux résidentes et résidents en médecine de famille au Québec entre 2013 et 2015. Comparativement au reste du Canada (*voir* tableau 3.2), les résidentes et résidents du Québec sont plus jeunes (un écart de 1,7 an) et les femmes sont plus nombreuses (écart de 6,2 % à 11,6 %). La particularité concernant l'âge peut s'expliquer par le cheminement scolaire québécois qui n'oblige pas les étudiants en médecine à avoir fait un baccalauréat préalablement. Pour ce qui est de la féminisation, Clarke (2012) précise que l'augmentation de la proportion de femmes à l'université, tous domaines confondus s'applique aussi en médecine. En ce qui concerne la proportion de résidents en médecine de famille comparativement aux autres spécialités, une augmentation des quotas de places en médecine de famille peut expliquer l'écart entre les données du Québec et celles du Canada.

Tableau 3.2 Données sociodémographiques de la population à l'étude

	Québec		Canada	
	Résidents en médecine de famille	Tous les résidents	Résidents en médecine de famille	Tous les résidents
Nb ²⁰ (%)	951 (24,7 %)	3 847	3 041 (19,1 %)	15 885
Femmes ²¹ (%)	72,4	60,2	60,8	54,0
Âge moyen ²² (ans)	28,8	30,3	30,5	32,3
Citoyen canadien ²³ (%)	99,9	90,1	99,6	86,2
Mariés ou conjoint de fait ²⁴ (%)	nd ²⁵	nd	54,6	54,0
Conjoint prof. santé (%)	nd	nd	33,9	36,2
Conjoint médecin (%)	nd	nd	59,1	61,9
Ont des enfants (%)	nd	nd	15,9	15,9
Ont des enfants < de 6 ans (%)	nd	nd	70,0	81,7

²⁰ Données du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (2015)

²¹ Données du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (2015)

²² Données du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (2015), obtenues par une demande d'information complémentaire

²³ Incluant les résidents permanents

²⁴ Données du Sondage national des médecins (2012)

²⁵ Données non compilées par les organisations provinciales

3.5 Recrutement

Le recrutement des répondants et des participants s'est effectué à l'aide d'un site Internet et par l'envoi de courriers électroniques auprès de l'ensemble de la population de résidentes et résidents en médecine de famille au Québec. Tant pour le volet qualitatif que pour le volet quantitatif, nous avons mis en ligne un site Internet qui détaille les objectifs du projet ainsi que les différents éléments éthiques qui doivent être connus des résidents avant qu'ils acceptent de participer. Nous avons aussi créé, au même moment, une page Facebook (*voir* Appendice B) pour permettre un recrutement à l'aide des médias sociaux.

En plus de ces plateformes, une liste de courriers électroniques a été constituée afin de rejoindre tous les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) à travers le Québec ainsi que les associations étudiantes, les universités et les différents organismes rencontrés lors de l'étape de construction sociale (*voir* section 3.3). Le but de cette liste était de rejoindre par différents moyens la population. Dès le 28 janvier 2014, nous avons fait parvenir une première fois l'annonce de recrutement à l'ensemble des personnes et des organisations présents sur la liste de courriels électroniques. Cette annonce (*voir* Appendice C) faisait état de la possibilité pour les résidentes et les résidents de participer aux volets quantitatif et qualitatif de la recherche. Dans le but de rejoindre les résidents à différents moments de la formation (*voir* tableau 3.3), nous avons réalisé les envois à deux moments par trimestre.

En date du 22 avril 2014 et du 28 juillet 2014, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a fait parvenir l'invitation à participer à l'ensemble de leurs membres. Nous pouvons ainsi considérer que l'ensemble de la population a été rejoint à deux reprises et que les rappels effectués par les autres organisations ont permis d'augmenter le taux de réponse.

Tableau 3.3 Dates d'envoi des annonces de recrutement

Date d'envoi	Trimestre
5 mars 2014	Trimestre 3
22 avril 2014 ²⁶	Trimestre 4
3 juin 2014	Trimestre 4
21 juillet 2014	Trimestre 1
24 juillet 2014 ²⁷	Trimestre 1
28 octobre 2014	Trimestre 2
26 novembre 2014	Trimestre 2
3 février 2015 ²⁸	Trimestre 3
10 septembre 2015 ²⁹	Trimestre 1

En plus de ces envois, la FMRQ et l'association Médecins francophones du Canada ont diffusé l'invitation à participer sur leurs sites Internet respectifs. Dans le cas de la FMRQ, la diffusion a eu lieu en novembre et décembre 2014 et en janvier 2015. Pour Médecins francophones du Canada, la publication a été réalisée en date du 27 mars 2014.

Avant d'aborder le recrutement des participants, un certificat éthique³⁰ a été obtenu pour la collecte des données qualitatives et quantitatives. Pour la collecte quantitative, les répondantes et répondants devaient consulter le formulaire de consentement et indiquer s'il consentait avant d'accéder à l'enquête en ligne. Lors des entretiens

²⁶ Envoi effectué à l'ensemble des résidentes et résidents par la Fédération des médecins résidents du Québec

²⁷ Ibid

²⁸ Il s'agissait d'une annonce bilingue.

²⁹ Ibid

³⁰ Numéro de certificat FSH-2013-50

individuels, les participantes et participants devaient signer un formulaire de consentement avant le début de l'entretien. En tout temps, il était possible pour les participants de mettre fin à l'enquête, à l'enregistrement de l'entretien ou encore de demander un arrêt temporaire. Ces mesures de retrait volontaire n'ont pas été formulées par les participants aux entretiens et celles et ceux qui n'ont pas complété l'enquête en ligne n'ont pas été intégrés aux analyses.

Bien que la représentativité de l'échantillon à la population n'est pas un critère essentiel pour la validité externe des données qualitatives (Fortin, 2010), nous avons tenté de recruter des participantes et participants dans toutes les universités, sans s'en limiter. Étant donné que la résidence en médecine de famille est d'une durée de deux années, le devis proposé vise à rejoindre des participants qui étaient résidents entre le mois de juillet 2013 et le mois de juin 2015. Ainsi, nous avons tenté de joindre le plus de résidents de première année possible afin de réaliser des entrevues durant les derniers mois de leur deuxième année.

3.6 Composition de l'échantillon

Étant donné que toute la population a été contactée deux fois durant le processus de recrutement, nous pouvons considérer notre échantillon comme un recensement (Grenon et Viau, 2012). Le tableau 3.4 montre la proportion de l'échantillon et de la population selon chacune des universités pour lesquelles il y a eu des participants ou des répondants.

Tableau 3.4 Composition des échantillons

Université	Échantillon quantitatif (%) [n = 177]	Échantillon qualitatif (%) [n = 12]	Population ³¹ (%) [N=887]
Université Laval	23,73	16,6	25,3
Université de Montréal	45,76	41,6	33,7
Université McGill	9,60	25,0	19,7
Université de Sherbrooke	20,34	16,6	21,0
Université d'Ottawa ³²	0,05	-	-

3.6.1 Composition de l'échantillon qualitatif

Le tableau 3.5 détaille les pseudonymes des participantes et participants, les moments de rencontre (mois et année), l'année de résidence ainsi que les durées d'entrevue. La durée moyenne pour les entrevues de première année est de 92 minutes³³ alors pour les entrevues de deuxième année, la moyenne est de 77,9 minutes. L'entretien le plus court a duré 32 minutes alors que le plus long a duré 153 minutes.

³¹ Données du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (2015)

³² Donnée pour un seul répondant.

³³ La durée des entretiens comprend le questionnaire d'entretien (voir section 3.7.1).

Tableau 3.5 Moments d'entretien et durée

Pseudonyme	Entretien 1			Entretien 2			Durée totale (min.)
	Période	Année	Durée (min.)	Période	Année	Durée (min.)	
Ana	Nov. 2013	R1	89	Juin 2015	R2	82	171
Benjamin	Fév. 2014	R1	58	Juin 2015	R2	68	126
Chloé	Mars 2014	R1	95	Nov. 201	R2	84	179
Daphnée ³⁴	Nov. 2013	R2	111	-	-	-	111
Émilie ³⁵	Août 2014	R1	81	Août 2016	R1b	128	209
Fanny	Août 2014	R1	83	Juil. 2016	R2	32	115
Gabrielle ³⁶	Août 2014	R1	143	-	-	-	143
Hugo	Sept. 2014	R1	99	Déc. 2016	R2	89	188
Isabella ³⁷	Avril 2015	R2	88	-	-	-	88
Jessica ³⁸	Nov. 2015	R2	85	-	-	-	85
Karine ³⁹	Nov. 2015	R1	97	-	-	-	97
Laurence ⁴⁰	Déc. 2015	R1	153	-	-	-	153
Moyenne			99,7			77,9	138,8

³⁴ Cette résidente a été rencontrée lors de sa deuxième année. Elle avait terminé sa résidence lors d'un deuxième entretien possible.

³⁵ Cette résidente a dû recommencer sa première année. Elle était en première année de résidence durant les deux entretiens.

³⁶ La résidente n'a pas répondu à l'invitation pour l'entrevue en deuxième année.

³⁷ Idem que pour la note 24

³⁸ Idem que pour la note 24

³⁹ Étant donné que la collecte de données qualitatives s'est échelonnée entre 2013 et 2015 et que cette résidente était en première année en 2015, la fin de la collecte de données n'a pas permis de réaliser un deuxième entretien

⁴⁰ Idem que pour la note 29

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes et participants sont présentées aux tableaux 3.6 et 3.7. Pour le premier entretien, l'âge moyen des participantes et participants est de 25,6 ans avec une étendue de 23 à 33 ans. Cinq participants sont célibataires, trois sont mariés et quatre sont en union libre. L'université où a été complétée la formation prédoctorale et l'obtention du diplôme de médecin est l'Université de Montréal pour six participants, l'Université Laval pour trois participants et l'Université de Sherbrooke pour deux participants. Une personne avait complété sa formation prédoctorale à l'extérieur du Québec. Pour les douze personnes rencontrées, la moitié effectuait une résidence dans un site universitaire alors que les autres se trouvaient dans des sites distants de l'université d'attache. Finalement, concernant la charge familiale, une seule participante avait des enfants à charge. Elle avait deux enfants de moins de six ans.

Pour les participants rencontrés à deux reprises (*voir* tableaux 3.6 et 3.7), deux personnes sont passées de célibataire à union libre, une personne est passée d'union libre à célibataire. Alors que certains participants ont indiqué une différence dans le nombre de résidents au sein du GMF-U, seule une participante (Émilie) a vécu un changement de milieu où le nombre de résidents était de 16 à 20 lors du premier entretien et de 26 à 30 résidents lors du deuxième.

Tableau 3.6 Données sociodémographiques des participants au premier entretien

Pseudonyme	Université d'attache	Site distant	Nombre de résidents	Statut conjugal	Âge
Ana	Montréal	Non	16 à 20	Union libre	23
Benjamin	Sherbrooke	Oui	11 à 15	Célibataire	23
Chloé	Montréal	Oui	6 à 10	Célibataire	25
Daphnée	Laval	Non	11 à 15	Marié	26
Émilie	Sherbrooke	Oui	16 à 20	Célibataire	25
Fanny	McGill	Oui	21 à 25	Célibataire	24
Gabrielle	Montréal	Oui	6 à 10	Union libre	24
Hugo	Laval	Non	11 à 15	Marié	28
Isabella	McGill	Non	26 à 30	Union libre	25
Jessica	Montréal	Oui	11 à 15	Célibataire	25
Karine ⁴¹	Montréal	Non	21 à 25	Marié	33
Laurence	McGill	Non	Plus de 30	Union libre	27

Tableau 3.7 Données sociodémographiques des participants au deuxième entretien

Pseudonyme	Université d'attache	Site distant	Nombre de résidents	Statut conjugal	Âge
Ana	Montréal	Non	16 à 20	Célibataire	24
Benjamin	Sherbrooke	Oui	11 à 15	Union libre	24
Chloé	Montréal	Oui	11 à 15	Célibataire	26
Émilie	Sherbrooke	Oui	26 à 30	Célibataire	26
Fanny	McGill	Oui	16 à 20	Union libre	25
Hugo	Laval	Non	16 à 20	Marié	29

⁴¹ Cette résidente a 2 enfants à charge de moins de 6 ans.

3.6.2 Composition de l'échantillon quantitatif

Pour la durée de mise en ligne de l'enquête (28 janvier 2014 au 31 janvier 2016), 287 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui porte le taux de réponse à 31,2 %. De ce nombre, 177 formulaires ont été remplis en entier, ce qui donne un taux de réponse effectif de 19,2 %. Il importe de mentionner qu'une moyenne de 201 personnes (21,8 %) a répondu à 47 % du questionnaire (30 questions). La représentativité de l'échantillon s'observe par des caractéristiques similaires entre l'échantillon et la population. Afin de porter un jugement sur la représentativité de l'échantillon, une comparaison des principales variables sociodémographiques disponibles se trouve dans le tableau 3.8. La différence significative a été calculée selon le score Z associé à la proportion de l'échantillon et au score Z théorique⁴².

Compte tenu de la présentation des variables sociodémographiques, il est possible de constater que l'échantillon présente une surreprésentation quant au nombre de résidents en première année et de femmes. Concernant l'université d'affiliation, les résidentes et résidents de l'Université de Montréal sont surreprésentés alors que ceux de McGill sont sous-représentés.

⁴² La formule du score Z utilisé est : $Z = \frac{(\text{la proportion de l'échantillon} - \text{la proportion de la population})}{\sqrt{(\text{la proportion de la population} * (1 - \text{la proportion de la population}))/\text{taille de l'échantillon}}}$

Tableau 3.8 Représentativité de l'échantillon

	Échantillon ⁴³ [n=177]	Population ⁴⁴ [N=887]	Différence significative ($p < 0,05$)
Première année – R1 (%)	54,8	46,30	surreprésentation
Deuxième année – R2 (%) ⁴⁵	45,2	53,70	sous-représentation
% femmes	82,5	72,40	surreprésentation
Âge médian (ans)	27,1	28,8	-
Université Laval (%)	23,7	25,3	-
Université de Montréal (%)	45,8	33,7	surreprésentation
Université McGill (%)	9,6	19,7	sous-représentation
Université de Sherbrooke (%)	20,3	21,0	-
Université d'Ottawa (%)	0,05 ⁴⁶	-	-

Étant donné que nous avons réalisé la collecte de données sur une période de deux ans et que nous visons à comprendre comment se passe la résidence en fonction des différentes étapes de la formation, le tableau 3.9 montre la répartition des répondants de l'échantillon en fonction de l'année de résidence pour différentes variables sociodémographiques recueillies dans le cadre de l'enquête.

⁴³ Aucun participant n'a rempli le formulaire deux fois. Toutes les données sont uniques.

⁴⁴ Données du Répertoire canadien sur l'éducation post-MD (2015)

⁴⁵ Les données R3 sont intégrées dans R2, compte tenu du nombre très faible (n=3).

⁴⁶ Donnée pour un seul répondant.

Tableau 3.9 Données sociodémographiques selon l'année de résidence

	R1	R2 ⁴⁷	Total
Fréquence par année	97 (54,8 %)	80 (45,2 %)	177 (100 %)
% femmes	81,4	83,8	82,5
Âge moyen (ans)	26,4	27,9	27,1
Université			
Université Laval (%)	25,8	21,3	23,7
Université de Montréal (%)	44,3	47,5	45,8
Université McGill (%)	10,3	8,8	9,6
Université de Sherb. (%)	18,6	22,5	20,3
Université d'Ottawa (%)	0,01	-	0,05
Périodes			
1 ^{er} trimestre [juillet-septembre] (%)	28,8	32,5	30,5
2 ^e trimestre [octobre-décembre] (%)	12,4	13,8	13,0
3 ^e trimestre [janvier-mars] (%)	44,3	33,8	39,5
4 ^e trimestre [avril-juin] (%)	14,4	20,0	17,0
Site distant			
Non (%)	52,6	55,0	53,7
Oui (%)	47,4	45,0	46,3

Les principales différences présentées au tableau 3.9 sont au niveau de la période dans laquelle les résidentes et résidents se trouvent lors de leur participation. Ainsi, les 1^{er} trimestre (juillet à septembre) et 3^e trimestre (janvier à mars) de la résidence sont des périodes où les répondants ont davantage participé. Tous les trimestres ont fait l'objet du même nombre de rappels (*voir* tableau 3.3).

⁴⁷ Les données R3 sont intégrées dans R2, compte tenu du nombre très faible (n=3).

Tableau 3.10 Données sociodémographiques selon l'année de résidence (suite)

	R1	R2 ⁴⁸	Total
Fréquence par année	97 (54,8 %)	80 (45,2 %)	177 (100 %)
Nombre de résidents totaux/GMF-U			
Moins de 6 (%)	2,1	3,8	2,8
6 à 10 (%)	20,6	11,2	16,4
11 à 15 (%)	20,6	23,8	22,0
16 à 20 (%)	20,6	20,0	20,3
21 à 25 (%)	25,8	33,8	29,4
26 à 30 (%)	4,1	2,5	3,4
Plus de 30 (%)	6,2	5,0	5,7
Choix de la médecine de famille			
Premier choix (%)	83,5	83,8	83,6
Choix intermédiaire (%)	13,4	12,5	13,0
Dernier choix (%)	3,1	3,7	3,4
Choix du GMF-U			
Premier choix (%)	73,2	66,3	70,1
Choix intermédiaire (%)	23,7	30,0	26,6
Dernier choix (%)	3,1	3,7	3,4

Le nombre de résidents totaux par GMF-U (*voir* tableau 3.10) permet de constater que le nombre médian de résidents par GMF-U est de 16 à 20 personnes. En plus des données présentées dans les tableaux 3.9 et 3.10, la représentation des répondantes et répondants montre que seulement 3,4 % sont diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU).

⁴⁸ Les données R3 sont intégrées dans R2, compte tenu du nombre très faible (n=3).

Ces répondants (6) présentent une moyenne d'âge plus élevée, soit 38,7 ans et sont issus du Maghreb, de l'Amérique du Sud ou de l'Europe de l'Est. Quatre d'entre eux détiennent, par ailleurs, un statut de résident permanent.

Le tableau 3.11 montre la répartition du nombre de répondants selon l'université d'attache. Ainsi, nous pouvons remarquer que les répondants de l'Université de Sherbrooke proviennent de milieux de plus petite taille où l'on retrouve moins de 16 résidents tandis que les répondants de l'Université McGill pratiquent dans des milieux plus grands où l'on trouve plus de 21 résidents. De plus, une différence se constate quant à la représentation des sites distants selon l'université d'attache. Pour l'Université de Montréal, les répondants proviennent deux fois plus de sites en région universitaire, alors qu'à l'Université de Sherbrooke les répondants proviennent 7 fois plus d'une région périphérique ou éloignée. Pour l'Université Laval et l'Université McGill, les répondants proviennent à parts semblables de l'un ou l'autre des types de sites.

Tableau 3.11 Répartition du nombre de répondants par université

	Université Laval	Université de Montréal	Université McGill	Université de Sherbrooke
Site distant [n=177]				
Non (%)	23,2	60,0	11,6	5,3
Oui (%) ⁴⁹	24,4	29,3	7,3	37,8
Nombre de résidents totaux/GMF-U [n=177]				
Moins de 6 (%)	4,8	-	5,9	5,6
6 à 10 (%)	14,3	11,1	5,9	36,1
11 à 15 (%)	33,3	24,7	11,8	8,3
16 à 20 (%)	21,4	19,8	23,5	19,4
21 à 25 (%)	23,8	44,4	11,8	8,3
26 à 30 (%)	2,4	-	5,9	11,1
Plus de 30 (%)	-	-	35,3	11,1

3.7 Techniques de collecte de données

Comme présenté sommairement dans la section sur le devis retenu (*voir* section 3.2), les techniques de collecte de données sont différentes pour les volets qualitatif et quantitatif. Elles sont présentées en détail dans les prochaines sections.

⁴⁹ La personne de l'Université d'Ottawa ayant participé était dans un site distant regroupant entre 21 et 25 résidents.

3.7.1 Entretien semi-dirigé

Le volet qualitatif de la recherche s'est principalement déroulé à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Ces entrevues ont permis d'explorer les multiples rôles exercés en fonction des différentes sphères de vie (professionnelle, scolaire, personnelle) ainsi que sur les liens avec la santé et la qualité de vie. Les entretiens visaient aussi une discussion sur les améliorations possibles pour faciliter la résidence.

La première étape de l'entretien était de faire remplir un questionnaire d'entretien par les résidents (*voir* Annexe C) en compagnie du chercheur. L'ensemble des énoncés se trouvant dans ce questionnaire proviennent de l'enquête en ligne (*voir* Annexe D). En plus de collecter des données quantitatives sur le statut de la résidence (ex. : année de résidence), la répartition du temps consacré aux différentes tâches, l'expérience vécue durant la résidence et sur la qualité de vie et la santé, ce formulaire visait à établir un climat de confiance en plus de favoriser la détermination de l'ordre d'importance des sphères de vie à discuter.

Étant donné que cette tâche demandée aux participantes et participants s'effectuait après avoir signé le formulaire de consentement à la recherche, l'enregistrement était démarré à ce moment. Les questions de clarification à l'égard de certains énoncés et les réactions des résidents permettaient d'orienter la suite de l'entretien. Par exemple, si un résident ricanait en complétant le nombre d'heures travaillées, nous avions l'indication qu'il y avait un élément à approfondir à ce propos si le résident n'en parlait pas d'emblée. De plus, les différentes réponses permettaient d'entamer la discussion sur certains aspects, comme par exemple le statut marital pour aborder les relations amoureuses.

Dès que le formulaire était rempli, les résidentes et résidents étaient invités à aborder des thématiques d'emblée en fonction du questionnaire. Pour celles et ceux qui le souhaitaient, les entretiens débutaient de cette façon. Dans tous les cas, les entrevues ont été réalisées à l'aide d'un canevas d'entretien (*voir* Annexe E). Dans la mesure où les participantes ou participants avaient besoin d'être plus dirigé lors de l'entrevue, la première question posée était la suivante :

Comment se passe votre résidence à ce jour?

En fonction de la réponse reçue, l'entretien se déroulait au gré du discours des participantes et participants. La structure du canevas utilisé permettait d'aborder les sphères de vie selon l'importance accordée à chacune de sphères de vie par les résidents. Pour chacune des sphères de vie, des questions de relance permettaient d'obtenir des informations sur les sources de stress, les éléments de satisfaction et d'insatisfaction vécues ainsi que les relations significatives. Dans la sphère professionnelle, ces questions visaient à mieux documenter la qualité de vie au travail qui est fortement influencée par la satisfaction et l'insatisfaction de l'emploi. Dans un souci de standardisation, ces mêmes sous-questions étaient posées pour chacune des sphères de vie. Compte tenu de la sensibilité du thème de la vie privée, nous avons misé sur la vie professionnelle et scolaire dès le départ afin de mettre le résident à l'aise et être en mesure de documenter cet aspect qui mènera d'une certaine façon à la vie privée.

Afin de répondre à nos questions de recherche secondaires, nous avons ajouté au canevas des questions sur les exigences en lien avec les rôles exercés dans les sphères, mais aussi les attentes de la part des différents partenaires de rôles. Dans la mesure où les résidents n'évoquaient pas spontanément des partenaires en particulier, nous en proposons. Par exemple, dans la sphère professionnelle, il était question des superviseurs alors que dans la sphère personnelle, il était question des amis.

Le canevas d'entretien comportait aussi une section sur la perception de la gestion du temps, de la qualité de vie et de la santé. Ces questions étaient abordées spécifiquement en fin d'entrevue si les résidents n'abordaient pas directement ces éléments. Ces questions avaient pour but de répondre à l'une de nos questions secondaires et ainsi de documenter plus spécifiquement ces perceptions. Finalement, dans le but de répertorier des solutions possibles et d'inscrire les entretiens dans une perspective positive, les améliorations possibles à la résidence et la perception des résidents quant aux différentes années à venir permettaient d'ouvrir et d'apporter du positif pour celles et ceux qui pouvaient discuter davantage d'insatisfactions ou de difficultés vécues.

Pour les résidents qui ont été rencontrés une deuxième fois, il a été plus facile d'aborder les questions relevant de la vie privée puisqu'un climat de confiance avait été installé entre le chercheur et le résident. À ces moments, une analyse sommaire de l'entrevue préalable, avant la rencontre avec le résident, a permis au chercheur de revoir ce qui avait été dit lors de cette rencontre et d'aborder avec le participant les éléments qui avaient changé ou qui étaient plus spécifiques à la fin de la résidence. À ce titre, la préparation aux examens de fin de résidence et la recherche d'un milieu de pratique étaient des éléments abordés avec les participants lors des rencontres réalisées en fin de résidence.

3.7.2 Enquête en ligne

L'outil principal de collecte de données quantitative était une enquête en ligne dont l'objectif était de documenter les caractéristiques de la résidence, les multiples rôles et les conflits de rôles, la perception générale de la santé et de la qualité de vie, les habitudes de vie ainsi que certaines stratégies de régulation pouvant être choisies par les résidents. Par ailleurs, des questions sociodémographiques étaient aussi du nombre.

L'enquête était composée de 85 énoncés, présentés en dix sections (*voir* Annexe D). Ces énoncés permettent de consigner les données pour 123 variables réparties dans 13 unités d'analyse (*voir* tableau 3.12 et annexe F). Afin que les variables puissent être comparées avec d'autres recherches ou aux données populationnelles, les types de variables, les énoncés et les sources des énoncés sont présentés dans le tableau 3.12. Bien que la majorité des énoncés proviennent de recherches antérieures, quelques-unes des questions sont originales, puisqu'elles permettent de documenter la spécificité du parcours de résidence au Québec.

Afin d'identifier si des résidentes ou résidents avaient répondu à plus d'une occasion durant leur résidence, un marqueur longitudinal était demandé aux répondants. Ainsi, dès le début du questionnaire, ils devaient indiquer le mois et le jour de naissance de leur mère et de leur père.

Tableau 3.12 Liste des variables par unité d'analyse

Unité d'analyse	Variable	Type de variable	Énoncés	Source des énoncés	
Profil du résident	Année de résidence	Nominale	Q1	questions originales	
	Période de la résidence	Discrète	Q2		
	Année de début de résidence	Discrète	Q3		
	Choix de la médecine de famille	Ordinale	Q7		
	Choix du GMF-U	Ordinale	Q8		
	Stage différent	Dichotomique	Q21		
	Stage effectué	Nominale	Q13/Q21a		adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Université d'attache du GMF-U	Nominale	Q4		Sondage national des médecins (2010)
Profil du milieu de résidence	Site distant	Dichotomique	Q5	adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011)	
	Nb. total de résidents dans le GMF-U	Ordinale	Q6		
	Nb. heures consacré à la résidence	Continue	Q14		
Charge de travail du résident	Proportion de temps consacré aux soins aux patients avec enseignement	Continue	Q15	adapté du Sondage national des médecins (2010)	

Charge de travail du résident (suite)		Proportion de temps consacré aux soins aux patients sans enseignement		Continue	Q15	adapté du Sondage national des médecins (2010)
		Proportion de temps consacré aux activités médico-administratives				
Proportion de temps consacré à l'étude		Proportion de temps consacré à l'assistance à un cours		Dichotomique	Q19	questions originales
Proportion de temps consacré à l'enseignement		Proportion de temps consacré à la recherche				
Proportion de temps consacré à un congrès		Garde dans les 7 derniers jours				
Nb. de garde de 3 heures		Nb. de garde en établissement		Ordinale	Q22	inspirés de Le Tourneur et Kolmy (2011) et de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
Nb. de garde à domicile				Ordinale	Q23	
				Ordinale	Q24	

Rôles sociaux	Nb. heures non liées à la résidence	Proportion de temps consacré aux activités individuelles	Proportion de temps consacré aux activités en couple	Proportion de temps consacré aux activités en famille	Proportion de temps consacré aux activités entre amis	Grossesse	Personne à charge	Nb. d'enfants à charge	Nb. de parents à charge	Nb. de frère ou sœur à charge	Nb. d'autres personnes à charge	Âge des personnes à charge	

questions originales

Rôles sociaux (suite)	Profession du père	Nominale	Q12	adapté du Sondage national des médecins (2010)
	Profession de la mère			
	Profession d'un membre de la fratrie			
	Profession du conjoint			
Modulation des multiples rôles	Nb. de jours de congés	Ordinale	Q28/Q29	inspirés de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
	Nb. de jours de maladie	Ordinale	Q30	inspiré de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
	Obstacle à la parentalité	Ordinale	Q11	Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Conflit de rôle	Ordinale	Q31	version canadienne-française de l'outil <i>Role of Conflict and Ambiguity Scales</i> de Rizzo, House et Lirtzman (1970) et des items des échelles de Beehr, Walsh et Taber (1976) et de Bacharach, Bamberger et Conley (1990) par Lachance (1998)
	Ambiguïté de rôle			
	Surcharge de rôle			

Harcèlement et d'intimidation	Épisodes de la part des patients	Ordinale	Q33	adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Épisodes de la part de la famille des patients			
	Épisodes de la part des externes			
	Épisodes de la part de l'équipe soignante			
	Épisodes de la part des résidents juniors			
	Épisodes de la part des résidents de la même année			
	Épisodes de la part de résidents séniors			
	Épisodes de la part de résidents coordonnateurs			
	Épisodes de la part de patrons omnipraticiens			
	Épisodes de la part de patrons spécialistes			

Reconnaissance	Reconnaissance du statut de résident	Ordinale	Q35	adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Épisodes de la part des patients			
	Épisodes de la part de la famille des patients			
	Épisodes de la part des externes			
	Épisodes de la part de l'équipe soignante			
	Épisodes de la part des résidents juniors			
	Épisodes de la part des résidents de la même année			
	Épisodes de la part de résidents séniors			
	Épisodes de la part de résidents coordonnateurs			
	Épisodes de la part de patrons omnipraticiens			
Épisodes de la part de patrons spécialistes	Ordinale	Q36		

Perception de l'anxiété	Perception d'erreurs médicales à la prise en charge	Ordinale	Q32	adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Perception d'erreurs médicales au transfert			
	Peur d'erreurs médicales			
	Préoccupation à l'égard des patients hors travail			
Perception de la qualité de vie	Anxiété de performance cognitive	Ordinale	Q34	énoncés de l'anxiété cognitive de performance de l' <i>Échelle d'état d'anxiété du sportif en compétition</i> (Cury et al., 1999)
	Satisfaction de la nature des tâches	Ordinale	Q10	question originale
	Satisfaction des apprentissages			
	Satisfaction du climat de travail			
	Satisfaction du travail	Ordinale	Q38	adapté de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
	Nb. heures de sommeil	Ordinale	Q18	Baldwin et Daugherty (2004)
	Satisfaction du sommeil	Ordinale	Q20	WHOQOL-BREF (1993)

Perception de la qualité de vie (suite)	Satisfaction de la qualité de vie	Ordinale	Q37	WHOQOL-BREF (1993)	
	Capacité de concentration	Ordinale	Q39		
	Vie agréable	Ordinale	Q40		
	Croyances personnelles	Ordinale	Q41		
	Sentiments négatifs	Ordinale	Q44		
	Satisfaction du temps avec l'entourage	Ordinale	Q43		
	Satisfaction des relations avec la famille	Ordinale	Q38		adapté de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
	Satisfaction des relations avec les amis				
	Satisfaction du temps avec la famille				
	Satisfaction du temps avec les amis				
	Opinion de soi	Ordinale	Q42	WHOQOL-BREF (1993)	
	Satisfaction de soi-même	Ordinale	Q38	adapté de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)	
	Satisfaction des activités de loisir		Q38		
	Satisfaction de la situation financière	Ordinale	Q38		
	Satisfaction de l'apparence du corps	Ordinale	Q38		

Perception générale de la santé	Capacité à accomplir des tâches quotidiennes	Ordinale	Q38	adapté de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)		
	Satisfaction de la santé	Ordinale	Q45	WHOQOL-BREF (1993)		
	Perception de douleur physique	Ordinale	Q46			
	Traitement médical nécessaire	Ordinale	Q47			
	Pratique de sport	Dichotomique	Q48			
		Nominale	Q49			
	Fréquence de pratique de sport	Ordinale	Q49b			
	Type de pratique de sport	Nominale	Q49c			
	Habitudes de vie	Perception des habitudes de vie	Ordinale		Q50	inspiré de Statistique Canada (2007)
		Perception des habitudes alimentaires	Ordinale		Q51	
Perception de modification du poids		Nominale	Q52			
Consommation d'alcool		Ordinale	Q55			
Conduite sous effet de la fatigue		Ordinale	Q53			
Consommation de caféine		Ordinale	Q54			
				inspiré de Baldwin et Daugherty (2004)		
				question originale		

Habitudes de vie (suite)	Consommation de substances pour dormir	Nominale	Q56	inspirés de Baldwin et Daugherty (2004); RISQ (2013); Statistique Canada (2007)
	Consommation de substances pour rester éveillé		Q57	
	Consommation de substance pour fonctionner au quotidien		Q58	
Stratégie de régulation	Intention de quitter	Ordinale	Q9	Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Méthodes de gestion d'horaire	Dichotomique	Q25/ 25a	question originale
	Nb. de jours de congé pour études	Ordinale	Q26	inspirés de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
	Nb. de jours de congé pour congrès	Ordinale	Q27	
	Pistes d'amélioration	Ordinale	Q59	question originale
	Sexe	Dichotomique	Q60	
Données sociodémographiques	Orientation sexuelle	Nominale	Q60a	Statistique Canada (2007)
	Âge	Continue	Q61	question originale
	État matrimonial/civil	Nominale	Q62	Statistique Canada (2007)
	Lieu de naissance	Nominale	Q65	Statistique Canada (2007)
	Statut au Canada	Nominale	Q66	Sondage national des médecins (2010)

Données sociodémographiques (suite)	Diplômé hors Canada et États-Unis (DHCEU)	Dichotomique	Q67	question originale
	Formation prédoctorale à compléter avant la résidence	Nominale	Q68b	
	Diplomation avant la résidence	Dichotomique	Q68/Q68a/Q68c/	Sondage national des médecins (2010)
	Université de la formation prédoctorale	Nominale	Q69	

Avant la mise en ligne du questionnaire, une validation a été effectuée auprès de deux organisations contactées⁵⁰ dans le cadre de la construction sociale. Des représentants de ces organisations ont vérifié si les questions correspondaient à la réalité vécue par les résidents en médecine de famille en plus de s'assurer que le vocabulaire était précis. Un prétest a aussi été effectué auprès de cinq résidentes et résidents. Pour réaliser le prétest, des résidents connus du chercheur ont été contactés. Lors de ce prétest, les résidents devaient répondre au questionnaire sans interruption. Le temps moyen requis pour répondre aux questions était de 17 minutes et 4 secondes [12 min. 14 sec. — 25 min. 03' sec.]. En plus de remplir le questionnaire, les résidents devaient indiquer au chercheur les questions à discuter lors d'un court entretien qui avait pour but de clarifier le questionnaire. En plus de modifier la structure de certaines questions pour en faciliter la compréhension, cinq questions ont été ajoutées à la suite du prétest pour tenir compte de préoccupations dans la réalité vécue par les résidents en médecine de famille (voir tableau 3.13).

⁵⁰ Le Programme d'aide aux médecins et la Fédération des médecins résidents du Québec ont été acceptés de valider l'enquête.

Tableau 3.13 Liste des énoncés ajoutés après le prétest

Variable	Énoncés	Source des énoncés
Nombre de gardes de 3 heures	Q22. Le mois dernier, combien de gardes en établissement de 3 heures (point ou « buffer ») avez-vous effectuées ? [0=aucune, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=plus de 5]	question originale
Perception des habitudes de vie	Q50. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes de vie sont : [1=excellentes, 2=très bonnes, 3=bonnes, 4=passables, 5=mauvaises]	inspiré de Statistique Canada (2007)
Perception des habitudes alimentaires	Q51. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont : [1=excellentes, 2=très bonnes, 3=bonnes, 4=passables, 5=mauvaises]	inspiré de Statistique Canada (2007)
Perception de la modification du poids	Q52. Depuis le début de votre résidence, avez-vous [1=gardé presque le même poids, 2=pris du poids, 3=perdu du poids, 4=pris et perdu du poids à plusieurs reprises (fait le yoyo)]	inspiré de Statistique Canada (2007)
Grossesse	Q63. Durant votre résidence, avez-vous eu une grossesse ou êtes-vous enceinte en ce moment. [1=je suis enceinte, 2=j'ai eu une grossesse rendue à terme, 3=j'ai eu une grossesse non rendue à terme, 4= ne s'applique pas] ⁵¹	question originale

⁵¹ Cette question visait à vérifier si les modifications au poids sont explicables par une grossesse.

3.8 Réduction de variables par analyses factorielles

Considérant le nombre élevé de variables, des analyses factorielles ont été effectuées pour réduire le nombre de variables utilisées dans les différentes analyses par statistiques descriptives ou inférentielles. Cette méthode statistique a permis de créer de nouvelles variables composites qui regroupent certains énoncés similaires.

Le but visé par l'analyse factorielle est de condenser, sous forme de composantes, un ensemble d'informations provenant d'un grand nombre de variables. Ces analyses prennent en considération les corrélations entre un ensemble de variables et font ressortir des groupements de variables qui sont fortement interreliées. Ces corrélations s'expriment sous la forme de coefficient de saturation (*factor loading*), soit la corrélation entre les variables originales et la composante. Le carré du coefficient de saturation correspond au pourcentage de la variance de la variable originale qui est expliquée par la nouvelle dimension (Hair *et al.*, 2010).

Deux objectifs distincts sont poursuivis avec cette technique statistique. Premièrement, il s'agit de procéder à une identification de la structure conceptuelle des composantes (*data summarization*) et par la suite, d'effectuer une réduction des composantes (*data reduction*) afin de créer de nouvelles variables. L'ensemble de cette technique doit donc définir une structure tout en minimisant la perte d'informations essentielles (Hair *et al.*, 2010).

Selon Hair *et al.* (2010), plusieurs conditions d'utilisation sont nécessaires pour réaliser ce type d'analyse. Il faut d'abord que les variables soient majoritairement métriques et qu'il existe un minimum de corrélation entre les variables. Une matrice de corrélation permet de valider cette information. De plus, un minimum de cinq variables doit être considéré pour chaque analyse.

Parmi les autres règles méthodologiques importantes, ces auteurs recommandent d'avoir un minimum de cinq variables par composantes connues ou présumées et d'avoir un échantillon d'au moins 50 personnes et idéalement de considérer entre cinq et dix observations par variable.

La première étape d'analyse consiste à valider les corrélations entre les différents énoncés concernés par l'analyse en composante principale. Des corrélations de plus de 0,5 entre les variables permettent de dire qu'il s'agit de corrélations fortes. Dès que la vérification des corrélations est effectuée, il importe de valider la qualité de ces corrélations. Hair *et al.* (2010) suggèrent d'utiliser une mesure d'adéquation de l'échantillon soit l'indice KMO. Pour cette mesure, qui s'étend entre 0 et 1, plus le résultat s'approche de 1, plus chaque variable peut être prédite sans erreur venant d'une autre variable. Une valeur de moins de 0,5 indique une mesure d'adéquation inacceptable alors qu'une valeur de plus de 0,7 est une bonne mesure et une valeur de plus de 0,8 est une excellente mesure. En plus de cet indice, il faut vérifier si toutes les intercorrélations entre les énoncés sont significatives. Pour ce faire, Hair *et al.* (2010) propose l'utilisation du test de sphéricité de Bartlett pour confirmer que toutes les variables sont parfaitement indépendantes les unes des autres, en tenant compte d'un seuil de signification de moins de 0,05.

La seconde étape consiste à indiquer le nombre de facteurs à extraire dans l'analyse factorielle. Il est habituel, lors d'une première analyse, d'utiliser la valeur propre initiale, soit la portion significative de la variance totale. Une valeur propre de plus de 1 est considérée comme étant significative. Lors de ces analyses, il importe de s'assurer que le pourcentage de variance excède 60 % pour déterminer le nombre de facteurs à conserver. Dans certains cas, il a été requis de restreindre les données à un nombre de facteurs plus faibles que proposés par l'analyse initiale pour atteindre un pourcentage de variance qui excède le 60 % nécessaire.

Lors d'une analyse factorielle en composantes principales, les données peuvent être regroupées intégralement ou selon une rotation. Par une rotation des données, il est possible d'évaluer le maximum de variance possible dans la corrélation entre les variables. En agissant de la sorte, les données présentent un regroupement optimal de variables. Comme la rotation VARIMAX maximise la somme des variances requise pour chacun des coefficients de saturation, ce type de rotation a été retenu.

Compte tenu du nombre de répondants pour chacune des questions, les lignes directrices concernant une signification statistique à 0,05 telles que présentées par Hair *et al.* (2010) montrent que pour un échantillon de 200 personnes et moins, il faut conserver les coefficients de saturation de plus de 0,40, voire même 0,50. Dans le cas où un énoncé présentait deux coefficients de saturation élevés, un écart de plus de 0,30 devait être observé entre les deux coefficients de saturation pour que le plus élevé soit retenu. Pour certaines analyses, ces étapes ont dû être reprises en enlevant certains énoncés ou pour augmenter ou diminuer le nombre de composantes. Cette répétition a pour but d'augmenter les coefficients de saturation. Une fois l'analyse factorielle complétée, il a été possible de renommer ou de créer une nouvelle variable avec les composantes obtenues en effectuant la moyenne des valeurs des variables qui composent la nouvelle variable composite. Selon Hair *et al.* (2010), la moyenne des indicateurs d'une composante est égale à l'ensemble des indicateurs pris individuellement.

Pour valider la cohérence interne des outils de collecte de données ainsi que pour les nouvelles variables composites créées à l'aide d'analyses factorielles, une analyse de l'homogénéité interne est nécessaire. Pour effectuer ces analyses, l'alpha de Cronbach est la mesure la plus utilisée. Cet indice, qui prend en compte le nombre d'éléments et le coefficient interénoncé, est réparti entre 0 et 1. Plus la valeur s'approche de 1, plus les éléments regroupés sont homogènes. Selon Hair *et al.* (2010), une valeur supérieure à 0,70 est considérée comme étant satisfaisante.

3.8.1 Analyse factorielle pour ambiguïté, conflits et surcharge de rôle

En se basant sur les échelles de conflits de rôle⁵² et de surcharge de rôle⁵³ adaptée au contexte québécois par Lachance (1998) il est possible d'identifier les différents concepts prévus par ces échelles dans le cadre de l'enquête en ligne. Par une analyse factorielle en composante principale, il a été possible d'obtenir un modèle, composé de quatre facteurs, qui expliquent 62,14 % de la variance⁵⁴. Alors que l'ambiguïté de rôle correspond aux mêmes énoncés que ceux identifiés par les auteurs précédemment cités, les énoncés du conflit de rôle ont été scindés en deux composantes (conflits de rôle inter-émetteur et incongruité de rôle) et non regroupés dans une seule (conflit de rôle).

Pour l'ambiguïté de rôle, qui réfère à la clarté des attentes⁵⁵, cette nouvelle variable est composée de six énoncés dont les coefficients de saturation vont de 0,47 à 0,84 (voir Annexe G) et pour lesquels le coefficient de cohérence interne est de 0,86. Ces énoncés sont :

- Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail
- Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés
- Je sais que j'ai bien réparti mon temps
- Mes responsabilités sont clairement définies
- Je sais exactement ce qu'on attend de moi
- Les explications de ce que je dois faire sont claires

⁵² Basée sur l'échelle de conflit de rôle de Rizzo, House et Lirtzman (1970)

⁵³ Basée sur les items des échelles de Beehr, Walsh et Taber (1976) et de Bacharach, Bamberger et Conley (1990)

⁵⁴ La mesure d'adéquation de l'échantillon KMO est de 0,84, au-dessus de la valeur recommandée de 0,70. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($\chi^2(153) = 1185,98, p < .001$).

⁵⁵ Plus le résultat est élevé, plus il y a de la clarté dans les attentes et ainsi moins d'ambiguïté.

Comme indiqué à la page précédente, le conflit de rôle est réparti en deux types : les conflits de rôle inter-émetteur et l'incongruité de rôle. Ainsi, nous retrouvons une composante de conflit de rôle qui regroupe trois éléments. Ces trois éléments, qui relèvent davantage du conflit de rôle inter-émetteur, présentent un coefficient de cohérence interne de 0,72 et présentent des coefficients de saturation oscillant entre 0,67 et 0,81.

- Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non par les autres
- Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes
- Je travaille avec deux ou plusieurs groupes de personnes qui fonctionnent différemment.

Le deuxième type de conflit de rôle correspond à l'incongruité de rôle. Cette composante, avec un coefficient de cohérence interne de 0,77, regroupe les cinq éléments suivants avec des coefficients de saturation allant de 0,58 à 0,81 :

- On m'attribue une tâche sans la main-d'œuvre nécessaire pour la compléter
- On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter
- Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement
- Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches
- Je dois travailler sur des choses peu importantes

Nous classons ces énoncés dans le concept d'incongruité de rôle puisqu'ils correspondent à des contraintes organisationnelles qui entraînent les personnes dans un dilemme entre leurs valeurs liées au devoir des soins aux patients et les contraintes provenant de restrictions organisationnelles.

L'analyse en composante principale réalisée a aussi permis de regrouper trois énoncés pour former une composante portant sur la surcharge de rôle et dont le coefficient de cohérence interne est de 0,80. Ces énoncés, dont les coefficients de saturation se situent entre 0,74 et 0,82, sont :

- Souvent, il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne
- À mon travail, les standards de performance sont trop élevés
- On me presse de faire mon travail.

3.8.2 Analyse factorielle pour la qualité de vie

Compte tenu de tous les énoncés qui concernent l'unité d'analyse de la perception de la qualité de vie, une analyse factorielle en composante principale a permis d'identifier des énoncés, basés sur une échelle de Likert en 5 points, qui composent trois facteurs qui permettent d'expliquer 68,21 % de la variance⁵⁶. Ces facteurs permettent de créer de nouvelles variables qui sont la satisfaction du temps personnel, la qualité de vie au travail et l'opinion de soi (*voir* Annexe H).

⁵⁶ La mesure d'adéquation de l'échantillon KMO est de 0,74, légèrement au-dessus de la valeur recommandée de 0,70. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($\chi^2(36) = 769.28, p < .001$).

Pour la satisfaction du temps personnel, quatre énoncés avec des coefficients de saturation allant de 0,70 à 0,86, présentent un coefficient de cohérence interne de 0,79.

Ces énoncés sont :

- En général estimez-vous que vous consacrez suffisamment de temps à votre entourage
- En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait du temps consacré à vos relations familiales
- En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait du temps consacré à vos relations amicales
- En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos activités de loisir

Les énoncés concernant la satisfaction de la qualité de vie au travail ont été créés à partir des commentaires reçus lors du prétest auprès de résidentes et de résidents. Trois énoncés peuvent être regroupés pour former une variable composite avec des coefficients de saturation allant de 0,58 à 0,81. Le coefficient de cohérence interne est de 0,74⁵⁷ pour les énoncés suivants :

- En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne, les apprentissages faits durant votre résidence
- En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne, la nature de vos tâches
- En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne, le climat de travail

⁵⁷ Dans la mesure où l'on enlève l'énoncé sur le climat de travail, la mesure de cohérence interne descend à 0,71. Nous avons décidé de le garder pour créer une variable avec trois énoncés.

La dernière dimension représente les variables dont les libellés sont des énoncés sur le sens de la vie, l'opinion de soi et la satisfaction de soi. Conceptuellement, ces variables peuvent être associées. Un indice de cohérence interne de 0,80 nous démontre que statistiquement, ces variables peuvent aussi être liées. Les énoncés qui composent cette variable ont des coefficients de saturation entre 0,76 et 0,85 et sont les suivants :

- Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?
- En général, avez-vous une bonne opinion de vous-même ?
- En général, êtes-vous satisfait de vous-même ?

3.8.3 Analyse factorielle pour l'anxiété de performance

Afin de documenter l'anxiété de performance cognitive, une analyse factorielle en composante principale a permis de regrouper les énoncés de Cury *et al.* (1999). Ces énoncés, basés sur une échelle de Likert en quatre points, sont :

- Je doute de moi
- J'ai peur de ne pas être à la hauteur lors de la résidence
- J'ai peur d'échouer
- J'ai peur d'échouer à cause de la pression
- J'ai peur d'être peu performant-e
- J'ai peur de ne pas atteindre mon but
- J'ai peur de décevoir

À ces énoncés, l'analyse en composante principale a permis d'ajouter l'énoncé adapté de Le Tourneur et Kolmy (2011) qui porte sur la peur des erreurs médicales. Cet énoncé, basé sur une échelle de Likert en 5 points est :

- De façon générale, vous avez peur de faire une erreur médicale

Tous ces énoncés qui se regroupent dans un seul facteur permettent d'expliquer 62,44 % de la variance⁵⁸ avec des coefficients de saturation de 0,65 à 0,86 (*voir* Annexe I). Le coefficient de cohérence interne pour ces énoncés est de 0,91,2.

3.8.4 Analyse factorielle pour la reconnaissance

Pour être en mesure de regrouper certains partenaires de rôle qui offrent de la reconnaissance, une analyse factorielle en composante principale des différents types de partenaires de rôle a permis d'identifier trois facteurs qui permettent d'expliquer 74,41 % de la variance⁵⁹ (*voir* Annexe J). De ces trois facteurs, les énoncés qui concernent les patients et la famille du patient peuvent être réunis ensemble puisque les coefficients se situent entre 0,92,0 et 0,94,9, la cohérence interne est de 0,88 et ces deux types de partenaires sont conceptuellement semblables. Les énoncés portant sur les collègues peuvent aussi être réunis conceptuellement puisque les coefficients se situent entre 0,77 et 0,92 avec un indice de cohérence interne de 0,93.

⁵⁸ La mesure d'adéquation de l'échantillon KMO est de 0,90, au-dessus de la valeur recommandée de 0,70. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($\chi^2 (28) = 1300,4$, $p < 0,001$).

⁵⁹ La mesure d'adéquation de l'échantillon KMO est de 0,82, au-dessus de la valeur recommandée de 0,70. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($\chi^2 (55) = 1909,86$, $p < 0,001$).

Même si les coefficients de saturation sont satisfaisants pour le troisième facteur, le coefficient de cohérence interne se situe à la limite souhaitée (0,70). Une analyse conceptuelle des éléments de ce facteur nous oblige à la prudence. Considérant que les superviseurs et l'équipe soignante, qui composent ce facteur, ne représentent pas des sources de reconnaissance conceptuelle similaires, nous avons opté pour ne pas créer de nouvelle variable avec ces partenaires de rôles. En fonction des analyses factorielles effectuées, le tableau 3.14 présente les nouvelles variables créées à partir de celles déjà présentées au tableau 3.12.

Tableau 3.14 Liste des nouvelles variables obtenues par analyses factorielles

Ancienne variable	Énoncé concerné	Nouvelle variable
Conflit de rôle	Q31	Conflit de rôle inter-émetteur
	Q31	Incongruité de rôle
Ambiguïté de rôle	Q31	Ambiguïté de rôle
Surcharge de rôle	Q31	Surcharge de rôle
Satisfaction du temps avec l'entourage	Q43	Satisfaction du temps personnel
Satisfaction du temps avec la famille	Q38	
Satisfaction du temps avec les amis	Q38	
Satisfaction activités de loisir	Q38	
Satisfaction de la nature des tâches	Q10	Qualité de vie au travail
Satisfaction des apprentissages	Q10	
Satisfaction du climat de travail	Q10	
Satisfaction de soi-même	Q38	Opinion de soi
Croyances personnelles	Q41	
Opinion de soi-même	Q42	
Épisodes de reconnaissance des patients	Q36	Reconnaissance des patients et de la famille
Épisodes de reconnaissance de la famille des patients		

Épisodes de reconnaissance des résidents juniors		Reconnaissance des collègues
Épisodes de reconnaissance des résidents de la même année		
Épisodes de reconnaissance des résidents séniors		
Épisodes de reconnaissance du résident coordonnateur		

3.9 Techniques d'analyse par statistiques descriptives

La première étape avec les données quantitatives est de faire une analyse descriptive des différentes variables (*voir* tableau 3.15). Pour les variables nominales et dichotomiques, un tri à plat des variables permet d'étudier la distribution des données, soit d'obtenir le nombre d'effectifs pour chacune des catégories. Pour les variables continues ou discrètes, les mesures de tendances centrales (moyenne, médiane), de dispersion (écart-type, étendue et coefficient de variation) et de distribution (coefficient standardisé d'aplanissement et d'asymétrie) sont plus à propos. Pour les variables ordinales, un tri à plat, des mesures de tendances centrales, de dispersion et de distribution sont effectués.

Tableau 3.15 Analyses descriptives selon le type de variable

Type de variables	Analyses descriptives
Variables nominales	Tri à plat Distribution des données
Variables dichotomiques	
Variables continues	Mesures de tendances centrales Mesures de dispersion Mesures de distribution
Variables discrètes	
Variables ordinales	Tri à plat Distribution des données Mesures de tendances centrales Mesures de dispersion Mesures de distribution

Les mesures de distribution sont utilisées pour vérifier la normalité des données. Ainsi, pour que l'échantillon reflète la population dans un intervalle de confiance de 95 %, les coefficients d'asymétrie et d'aplatissement obtenus par score Z doivent se situer entre -2 et +2 (Fortin, 2010). Dans le cas où la valeur des coefficients était trop près des normes prévues, un test de Shapiro-Wilk nous a révélé si la distribution de l'échantillon suit une loi normale. Si la signification statistique se trouve à plus de 0,05, l'hypothèse nulle ne peut pas être rejetée et l'échantillon est considéré comme normalement distribué (Field, 2009).

Lors de cette étape, nous avons aussi recodé certaines valeurs obtenues pour des énoncés afin de faciliter les analyses par statistiques descriptives et inférentielles. Le tableau 3.16 présente les valeurs d'énoncés qui ont été recodées.

Tableau 3.16 Valeurs d'énoncés recodés

Variable	Énoncés	Valeurs initiales	Valeurs recodées
Période de résidence/trimestre de résidence ⁶⁰	Q2. À quelle période de résidence êtes-vous rendu ?	Variable discrète	1 = juillet, août, septembre 2 = octobre, novembre, décembre 3 = janvier, février, mars 4 = avril, mai, juin
Choix de la médecine de famille	Q7. En fonction du CaRMS, votre orientation en médecine de famille était votre :	1=1 ^{er} choix, 2=2 ^e choix, 3=3 ^e choix, 4 = Autre choix, 5= Dernier choix	1=1 ^{er} choix, 2=choix intermédiaire, 3=dernier choix
Choix du GMF-U	Q8. L'UMF à laquelle vous êtes rattachée correspond auquel de vos choix :		
Profession des partenaires de rôle (père, mère, fratrie, conjoint)	Q12. Laquelle des professions s'applique aux membres de votre famille	1=médecine, 2=soins infirmiers, 3=pharmacie, 4=autre professionnel de la santé, 5=autre secteur d'activité	1=médecine 2=autre professionnel la santé 3=autre secteur d'activité

⁶⁰ Considérant le recodage des valeurs de cet énoncé, il est de mise de créer une nouvelle variable nommée trimestre avec les nouvelles valeurs.

Stage effectué	Q13. Quel stage effectuez-vous présentement ?	1=Stage intégré en médecine de famille, 2= UMF, 3=Cardiologie, 4=Chirurgie, 5=Obstétrique, 6=Hospitalisation, 7=Locomoteur, 8=Médecine familiale en région, 9=Médecine interne, 10=Pédiatrie, 11=Périnatalité, 12= Psychiatrie, 13=Soins aux personnes âgées (gériatrie), 14=Soins critiques/soins intensifs, 15=Soins palliatifs, 16=Stage de nuit, 17=Urgence, 18=Autre	1 = choix 1, 2, 8 2 = autres choix 3 = choix 18
	Q21a. Quel stage avez-vous effectué ?		
Âge	Q61. Quel âge avez-vous ?	Valeur discrète	1 = moins de 28 ans 2 = plus de 28 ans
État matrimonial /civil	Q62. Quel est votre état matrimonial actuel ?	1=Marié, 2=En union libre ou conjoint de fait, 3=Veuf, 4=Séparé, 5=Divorcé, 6=Célibataire, jamais marié	1 = marié, union libre, conjoint de fait 2 = veuf, séparé, divorcé 3 = célibataire
			1 = en couple 2 = célibataire

3.10 Techniques d'analyse par statistiques inférentielles

Comme l'indique Fortin (2010), les statistiques inférentielles permettent d'inférer les données obtenues pour un échantillon à une population. Les principaux tests statistiques sont classés en tests paramétriques et non paramétriques. Les tests paramétriques ne peuvent être utilisés que si les conditions suivantes sont respectées :

- les données sont normalement distribuées
- la variance n'est pas nulle

Parmi les tests statistiques inférentiels paramétriques on retrouve le test t de Student pour comparer les moyennes de deux groupes indépendants, l'analyse de variance (ANOVA) pour comparer plusieurs groupes, la corrélation bivariée pour connaître la relation entre deux variables et la régression linéaire multiple pour connaître la relation entre plusieurs variables. Pour les tests non paramétriques, on retrouve le test W de Mann-Whitney (Wilcoxon) pour comparer les médianes de deux groupes indépendants, le test H de Kruskal-Wallis pour comparer plusieurs groupes.

3.10.1 Comparaison de plusieurs groupes indépendants

Lorsqu'il existe plusieurs groupes dans une même variable continue et que les valeurs sont uniques pour chacun des groupes, il est possible de réaliser une analyse de variance (ANOVA) pour vérifier si les moyennes entre les groupes sont les mêmes. En plus de provenir de groupes indépendants, les valeurs doivent respecter certaines prémisses pour que le test d'analyse de variance soit valide. Ainsi, les valeurs doivent être distribuées selon une loi normale et les variances des échantillons doivent être égales. Pour la dernière prémisse, le test de Levene est utilisé.

L'analyse de variance a pour objectif de tester l'hypothèse nulle qui consiste à savoir si la variabilité entre les moyennes est différente dans un même groupe (intragroupe) et entre les groupes (inter-groupe). L'hypothèse est alors testée par la statistique F. Une fois que l'hypothèse nulle est rejetée et que les moyennes sont différentes entre les groupes, il suffit de réaliser des comparaisons entre deux groupes si cela est possible ou d'effectuer des comparaisons pairées, aussi nommés test post-hoc. Pour limiter les risques de trouver une comparaison de moyenne significative basée sur le hasard, il est nécessaire d'utiliser une correction de Bonferonni qui consiste à diviser le seuil de signification par le nombre de comparaisons effectuées. Dans l'éventualité où les données ne suivent pas une loi normale, le test H de Kruskal-Wallis, dont le seuil de signification est fixé à 0,05 permet de rejeter l'hypothèse nulle ce qui indique que les données proviennent d'un même échantillon. Les comparaisons pairées peuvent ainsi être réalisées par la suite en tenant compte de la correction de Bonferonni.

Pour toutes les variables continues et ordinales, nous avons effectué des comparaisons de plusieurs groupes indépendants selon les variables nominales présentées au tableau 3.17.

Tableau 3.17 Comparaison de plusieurs groupes indépendants

Variables	Valeurs pour les groupes
Trimestre	1 ^{er} trimestre/2 ^e trimestre/3 ^e trimestre/4 ^e trimestre
Université d'attache du GMF-U	Université Laval/ Université de Montréal/ Université McGill/ Université de Sherbrooke
Nb. total de résidents dans le GMF-U	Moins de 6/6 à 10/11 à 15/16 à 20/21 à 25/26 à 30/plus de 30
Choix de la médecine de famille	1 ^{er} choix/Choix intermédiaire/Dernier choix
Profession du père (valeurs originales)	Médecine/ Soins infirmiers/ Pharmacie/ Autre professionnel de la santé/ Autre secteur d'activité
Profession de la mère (valeurs originales)	
Profession d'un membre de la fratrie (valeurs originales)	
Profession du conjoint (valeurs originales)	
Profession du père (valeurs recodées)	Médecine/Autre professionnel de la santé/Autre secteur d'activité
Profession de la mère (valeurs recodées)	
Profession d'un membre de la fratrie (valeurs recodées)	
Profession du conjoint (valeurs recodées)	
Stage effectué (valeurs recodées)	Stage en médecine de famille/stage en spécialités et autre stage

3.10.2 Comparaison de deux groupes indépendants

En présence d'une variable dichotomique ou pour préciser deux groupes à partir de comparaison de plusieurs groupes indépendants, il est possible de procéder à une comparaison de deux groupes indépendants. Lorsque les données suivent une loi normale, que la variable dépendante est continue et que les mêmes observations ne se trouvent pas dans les groupes, il est possible de comparer les moyennes de deux groupes indépendants et de tester l'hypothèse à savoir si les moyennes des deux groupes sont différentes ou si toutes les observations proviennent d'un même groupe. La variance et la taille des deux groupes sont alors prises en compte.

Pour rejeter l'hypothèse nulle et conclure que les deux groupes présentent des moyennes différentes, le degré de signification doit être plus petit que 0,05. Finalement, pour caractériser la taille de l'effet, il est possible de calculer l'indice éta-carré qui est égal au r^2 . Afin de connaître l'effet, il est possible d'effectuer la racine carrée du éta-carré pour obtenir le r . Selon les balises de Cohen (1988), une valeur de r autour de 0,1 correspond à un effet de petite taille; une valeur autour de 0,3 est un effet de taille moyenne et une valeur de plus de 0,5 est un effet de grande importance.

Dans la mesure où les données ne suivent pas une loi normale, l'analyse de moyenne n'est pas possible. Il faut donc réaliser une analyse des médianes et tester l'hypothèse nulle sur le rang moyen de l'échantillon par le test W de Mann-Whitney (Wilcoxon). Tout comme pour le test t de Student, le rejet de l'hypothèse nulle est fixé à 0,05. Finalement, il est possible de réaliser un test Z de Kolmogorov-Smirnov pour évaluer si deux échantillons sont distribués de la même façon. Une différence significative à un seuil de signification de 0,05 démontre que les deux échantillons ne sont pas issus de la même distribution et permet de savoir si les répondantes et répondants ont répondu différemment.

Pour toutes les variables continues et ordinales, nous avons effectué des comparaisons de deux groupes indépendants selon les variables nominales ou dichotomiques présentées au tableau 3.15. Pour les variables présentées en tableau 3.18, nous avons procédé à certaines comparaisons de deux groupes indépendants quand la correction Bonferonni donnait des résultats limites.

Tableau 3.18 Comparaison de deux groupes indépendants

Variables	Valeurs pour les groupes
Année de résidence	R1/R2 ⁶¹
Site distant	oui/non
Choix de la médecine de famille	1 ^{er} choix/dernier choix
	1 ^{er} choix/choix intermédiaire
	choix intermédiaire/dernier choix
Choix du GMF-U	1 ^{er} choix/dernier choix
	1 ^{er} choix/choix intermédiaire
	choix intermédiaire/dernier choix
Sexe	Femme/Homme
État matrimonial/civil	couple/célibataire
Personnes à charge	oui/non

⁶¹ Compte tenu du faible nombre de résidents en troisième année, les données ont été jumelées aux données des résidents de deuxième année.

3.10.3 Corrélations bivariées

Afin de connaître la valeur de la relation linéaire entre deux variables, il est possible d'utiliser la corrélation de Pearson. Ce test statistique se base sur la covariance entre deux variables qui doivent être continues et qui suivent idéalement une loi normale. Le coefficient de corrélation obtenu par ce test statistique, représenté par la lettre r , est une valeur qui se trouve sur un continuum entre -1 et +1. Une valeur positive indique que plus une variable augmente, plus l'autre variable augmente. À l'inverse, une valeur négative révèle que plus une variable augmente, plus l'autre variable diminue. Une valeur de 0 correspond à une absence de corrélation entre les variables. Par ailleurs, le coefficient de corrélation est toujours associé à un seuil de signification dont la valeur doit être inférieure à 0,05. Si ce seuil est supérieur à 0,05, il faut considérer le coefficient de corrélation identique à 0, soit qu'il n'y a pas de relation entre les variables. La liste des corrélations bivariées effectuées se trouve dans le tableau 3.19.

Tableau 3.19 Liste des corrélations bivariées

Variable (A)	Variable (B)
Université de la résidence	Site distant
	Nb. total de résidents dans le GMF-U
	Université formation prédoctorale
Site distant	Nb. total de résidents dans le GMF-U
Choix de la médecine de famille	Choix du GMF-U
Intention de quitter la profession	Choix de la médecine de famille
	Choix du GMF-U
Profession du père	Profession de la mère
	Profession d'un membre de la fratrie
Nb. d'heures consacrées à la résidence	Gardes établissement
	Gardes de 3 heures
	Gardes à domicile
Nb. heures de sommeil	Garde dans les 7 derniers jours
Perception de douleurs physiques	Traitement médical nécessaire
Consommation de substances pour dormir	Satisfaction du sommeil
	Consommation de substances pour rester éveillé
Consommation de substances pour rester éveillé	Consommation de substances pour fonctionner au quotidien
Sexe	Obstacle à la parentalité
	Profession du conjoint
	Orientation sexuelle
	État matrimonial/civil
Diplôme hors Canada et États-Unis	Âge
	Statut au Canada

Lorsqu'il y a une corrélation entre deux variables, les balises proposées par Cohen (1988) permettent d'apprécier la taille de l'effet. Ainsi, un effet de petite taille est représenté par une valeur de r autour de 0,1, un effet de moyenne taille se constate par une valeur autour de 0,3 alors qu'un effet important correspond à une valeur de plus de 0,5.

3.10.4 Régression linéaire multiple

Lorsqu'il y a plusieurs facteurs (variables indépendantes) qui peuvent expliquer ou prédire un phénomène (variable dépendante), il est possible d'utiliser la régression linéaire multiple. Pour que le modèle de régression linéaire multiple soit fiable, les conditions d'application suivantes doivent être respectées :

- Variable indépendante continue, ordinale ou binaire
- Variable dépendante continue
- Aucune variance nulle
- Absence de corrélation entre les variables indépendantes
- Une relation linéaire entre les variables indépendantes et la variable dépendante

Avant de débiter la régression linéaire multiple, il est nécessaire de s'assurer que l'échantillon soit assez gros. Green (1991) recommande de calculer l'échantillon minimum en tenant compte du nombre de variables à intégrer dans le modèle. Une fois cette étape réalisée, il est possible d'utiliser la fonction « choix du meilleur modèle » disponible dans le logiciel *Statgraphics* pour tenter d'identifier les meilleurs coefficients de détermination (r^2) pour les variables dépendantes. Sinon, il est possible d'utiliser les hypothèses de recherche et ainsi expliquer certaines variables dépendantes. Dans un devis mixte par convergence, l'analyse qualitative fournit de nouvelles hypothèses qui peuvent être vérifiées par des régressions linéaires multiples.

Après avoir sélectionné les variables à inclure dans le modèle (*voir* tableau 3.20), la première étape d'analyse est d'évaluer la qualité du modèle à l'aide de la statistique F . Cette statistique, qui est la même que pour la comparaison entre plusieurs groupes, permet de tester l'hypothèse nulle à savoir si l'utilisation de variables indépendantes explique mieux la variable dépendante que s'il ne s'agissait que de comparaison de moyennes. Le seuil de signification pour cette statistique est de 0,05. Lorsque la qualité du modèle est statistiquement significative, le coefficient de détermination (r^2) se doit d'être validé. Cette valeur indique le % de variance de la variable dépendante expliquée par le modèle. Une autre valeur doit aussi être considérée, soit le r^2 ajusté qui indique aussi le % de variance de la variable dépendante expliquée par le modèle, mais qui tient compte de la grosseur de l'échantillon pour une meilleure généralisation. Les valeurs r^2 et r^2 ajustées se doivent d'être les mêmes ou d'être le plus rapprochées possible.

Pour les différentes régressions linéaires multiples effectuées, plusieurs variables ont été intégrées au modèle. Le tableau 3.20 montre les variables utilisées comme variables indépendantes, parfois regroupées par unité d'analyse.

Tableau 3.20 Liste des variables pour les régressions linéaires multiples

Variable dépendante	Variable indépendante
Ambiguïté de rôle/ Conflit de rôle inter-émetteur/ Incongruité de rôle/ Surcharge de rôle/	Profil du milieu de résidence (<i>toutes les variables de cette unité d'analyse</i>)
	Charge de travail du résident (<i>toutes les variables de cette unité d'analyse</i>)
	Harcèlement et intimidation (<i>toutes les variables de cette unité d'analyse</i>)
	Reconnaissance des patients
	Reconnaissance des collègues
	Reconnaissance des superviseurs omnipraticiens
	Reconnaissance des superviseurs spécialistes
	Opinion de soi
	Sentiments négatifs
Perception générale de la qualité de vie Anxiété de performance cognitive Satisfaction du sommeil Intention de quitter	Charge de travail du résident (<i>toutes les variables de cette unité d'analyse</i>)
	Harcèlement et intimidation (<i>toutes les variables de cette unité d'analyse</i>)
	Conflit de rôle inter-émetteur
	Incongruité de rôle
	Ambiguïté de rôle
	Surcharge de rôle
	Reconnaissance des patients
	Reconnaissance des collègues
	Reconnaissance des superviseurs omnipraticiens
	Reconnaissance des superviseurs spécialistes
	Perception générale de la santé
	Habitudes de vie
	Habitudes alimentaires
Anxiété de performance cognitive	

Dès l'instant où un modèle explique une variance appréciable, l'analyse des paramètres du modèle permet de définir l'impact de chacune des variables indépendantes dans le modèle. L'équation de base du modèle est : variable dépendante = constante + b_1 (variable indépendante x) + b_2 (variable indépendante y). Les valeurs des coefficients b indiquent la contribution individuelle de chaque variable dans le modèle. Ces valeurs peuvent être positives ou négatives ce qui indique le sens de la relation. Tout comme pour les corrélations, les valeurs positives montrent une relation où les variables suivent la même orientation alors que des valeurs négatives montrent des variables qui suivent des orientations différentes. L'erreur standard disponible démontre la variabilité du coefficient b lors de l'inférence dans la population. Pour déterminer si chaque variable explique le modèle, il est essentiel de valider la valeur de t et le seuil de signification qui est attaché.

À l'image de la comparaison entre deux groupes, les seules variables qui seront gardées dans le modèle sont celles pour lesquelles le seuil de signification est inférieur à 0,05. Si une variable présente un seuil de signification plus élevé que celui prévu, la variable est exclue et la régression est recommencée. Par ailleurs, la valeur de *Bêta* standardisé, représentée par la lettre β , indique la variabilité de l'écart-type de la variable dépendante si toutes les autres variables indépendantes sont constantes.

Finalement, pour s'assurer que la régression linéaire multiple respecte l'ensemble des présupposés statistiques, il faut procéder à l'analyse de la normalité des résiduels. L'une des premières méthodes est de vérifier s'il existe une corrélation entre les valeurs résiduelles des répondants en utilisant la statistique Durbin-Watson. La valeur de cette statistique doit se situer entre 1 et 3 et plus idéalement près de 2, soit l'équivalent de 1,96 écart-type. Par la suite, l'utilisation des coefficients d'asymétrie et d'aplatissement ainsi que le test Shapiro-Wilk peuvent renseigner sur la normalité des résidus. Si la normalité n'est pas atteinte, il est nécessaire de reproduire les régressions linéaires multiples en utilisant des transformations.

Dans le cadre de l'analyse de nos résultats, nous avons opté pour des transformations de type Box-Cox. La transformation Box-Cox vise à transformer des données qui ne respectent pas les présupposés d'une loi normale dû à une distribution asymétrique des données. Par une fonction logarithmique, les données dont la variabilité est grande verront leurs différences réduites alors que les données dont la variabilité est faible verront leurs différences augmenter.

3.11 Techniques d'analyse de données qualitatives

Compte tenu des données obtenues de façon qualitative et quantitatives, l'analyse des données qualitative doit être abordée différemment. Comme l'indique Savoie-Zajc (2007), la collecte des données qualitative peut prendre fin lorsqu'une saturation théorique est atteinte, soit que des nouvelles données n'ajoutent pas d'informations supplémentaires à celles qui ont déjà été recueillies. Après quelques entrevues seulement, nous avons constaté une redondance dans le discours des résidentes et résidents à l'égard des thématiques prévues au canevas d'entretien. Pour s'assurer de tirer profit de l'ensemble des données recueillies et pour mettre en lumière les divergences et convergences possibles, nous avons opté pour une analyse de contenu basée sur une thématisation par champs sémantiques. Ce choix concorde avec les propos de Bourgeois et Piret (2006) à l'effet qu'une analyse sémantique favorise une analyse plus en profondeur du contenu pour ainsi faire ressortir des représentations sous-jacentes (symboliques ou culturelles) au discours qui ne se trouve pas en surface.

Avant d'entamer l'analyse des données qualitatives, il a fallu préparer les données pour les intégrer dans le logiciel web d'assistance sémantique à la catégorisation et à l'exploration de données textuelles *Sémato* (Plante, Dumas et Plante, 2010). Cette préparation des données visait à nettoyer le discours des participantes et des participants pour éliminer les tics de langage ou les mots que le logiciel ne serait pas

en mesure de reconnaître (ex. ben, facque, pis). Comme ce logiciel fonctionne par regroupement ou réseau sémantique, un dictionnaire sémantique est disponible dans le logiciel. Ce dictionnaire a été bonifié avec des mots ou des champs sémantiques en lien avec l'objet d'étude ou les questions de recherche. Afin que toutes les entrevues puissent être reconnues par le logiciel et que les réseaux sémantiques tiennent compte de l'ensemble des propos des participantes et participants, il a été nécessaire de franciser certaines entrevues dans lesquelles on retrouvait une grande part d'anglicismes ou d'expressions de langue anglaise.

Afin de codifier nos données avant de procéder à l'analyse de contenu, nous avons utilisé le modèle interactif d'analyse des données de Miles et Huberman (2003). La première étape de ce modèle consiste à segmenter les données en unité d'analyse avant de les condenser. Par l'analyse sémantique, les prises de parole de chaque locuteur (participant et intervieweur) correspondent aux unités d'analyse retenues. Ces unités d'analyse ont pu être scindées en tenant compte des phrases qui composent les prises de parole. Dans le contexte d'une analyse sémantique, les plus petites unités d'analyse sont le lemme⁶² et la synapsie⁶³. Après leur identification, ces deux unités d'analyse ont été regroupées ou condensées dans un même champ sémantique, selon les besoins (Plante, Dumas et Plante, 2010).

La seconde étape prévue au modèle consiste à élaborer les thèmes. Le logiciel *Sémato* permet une génération automatique de thèmes selon un regroupement des champs sémantiques. La génération automatique de nos données de recherche a fait émerger plus de 150 thèmes différents.

⁶² Le lemme représente la forme canonique d'un mot. Il s'agit du masculin singulier pour les noms et de l'infinitif pour les verbes.

⁶³ La synapsie est une expression construite à partir d'un mot ou d'un verbe. Par exemple : père Noël.

Ces thèmes, qui regroupent plusieurs mots-clés (ou ingrédients), ont été analysés et nettoyés pour rendre chacun des thèmes uniques. À titre d'exemple, dans le thème « ami », nous avons intégré aux ingrédients initiaux *ami*, *amical* et *amitié*, les unités sémantiques *ami de médecine*, *ami en médecine*, *ami en psychiatrie*.

Durant la génération automatique des thèmes, le logiciel a placé des ingrédients identiques dans plus d'un thème. Pour s'assurer que les thèmes représentent l'analyse souhaitée, nous avons éliminé les doublons. En plus de l'épuration des thèmes proposés, nous avons créé de nouveaux thèmes qui permettent de répondre aux questions de recherche ou qui sont ressortis des notes rédigées après chacune des entrevues. À la fin de cette étape, il ne restait que 106 thèmes ajustés à partir des groupements sémantiques autogénérés (voir Annexe K). En plus de ces thèmes, une analyse de cooccurrence simple des thèmes dans les prises de parole (voir Annexe L), nous a amené à créer 36 thèmes supplémentaires qui tiennent compte des questions de recherche (voir tableau 3.21).

Tableau 3.21 Thèmes créés pour l'analyse qualitative

Thème	Explications	Fréquence
th-co-relation-travail-patron	Relation avec le superviseur	176
th-co-temps	Gestion du temps	126
th-co-apprentissage	Rapport à l'apprentissage	112
th-co-anxiete-performance	Anxiété de performance vécue	47
th-co-evaluation	Rapport à l'évaluation des compétences	45
th-co-charge	Charge de travail	38
th-co-solution	Solutions proposées	36
th-co-exigences	Exigences dans les tâches	24
th-co-qdv	Éléments de la qualité de vie	22
th-co-satisfaction	Éléments de satisfaction au travail	21

th-co-relation-famille	Relation avec les membres de la famille	20
th-co-relation-travail-collegue	Relation avec les collègues de travail	20
th-co-relation-couple	Relation avec le conjoint	18
th-co-relation-travail	Relation avec les autres partenaires au travail	13
th-co-omerta	Non divulgation d'information	12
th-co-transition	Transition d'un statut à un autre	12
th-co-climat	Climat de travail	10
th-co-conduite	Conduite médicale	10
th-co-conflit	Conflits avec des partenaires	10
th-co-relation-ami	Relation avec les amis	10
th-co-comparaison	Comparaison avec les autres résidents	9
th-co-insatisfaction	Éléments d'insatisfaction au travail	9
th-co-interlocuteur	Identification d'un interlocuteur	9
th-co-loisir	Éléments liés au loisir	7
th-co-passage	La résidence comme moment de passage	7
th-co-relation-ami-md	Relation avec les amis médecins	6
th-co-soutien	Soutien reçu	5
th-co-modele-role	Modèles de rôle	4
th-co-retroaction	Événement de rétroaction	4
th-co-pression	Pression vécue	3
th-co-reconnaissance	Reconnaissance vécue	3
th-co-universite	Éléments liés à l'université	3
th-co-fatigue	Éléments liés à la fatigue	2
th-co-impasse	Sentiment d'impasse	2
th-co-desir-quitte	Élément lié à l'intention de quitter	1
th-co-personnalite	Élément lié à la personnalité du résident	1

Après avoir identifié les 146 thèmes d'analyse, la troisième étape de Miles et Huberman (2003) a consisté à codifier et de relier les unités d'analyse aux thèmes. Contrairement à d'autres logiciels d'analyse qualitative qui obligent le chercheur à codifier manuellement les unités d'analyse, le logiciel *Sémato* permet d'organiser et de catégoriser les données automatiquement à l'aide des champs sémantiques dans une même prise de parole ou dans une même phrase. Pour s'assurer que toutes nos unités d'analyse étaient codifiées, nous avons arrimé manuellement certains thèmes à des unités d'analyse. Ces unités d'analyse correspondaient à des prises de parole ou à des phrases plus complexes et pour lesquels nous n'avions pas de regroupements sémantiques précis.

Après la codification des unités d'analyse, nous avons procédé à l'interprétation des résultats. Selon Miles et Huberman (2003), cette étape vise à rechercher les significations récurrentes et à regrouper les unités d'analyse pour répondre aux questions de recherche. Pour Dany (2016), l'interprétation consiste à aller au-delà du dénombrement des unités d'analyse en allant de la description des données à leur interprétation, soit d'identifier les significations. Dans un premier temps, nous avons utilisé les thèmes créés (*voir* tableau 3.21) ainsi que les principales cooccurrences de thèmes dans les prises de parole, soient celles étant plus élevées que 100 (*voir* Annexe L) pour ressortir les éléments les plus importants du discours des résidentes et résidents. Nous avons ensuite regroupé les interprétations pour être en mesure de répondre à nos questions de recherche et ainsi trouver des liens pour faciliter l'intégration avec les données quantitatives, telle que présenté dans la prochaine section. Pour les éléments de prises de parole unique, nous les avons étudié individuellement pour s'assurer de la complémentarité avec les autres thèmes ou pour en ressortir des éléments novateurs.

3.12 Intégration par convergence des données qualitatives et quantitatives

À partir des questions de recherche secondaires, nous avons procédé à l'intégration des données analysées par convergence. La convergence entre les principales variables quantitatives utilisées comme variables dépendantes dans les régressions linéaires multiples et les thèmes d'analyse qualitatifs sont présentés dans le tableau 3.22. Pour la première question dont l'intitulé est « comment les rôles sont-ils perçus et exercés par les résidents en médecine de famille ? », les données quantitatives ont principalement été utilisées. Les données obtenues de façon qualitative durant les entretiens n'ont pas permis de bonifier l'analyse.

La seconde question de recherche dont l'énoncé est « compte tenu des attentes de rôles, comment les multiples rôles sont-ils exercés par les résidents en médecine de famille ? », a fait appel aux données quantitatives comme point de départ. À partir de ces données quantitatives, les données qualitatives ont permis de clarifier, de contextualiser ou de nuancer les résultats. L'utilisation des données qualitatives a aussi été utile pour l'identification des exigences et des attentes de rôles, mais aussi des relations avec les différents partenaires de rôles. Comme les données quantitatives ne donnaient pas beaucoup d'informations sur les partenaires de rôle et que ces éléments ont été largement abordés durant les entretiens, l'analyse qualitative a été pertinente et nécessaire.

Dans le cas des éléments de santé et de qualité de vie, qui correspondent à la troisième question spécifique (comment les multiples rôles exercés par les résidents en médecine de famille agissent-ils sur leur santé et leur qualité de vie ?), les données quantitatives étaient plus complètes. Ces données ont ainsi permis de mieux documenter cet aspect, principalement en ce qui concerne la satisfaction de la qualité de vie, la qualité du sommeil, la qualité de vie au travail, l'anxiété de performance cognitive et la satisfaction du temps personnel. Les données qualitatives ont été utilisées pour raffiner

les analyses quantitatives ainsi que pour mieux documenter la qualité de vie et la qualité de vie au travail par les éléments de satisfaction et d'insatisfaction à l'égard de la résidence. En plus de cela, la satisfaction du temps personnel est un élément qualitatif qui est ressorti des entretiens et qui a été documenté, dans un deuxième temps, à l'aide des données quantitatives.

Pour la dernière question secondaire qui se lit comme suit : « *comment les stratégies de régulation sont-elles choisies par les résidents en médecine de famille ?* », les données qualitatives ont été majoritairement exploitées. En partant de ces données, il a été possible de comparer avec les données quantitatives qui traitent des pistes d'amélioration et de valider si les stratégies présentées de façon qualitative sont similaires à celles révélées par les données quantitatives. À propos de l'intention de quitter des résidentes et résidents qui est une stratégie de régulation documentée tant qualitativement que quantitativement, les données de l'enquête ont permis d'extrapoler les données à l'ensemble de la population.

Finalement, certaines données traitées dans l'une ou l'autre des analyses des volets qualitatif et quantitatif ont fait émerger de nouveaux résultats. Ces résultats présentés comme émergents sont liés aux données obtenues ce qui permet de répondre aux questions initiales ou de soulever de nouvelles questions de recherche.

Tableau 3.22 Convergence des variables (quantitatif) et des thèmes (qualitatif)

Variable quantitative	Thème qualitatif
	th-co-apprentissage
	th-co-charge
	th-co-climat
	th-co-comparaison
	th-co-conduite
	th-co-conflit
	th-co-evaluation
	th-co-exigences
Conflit de rôle inter-émetteur/	th-co-insatisfaction
Ambigüité de rôle/	th-co-interlocuteur
Incongruité de rôle/	th-co-modele-role
Surcharge de rôle	th-co-omerta
	th-co-pression
	th-co-reconnaissance
	th-co-relation-ami-md
	th-co-relation-travail
	th-co-relation-travail-collegue
	th-co-relation-travail-patron
	th-co-retroaction
	th-co-temps
	th-co-transition
	th-co-universite

Satisfaction de la qualité de vie	th-co-insatisfaction
	th-co-passage
	th-co-personnalite
	th-co-qdv
	th-co-satisfaction
Sommeil	th-co-fatigue
Qualité de vie au travail	th-co-comparaison
	th-co-insatisfaction
	th-co-modele-role
	th-co-omerta
	th-co-relation-ami
	th-co-retroaction
	th-co-satisfaction
	th-co-soutien
th-co-universite	
Anxiété de performance	th-co-anxiete-performance
	th-co-charge
	th-co-climat
	th-co-comparaison
	th-co-conflit
	th-co-evaluation
	th-co-exigences
	th-co-insatisfaction
	th-co-personnalite
	th-co-relation-travail
	th-co-relation-travail-collegue

Satisfaction du temps personnel	th-co-loisirs
	th-co-relation-ami
	th-co-relation-ami-md
	th-co-rélation-couple
	th-co-relation-famille
	th-co-relation-travail
	th-co-relation-travail-collegue
Intention de quitter	th-co-climat
	th-co-conflit
	th-co-desir-quitter
	th-co-impasse
	th-co-insatisfaction
	th-co-passage
	th-co-transition
Pistes d'amélioration	th-co-exigences
	th-co-passage
	th-co-solution
	th-co-universite

3.13 Limites méthodologiques de la recherche

Le devis développé dans le cadre de ce projet propose une perspective longitudinale par la possibilité de compléter l'enquête en ligne plus d'une fois durant la résidence et de participer à des entretiens au début et à la fin de la résidence. Même si la réalisation d'un deuxième entretien facilitait les discussions, puisque le climat de confiance était établi, cette approche méthodologique n'a pas apporté beaucoup plus d'informations dans l'analyse des données qualitatives. Des entretiens avec plus de résidents différents aux différentes étapes de la résidence auraient pu apporter plus de variété dans les situations vécues durant la résidence. Ces éléments auraient pu enrichir les analyses qualitatives. Pour ce qui est de l'enquête en ligne, comme aucun résident n'a complété le questionnaire plus d'une fois, nous ne sommes pas en mesure de voir si ces données auraient été pertinentes.

Bien que légèrement bas, notre taux de réponse peut être comparé aux autres recherches réalisées sur des populations de médecins. Alors que le taux de réponse est souvent calculé en fonction du nombre de questionnaires reçus (McLeod *et al.*, 2013), notre taux de réponse concerne les réponses complètes. Considérant que 201 des 287 personnes qui ont répondu à l'enquête aient interrompu leur participation après 30 questions, un questionnaire mieux ciblé ou avec moins d'énoncés aurait pu améliorer le taux de réponse.

Alors que quelques chercheurs (Cho, Johnson et VanGesst, 2013; Klabunde *et al.*; 2012; McLeod *et al.*, 2013) ont remarqué que le taux de réponse pour les sondages chez les médecins est en déclin depuis 1958, plusieurs éléments, dont nous n'avons pas bénéficié, favorisent le taux de réponse. À ce titre, McLeod *et al.* (2013) démontrent que les recherches commanditées par les gouvernements permettent un taux de réponse autour de 81% alors que le taux de réponse est d'environ 30% pour les autres

organisations. Avec un taux de réponse de 31,2% , notre recherche est donc comparable aux autres recherches réalisées chez des médecins et qui sont promues par des organisations autres que gouvernementales. De plus, ces mêmes auteurs montrent que les incitatifs financiers augmentent le taux de réponse, ce qui n'a pas été notre cas.

Bien que nous ayons théoriquement un recensement, puisque l'ensemble de la population a été rejointe à plus d'une reprise, nous constatons une surreprésentation de l'Université de Montréal. Cette surreprésentation a pu être affectée par un engagement social du chercheur auprès de cette université et un meilleur réseau de contacts pour la diffusion de l'appel à participation. D'un autre côté, le fait que tous les outils de collecte de données étaient en français permet d'expliquer une part de la sous-représentation des résidentes et résidents de l'Université McGill. Une plus faible connaissance du français pouvant réduire le désir de participation à l'enquête en ligne ou aux entretiens.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats obtenus par un devis mixte par convergence en tenant compte des quatre questions spécifiques formulées à la suite du cadre conceptuel. Le devis méthodologique utilisé a permis d'effectuer des analyses qualitatives, des analyses quantitatives ainsi qu'une intégration mixte de ces analyses. La présentation des résultats s'effectuera tout d'abord par une explication des rôles exercés par les résidents en fonction des exigences pour chacun de ces rôles. Par la suite, il sera question des multiples rôles exercés selon les conflits de rôles vécus, mais aussi des partenaires de rôle. Viendra en troisième partie l'influence des rôles sur la santé et la qualité de vie des résidents. Finalement, nous aborderons les stratégies de régulation qui ont surtout été observées dans le discours des participantes et participants aux entretiens.

4.1 Des rôles qui sont exercés selon des exigences

Partant des sphères scolaire, professionnelle et personnelle, plusieurs rôles sont exercés par les résidentes et les résidents en médecine de famille. La caractérisation de ces rôles a été effectuée par la documentation des exigences et les attentes pour les rôles dans chacune de ces sphères. Avant d'explicitier les exigences, les attentes et les rôles, il importe de dresser le portrait général du nombre d'heures consacrées aux activités liées à la résidence et à celles qui ne sont pas liées à la résidence.

De façon générale, les résidentes et les résidents indiquent qu'ils passent en moyenne entre 28 heures et 90 heures par semaine ($\bar{X}=59,1$ h/sem.⁶⁴ $\pm 12,3$ h/sem., Md=60 h/sem.) à réaliser des activités en lien avec leur résidence. Bien que les analyses statistiques sur le nombre d'heures consacrées à des activités de la résidence ne montrent pas de différences significatives selon l'année de résidence ($W=5473$, $p.=0,055$), la distribution des données selon les années est toutefois significative ($D=0,27$, $p. <0,001$) et certains participants font part de cette différence.

En fait, la charge de travail est un peu plus élevée quand on est en deuxième année de résidence, mais ce n'est pas exponentiel. (Benjamin, R2)

La principale différence statistiquement significative quant au nombre d'heures liées à la résidence concerne le type de stage. Ainsi, le nombre d'heures effectuées en lien avec la résidence est significativement plus élevé ($\bar{X}=61,72$ h/sem., $SE = 0,27$) dans un stage obligatoire en spécialité que dans un stage en médecine de famille ($\bar{X}=57,48$ h/sem., $SE=0,19$, $t(214)=-2,51$, $p.=0,013$, $r=0,17$).

⁶⁴ Les données pour les répondants en congé de maternité (3 personnes) et pour le répondant en congé de maladie (1 personne) ont été exclues des données pour le calcul des heures. Seule une personne en congé de maternité a indiqué avoir réalisé 8 heures en lien avec sa résidence. Compte tenu de cette exclusion pour ce calcul d'heures seulement, la moyenne est de 58,34 heures ($\pm 13,82$) et une médiane de 60 h.

En ce qui a trait aux activités non liées à la résidence et qui excluent les heures de sommeil, les répondants indiquent passer en moyenne entre 2 et 110 heures par semaine ($\bar{X}=24,2$ h./sem. $\pm 15,8$ h./sem.)⁶⁵ à d'autres activités que celles prévues par la résidence. Du point de vue statistique, cette grande variabilité trouve une partie des explications avec l'université d'attache pour la résidence où les résidents de l'Université McGill bénéficient d'un nombre d'heures par semaine non reliées à la résidence plus élevé (Md=36 h./sem.) que celles et ceux de l'Université de Montréal (Md=20 h./sem., W=1103, p.=0,01).

4.1.1 Les exigences dans le rôle d'apprenant

Dans la sphère scolaire, le rôle d'apprenant concerne deux types d'apprentissages soient celui effectué au quotidien lors des soins aux patients et l'apprentissage formel qui se déroule lors de séances en classe et par des tâches de recherche.

4.1.1.1 Les exigences liées à l'apprentissage au quotidien

Les apprentissages qui s'effectuent au quotidien lors des soins aux patients se déroulent surtout à partir de cas vécus avec des patients durant le quart de travail. Les résidentes et résidents expriment aussi que l'apprentissage se fait par des lectures ou de l'étude sur ces cas précis.

Moi j'apprends beaucoup de ce que je vois, j'essaie de m'en rappeler puis j'essaie de me faire des petites notes à droite, à gauche, de ce que mes patrons me disent, sur mon [téléphone intelligent], sur un papier que je garde quelque part. (Ana, R1)

⁶⁵ 0,9 % des répondants ont indiqué n'accorder aucune heure à la sphère personnelle.

En médecine, il y a beaucoup d'apprentissages qui se font en pratiquant par soi-même : en étudiant et en lisant des trucs, donc il y a beaucoup de choses que j'ai apprises en fouillant parce que j'avais un patient qui avait telle chose et ça, c'est la façon la plus efficace pour retenir les informations. (Chloé, R2)

Le fait d'aller étudier le soir pour mon patient, c'est beaucoup plus motivant pour moi que d'aller étudier pour une note par exemple ou un examen. (Jessica, R2)

Je suis rendue à étudier en fonction de ce que je vois plutôt que de ce qu'on me donne comme objectif d'étude et qui n'est pas nécessairement le mien. (Karine, R1)

Ces apprentissages au quotidien sont, la plupart du temps, réalisés dans le cadre de l'enseignement direct ou indirect reçu lors des soins aux patients. De façon générale, les soins avec un enseignement direct ou indirect durant la supervision représentent en moyenne 21,4 heures par semaine ($\pm 16,9$ h./sem.). Cet écart s'explique par des différences significatives pour l'année de résidence. De ce fait, les résidents de première année bénéficient davantage d'enseignement durant leur prestation de soins (Md=20h./sem.) comparativement aux résidents de deuxième année (Md=9 h./sem., $W=4719,0$, $p.=0,006$).

Cette différence est exprimée par les résidents eux-mêmes. Ils reconnaissent que la gestion des cas s'effectue différemment selon l'année de résidence, notant que lors de la deuxième année, il est possible de faire plus rapidement le compte rendu au superviseur et de s'assurer que l'ensemble de la conduite est correcte.

C'est sûr qu'à l'UMF, les superviseurs nous connaissent bien donc au début, ils sont un peu plus achalants et ils veulent qu'on en parle plus. Au fil de la résidence, quand on est rendus en deuxième année de résidence, le but c'est de faire un résumé de la situation puis de rédiger plus succinctement. (Benjamin, R2)

Ce n'est tellement pas la même dynamique R1 et R2. Quand t'es R2, tu vois tous tes patients, tu les gères tous, puis tu arrives à la fin [de la rencontre ou du quart de travail] puis tu dis — « J'ai vu tel patient pour telle raison, j'ai fait ça, ça, ça. ». Puis souvent, [les superviseurs] sont très contents de t'aider et d'être là. (Daphnée, R2)

Par ailleurs, une analyse des heures de soins en fonction de l'enseignement reçu montre que les résidents de l'Université de Sherbrooke offrent l'ensemble de leurs soins en bénéficiant d'enseignements direct ou indirect. D'un autre côté, les résidents de l'Université Laval indiquent qu'ils pratiquent davantage sans enseignement direct ou indirect (*voir* tableau 4.1).

Tableau 4.1 Nombre d'heures d'enseignement reçu selon l'université

	Université Laval (h./sem.)	Université de Sherbrooke (h./sem.)	W (p.)
Avec enseignement	10	25	1587,5 (0,003)
Sans enseignement	28	0	773,6 (0,003)

De plus, le type de stage influence la proportion de temps accordé aux soins avec ou sans enseignement (*voir* tableau 4.2). De ce fait, les stages en médecine de famille s'effectuent significativement plus avec de l'enseignement en comparaison aux stages dans les autres spécialités. Cependant, pour les stages de spécialités, la proportion d'activités sans enseignement est plus élevée que pour les stages de médecine familiale et pour les autres types de stages.

Tableau 4.2 Stages réalisés avec ou sans enseignement

Type de stage	Médecine familiale	Autres spécialités	Autres stages ⁶⁶
Avec enseignement	20	10	6
Sans enseignement	10	30	0
W (p.)	W=4357, (0,03)	W=6955, p.<0,001	W=148, p.<0,001

Lorsqu'il est question d'enseignement reçu par les superviseurs, certains résidents perçoivent la supervision comme une occasion d'apprentissage, de rétroaction ou même d'échange avec des superviseurs.

Je trouve qu'il y a certains superviseurs qui ont vraiment la capacité, quand on interagit ensemble, de nous demander des questions, [...] et puis on peut discuter un peu du cas. (Isabella, R2)

Des fois, c'est le *fun*, parce que justement, des fois il y a un miroir puis là, les patrons sont comme — « Ah, t'as l'air d'avoir un bon lien avec ton patient ». (Émilie, R1b)

Après une activité clinique d'observation ou d'évaluation, le patron peut donner de la rétroaction donc vraiment dire — « Bon, je t'ai vue faire ça ou je t'ai un petit peu suivie dans telle procédure ou telle prise en charge. (Ana, R1)

Après ma nuit, je vais aller dans une des salles de supervision, il va y avoir des patrons qui supervisent des résidents puis je vais pouvoir leur poser des questions. (Laurence, R1)

⁶⁶ Les autres types de stages peuvent représenter des stages optionnels ou être des stages dans certaines spécialités qui correspondent à des spécificités des milieux. La liste de ces stages se trouve au tableau 3.16.

Quand j'ai des questions médicales, [le superviseur] va y répondre puis il est vraiment ouvert sur les autres prises en charge, mais il me dit toujours — « Moi c'est ce que je ferais, mais tu peux avoir une conduite différente », il va nous dire — « J'ai appris telle affaire ou j'ai lu une étude que c'est ça » puis il va nous transmettre ce qu'il sait puis lui-même, il me l'a déjà dit — « Moi je suis là pour t'aider à développer ce que tu penses que t'as besoin de développer puis pour te transmettre le plus de ce que je sais, mais ma conduite n'est pas nécessairement celle que tu vas adopter ». (Chloé, R1)

Pour certains résidents de première année, la supervision peut aussi évoquer une protection à l'égard des erreurs médicales.

Je n'ai pas peur pour le soin des patients parce qu'il y a le filet de protection des patrons qui sont là. (Fanny, R1)

On ne peut pas faire de grosses erreurs sans que le médecin qui nous supervise s'en rende compte habituellement. (Benjamin, R1)

A contrario, certains résidents abordent le caractère évaluatif de la supervision qui est quotidienne et constante. Cette supervision est aussi perçue comme étant lourde.

On a l'impression d'être évalués quotidiennement tout le temps, c'est un peu ça. (Benjamin, R2)

Toutes les salles ont des caméras puis parfois, les superviseurs, s'ils n'ont pas trop de tâches ce jour-là, ils vont nous regarder directement par caméra puis t'écouter, fait que c'est de l'observation indirecte dans le fond. (Ana, R1)

Quand on est à l'UMF aussi, quand on voit des patients, vu que c'est des superviseurs différents chaque jour, souvent on a une évaluation chaque demi-journée ou chaque journée, fait que c'est sûr que ça, je trouve ça un peu lourd parfois. (Chloé, R1)

Le fait de ne pas être supervisé, en deuxième année, permet à certaines résidentes et résidents de mieux se sentir dans leur rôle de professionnel de la santé et d'avoir plus d'autonomie dans leurs actions.

On dirait que je me sentais plus dans mon rôle de médecin et non de résident supervisé, que je profitais plus de mes acquis, de mon enseignement (Hugo, R2)

On devrait être capable de voir les patients, de créer un plan d'action, de commencer à appliquer le plan d'action et s'il y a un problème, une question, on peut demander à notre patron. (Isabella, R2)

Pour les résidents en première année, ne pas être toujours supervisé se répercute sur une augmentation de l'opinion de soi qui se caractérise par une plus grande confiance en soi pour certains alors que pour d'autres les impacts sont plus positifs sur les apprentissages.

On dirait, je pense que de faire des gardes seule et de ne plus voir de patrons derrière nous puis qu'on ait le droit d'agir seule là, ça m'a redonné confiance, vraiment beaucoup. (Karine, R1)

Donc des fois, ça fait du bien de ne pas être évalué puis ce n'est pas nécessairement néfaste non plus, au contraire je trouve que c'est positif pour notre apprentissage. (Chloé, R1)

Dans tous les cas, la supervision est influencée par la relation entre les résidents et les superviseurs qui est basée sur la hiérarchie médicale. Cette hiérarchie est considérée comme un moule, dans lequel les résidents doivent tous être formés, ce qui influence l'apprentissage.

Quand on est résident, on apprend. Mais j'ai l'impression que, souvent, la façon d'apprendre est comme hiérarchisée puis je ne pense pas que c'est la bonne méthode. [...] La mentalité de « on forme des gens dans le même moule » et c'est comme ça et il y a une hiérarchie [à suivre]. (Chloé, R2)

Pour la supervision indirecte, qui s'effectue durant les consultations avec les patients, elle est dépendante de la disponibilité du superviseur.

Puis tu attends dans la salle de supervision, tu es comme — « Ok, est-ce qu'il y a un patron qui est prêt à réviser, je suis prête à réviser ». (Ana, R1)

Souvent à l'UMF, on est plusieurs résidents à réviser en même temps avec un patron (Jessica, R2)

En fait, j'étais de garde le vendredi, le samedi puis le dimanche pour la nuit puis le lundi matin, à 6 heures et demie, j'ai reçu quatre appels en même temps puis j'étais un petit peu fatiguée et quand j'ai essayé d'appeler les patrons avec qui réviser, parce que j'étais inquiète, il n'y a personne qui répondait. (Émilie, R1b)

Elle est aussi dépendante des compétences pédagogiques du superviseur. Certains résidents critiquant les explications trop scolaires de certains superviseurs ou limites pédagogiques provenant de l'obligation d'enseigner pour quelques-uns.

Ma cause d'insatisfaction, c'est quand j'ai l'impression qu'elle s'acharne pour m'expliquer un livre pédagogique quand je ne comprends pas pourquoi c'est pertinent à la situation que l'on voit à ce moment-là. (Émilie, R1)

Il y a certains patrons qui ne sont pas les meilleurs en supervision. Parce qu'ils travaillent dans un hôpital académique, ils sont forcés d'être enseignants et ils ne font pas un meilleur travail auprès des patients ni d'être capable d'entendre l'histoire des résidents, de discuter de la situation et de laisser les résidents faire leur plan. (Isabella, R2)

En plus des médecins cliniciens, la supervision et l'enseignement peuvent aussi être effectués par d'autres professionnels de la santé, que ce soit les infirmières ou les psychologues.

Puis dans l'UMF, il y a les patrons qui nous supervisent, mais à travers notre supervision, [d'autres professionnels] qui ont un rôle dans l'enseignement, il y a également les infirmières et il y a la psychologue. (Daphnée, R2)

Son rôle [à la psychologue], souvent elle va nous superviser comme en supervision directe pour améliorer la relation patient-médecin, pour avoir des techniques d'entrevue et elle vient aussi nous aider dans des ateliers de formation pour justement encore améliorer la relation patient-médecin puis ça, je trouve que c'est quand même pertinent parce qu'on apprend comment bien agir avec les patients, comment bien aborder certains sujets, comment bien développer une relation avec notre patient. (Benjamin, R1)

Finalement, les différents apprentissages réalisés au quotidien représentent, pour certaines et certains, des apprentissages qui sont plus durables et qui sont synonymes d'assurance pour affronter les examens de certification ou encore la pratique future.

Je sens que malgré le fait que je n'ai pas beaucoup le temps d'étudier, ce que je fais comme étude est beaucoup plus payant parce que j'ai des cas cliniques en tête puis je trouve que ça rentre mieux maintenant. (Karine, R1)

Pis les apprentissages, on sent vraiment qu'on progresse là au fil du temps, qu'on prend de l'assurance, qu'on prend un peu de rapidité, qu'on va plus à l'essentiel. (Hugo, R1)

4.1.1.2 Les exigences liées à l'apprentissage formel

En plus de ces apprentissages au quotidien, les résidents doivent assister à des cours. Les cours représentent une proportion de temps liée à la résidence qui est plus élevée pour les résidents de première année (Md=3,0%) que pour les résidents de deuxième année (Md=2,0%, W=4977,5, p.=0,027). Lors des cours, les résidents doivent présenter, à tour de rôle, sur des sujets imposés par les enseignants. La préparation de ces présentations représente un sacrifice au temps d'étude pour certains résidents.

J'aimerais ça étudier plus par moi-même, mais souvent, on nous impose un peu des présentations à faire, fait qu'on nous impose un sujet d'étude alors que ce n'est pas nécessairement mon besoin des fois puis j'aimerais ça étudier sur les cas que j'ai vus dans la journée puis je sens que je suis rendue là. (Karine, R1)

Probablement, que durant la fin de semaine, je ne vais pas étudier et je vais préparer ma présentation. (Émilie, R1)

En plus du sacrifice de temps, certains se questionnent sur l'utilité ou sur les retombées dans les soins aux patients de certains cours ou de certaines notions.

Nous autres, on avait des cours toutes les semaines à l'UMF puis dans le fond, est-ce que les cours m'ont aidé à mieux me préparer pour l'examen ou pour la pratique ? (Benjamin, R2)

Moi, c'était encore un petit peu vague là, malgré que j'aie étudié vraiment fort, mais dans le fond de moi-même, je me disais — « Mais concrètement, quand j'aurai un patient devant moi, que je sache comment la cellule change de conformation quand il y a telle affaire qui se passe dedans, est-ce que ça va vraiment m'aider dans ma relation avec mon patient ? (Karine, R1)

L'assistance aux cours est perçue par certaines résidentes et résidents comme une perte de temps, un moment pour rattraper du sommeil ou encore pour se mettre à jour dans le suivi des courriels.

On a des cours une fois par semaine, même s'ils ne sont souvent pas très utiles puis qu'on finit par dormir dans le fond de la classe ou rattraper nos courriels (Laurence, R1)

À ce moment-là, quand je trouve ça plate ou [...] que je m'en fous, bien là, je prends mon iPhone puis là, j'écoute ce qu'il dit, mais je ne comprends pas tout ce qu'il dit. (Gabrielle, R1)

En plus des cours, l'apprentissage formel prend aussi la forme d'un projet de recherche, communément appelé projet d'érudition. Pour quelques-uns, ce projet s'inscrit dans la tâche normale.

Donc le projet d'érudition nous amène à lire de la littérature scientifique. (Karine, R1)

C'est des travaux qui sont faisables avec le reste de nos activités, dans le sens que c'est comme un travail universitaire, mais ce n'est pas non plus une recherche. (Chloé, R2)

Alors que pour d'autres, cette activité obligatoire représente une charge supplémentaire sans réelles retombées au niveau des apprentissages.

Les travaux de recherche demandent beaucoup de temps pour peu d'apprentissages (Martine, R1)

4.1.1.3 Les exigences liées à l'étude

En cohérence avec les résultats présentés à la section 4.1.1.1, les apprentissages s'effectuent principalement durant les soins ou dans les actes avec les patients. Ces résultats permettent d'expliquer pourquoi 23,5 % des résidentes et résidents indiquent n'avoir passé aucune heure d'étude dans les derniers sept jours. Pour celles et ceux qui ont consacré des heures à l'étude, ils le font durant une période moyenne de 7,4 heures par semaine ($\pm 4,9$ h./sem.). Le discours des résidents apportent d'autres explications. Tout d'abord, certains indiquent qu'ils étudient tout le temps alors que d'autres considèrent qu'ils étudient peu.

Mais on étudie, c'est sûr on étudie tout le temps. (Jessica, R2)

Mais je veux dire, on étudie rarement je te dirais. (Benjamin, R1)

C'est sûr que veut, veut pas, tu étudies un peu. (Daphnée, R2)

Par la suite, il faut considérer que le nombre d'heures affectées à l'étude se calcule sur une période plus longue que sur sept jours.

Je pense que si j'ai étudié 20 heures sur les 12 derniers mois, c'est beau. (Émilie, R1b)

Je pense que pendant l'été, je voyais ça encore loin puis je me disais que j'avais encore du temps donc, au lieu de dire — « Ah là aujourd'hui, je ne vais pas aller faire une randonnée, je vais étudier », bien j'allais faire la randonnée. (Hugo, R2)

À cela, l'étude s'effectue de façon morcelée, irrégulière et sporadique.

Quand j'avais fini ma tournée, j'attendais mon tour pour réviser, donc je sortais mon livre et j'étudiais. (Émilie, R1)

C'est sûr que c'est comme en condensé, je peux ne pas étudier pendant trois jours et à un moment donné, faire deux heures un soir, donc c'est très variable, mais je ne mets pas plus qu'une heure par jour. (Chloé, R1)

Finalement, la raison de l'étude peut influencer la proportion d'heures attribuées à l'étude. Pour certains, l'étude permet d'affronter la suite des choses, par une réassurance sur les acquis en plus de répondre aux besoins des examens.

Je pense qu'ultimement, ce qu'on va chercher avec l'étude, c'est de la réassurance puis ce qu'on va chercher, c'est peut-être les deux, trois questions un peu plus difficiles que de toute façon, dans trois mois, on saura peut-être plus parce qu'on l'avait étudié pour l'examen, mais qu'on l'utilise peut-être pas tant que ça dans notre clinique puis que le jour où ça va se présenter, bien on va savoir où aller chercher l'information. (Daphnée, R2)

En étudiant, j'améliore mes connaissances et que je suis capable de faire de plus en plus au travail (Isabelle, R2)

Ce qui semble faire un peu plus consensus entre les résidents est que l'étude est surtout liée aux examens de fin de résidence et qu'elle commence plus tard durant la résidence, surtout dans la deuxième année.

Mais quand je parle aux autres résidents, tout le monde est d'accord pour dire que personne n'avait rien fait jusqu'à fin R2, avant l'examen, où le stress de l'examen est qu'il faut vraiment que tu étudies. (Ana, R2)

Dans le fond, moi j'ai commencé à étudier peut-être un mois avant mon examen puis même à ça, ce n'était pas de l'étude très intensive. (Benjamin, R2)

Durant la première année, les résidentes et résidents pensent à une stratégie d'étude qui est basée sur la priorisation de certains sujets.

C'est sûr, quand je vais me rapprocher plus de l'examen, bien là, je vais peut-être étudier autre chose. (Hugo, R1)

Donc, je sais que quand je vais avoir du temps pour étudier, j'étudierai peut-être ces sujets-là en priorité parce que je sais que j'ai des croutes à manger et que j'ai peut-être un retard dans ces domaines-là. (Émilie, R1)

Bien que cette différence en fonction de l'année de résidence ne soit pas statistiquement significative ($W=6123,0$, $p.=0,793$), la répartition du nombre d'heures d'étude est significativement différente selon le trimestre ($D=0,331$, $p.=0,011$). Une comparaison de médiane montre une différence légèrement significative ($W=1585$, $p.=0,041$) entre les trimestres de juillet à septembre ($Md=4,0$) et de avril à juin ($Md=7,5$). Le trimestre entre avril et juin représentant la période d'examen.

4.1.2 Les exigences dans le rôle de professionnel de la santé

Du point de vue de la sphère professionnelle, le rôle de professionnel de la santé entraîne des exigences quant aux soins aux patients. Les résidentes et résidents en médecine de famille interrogés ont indiqué effectuer une moyenne de 42,9 heures par semaine ($\pm 15,0$) de soins aux patients. Le nombre d'heures consacrées aux soins est plus grand lors de stages en médecine de famille ($Md=40$, $W=431,0$, $p. <0,001$) ou dans une autre spécialité ($Md=40$, $W=591,0$, $p.=0,023$) en comparaison aux autres types stages⁶⁷ ($Md=4$). Le temps passé avec les patients lors du stage en médecine de famille est aussi énoncé par certains résidents.

⁶⁷ Les autres types de stages peuvent représenter des stages optionnels ou être des stages dans certaines spécialités qui correspondent à des spécificités des milieux. La liste de ces stages se trouve au tableau 3.16.

Quand on a le patient dans le bureau, on est chanceux comme résident, la personne qu'on voit pour la première fois, on a une heure avec. (Karine, R1)

En plus du type de stage, l'université de résidence influence aussi le nombre d'heures de soins ($F(4,262)=4,00$, $p.=0,004$, $\omega=0,207$). Comme présenté au tableau 4.3, les résidents de l'Université Laval offrent significativement plus d'heures de soins que ceux de l'Université McGill et que ceux de l'Université de Sherbrooke. Pour leur part, les résidents de l'Université de Montréal offrent aussi significativement plus d'heures de soins que ceux de l'Université McGill et que ceux de l'Université de Sherbrooke. Ainsi, les résidents de l'Université McGill offrent moins d'heures de soins aux patients que celles et ceux des autres universités alors que l'Université de Montréal est l'université dans laquelle les résidents offrent le plus d'heures de soins.

Tableau 4.3 Nombre d'heures de soins en fonction de l'université de résidence

Université [A] (h./sem.)	Université [B] (h./sem.)	Différence [A-B] (h./sem.)	t (ddl)	sig. (p.)	r.
Université Laval ($\bar{x}=36,97$, SE=0,63)	Université McGill ($\bar{x}=23,36$, SE = 1,86)	13,61	$t(86)=2,78$	0,007	0,287
	Université Sherbrooke ($\bar{x}=29,32$, SE=0,74)	7,65	$t(117)=2,05$	0,04	0,186
Université de Montréal ($\bar{x}=38,04$, SE = 0,35)	Université McGill ($\bar{x}=23,36$, SE = 1,86)	14,68	$t(145)=3,07$	0,003	0,247
	Université Sherbrooke ($\bar{x}=29,32$, SE=0,74)	8,72	$t(176)=2,53$	0,01	0,225

En plus des stages réalisés, les résidentes et résidents doivent effectuer des soins aux patients durant différents types de gardes. Les gardes correspondent à des moments où les résidents doivent offrir des soins en dehors des heures normales de consultation aux patients. De façon générale, 48 % des résidents sondés ont effectués entre 2 et 4 gardes dans le dernier mois et 17 % en ont effectué plus de 5. En fonction du lieu où se trouve le résident durant la garde, il est possible de distinguer trois types de gardes.

Le premier type est la garde en établissement où le résident est en tout temps en milieu de soins, allant jusqu'à dormir dans l'établissement de santé.

Si on est de garde, on est de garde donc, on travaille la nuit pour un certain nombre de jours et on est à l'hôpital, on dort à l'hôpital. (Isabella, R2)

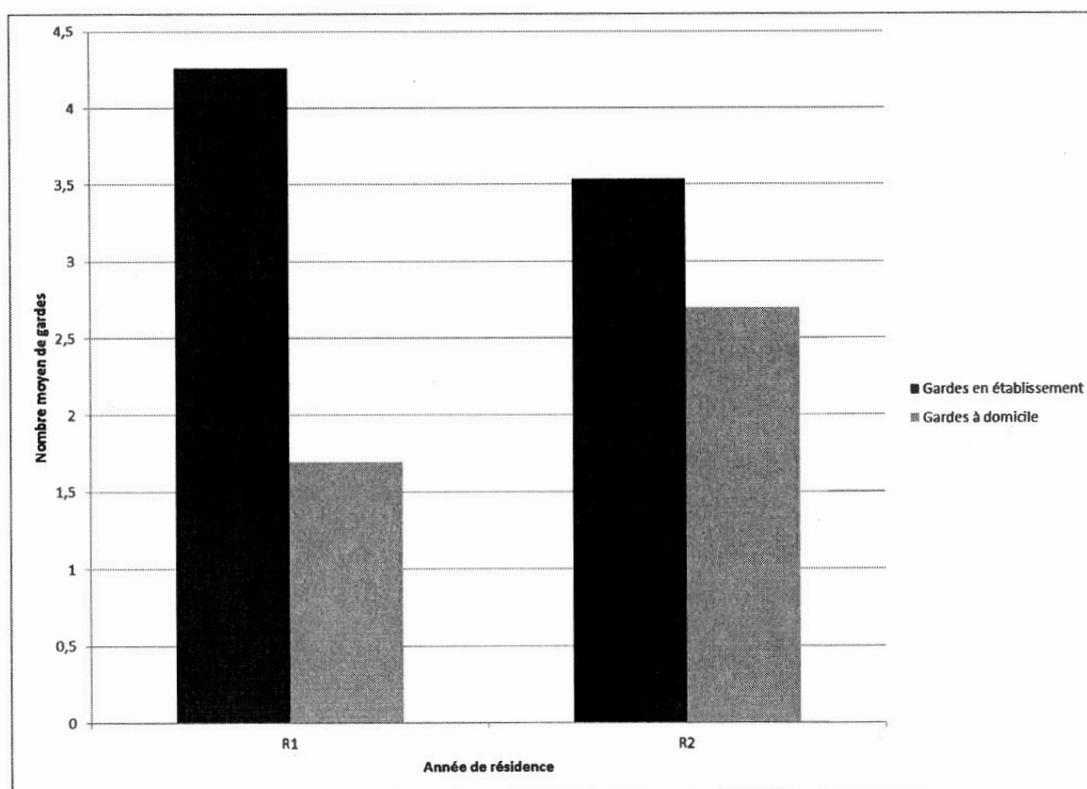


Figure 4.1. Nombre moyen de gardes selon l'année de résidence

Comme on peut le remarquer à la figure 4.1, les gardes en établissement sont plus nombreuses pour les résidents de première année comparativement aux résidents de deuxième année. Au contraire, les gardes à domicile sont plus fréquentes pour les résidents de deuxième année (*voir* figure 4.1).

La distinction entre ces deux types de gardes est qu'elles consistent à répondre à des besoins ou à des stages différents. Dans le cas des gardes à domicile, les déplacements sont moins fréquents et certaines interventions ou informations peuvent être transmises au téléphone sans que le résident soit obligé de se déplacer. Dans certains stages de spécialité, comme en obstétrique, la présence physique n'est pas toujours nécessaire.

Nos gardes sont presque toujours à l'hôpital, mais des fois, elles se poursuivent à la maison. Mais nos gardes d'obstétrique sont à la maison.
(Laurence, R1)

Toutefois, les données statistiques montrent que les gardes à domicile sont plus récurrentes durant les stages en médecine de famille ($Md=0$, $\bar{x}=2,63$, $SE=0,04$) que durant les stages dans les spécialités ($Md=0$, $W=2978$, $p.=0,006$, $\bar{x}=1,38$, $SE=0,08$).

Même si les gardes à domicile sont plus nombreuses pour les résidents qui pratiquent dans un site en région ($Md=2$) que pour ceux en site universitaire ($Md=0$, $W=6055$, $p.<0,001$), le discours de certains résidents tend à montrer l'inverse.

Premièrement, parce que ce n'est pas un milieu universitaire, fait qu'il y a des horaires de garde des fois dans les milieux universitaires qu'il faut toujours qu'ils soient bien respectés puis il faut toujours qu'il y ait un résident de garde. (Benjamin, R1)

Ce même discours s'applique même pour certaines résidentes qui indiquent avoir l'impression de faire moins de gardes de façon générale si elles pratiquent en région.

Les milieux de région, je pense qu'on fait moins de gardes qu'en ville.
(Chloé, R2)

Tu tombes dans un contexte où dans mon UMF [en région], on avait moins de gardes que les autres milieux. (Jessica, R2)

Par ailleurs, le trimestre⁶⁸ influence significativement les gardes à domicile ($H(3)=9,12$, $p.=0,03$). Elles sont plus fréquentes dans le 4^e trimestre ($Md=5,5$) en comparaison au 1^{er} trimestre ($Md=0$, $W=1288$, $p.=0,02$), au 2^e trimestre ($Md=0$, $W=625,5$, $p.=0,02$) et encore plus significativement au 3^e trimestre ($Md=0$, $W=1664$, $p.=0,005$). Ces différences en fonction du trimestre se remarquent également pour les gardes en établissement de 3 heures ($H(3)=9,94$, $p.=0,02$). Ces gardes, qui visent à éviter les bris de garde, sont plus fréquentes dans le 1^{er} trimestre ($Md=2$) que dans le 3^e trimestre ($Md=0$, $W=223$, $p.<0,001$).

Il doit toujours y avoir un résident de garde, il ne peut pas y avoir de bris de garde (Fanny, R2)

⁶⁸ 1^{er} trimestre = juillet à septembre, 2^e trimestre = octobre à décembre, 3^e trimestre = janvier à mars, 4^e trimestre = avril à juin

La notion de bris de garde est importante pour tous les types de gardes puisque les résidents doivent combler toutes les périodes de garde, même si un superviseur est aussi affecté à ce quart de travail et que les soins aux patients peuvent être rendus par des médecins cliniciens. La fréquence des gardes se trouve donc modulée selon le nombre de résidents.

Actuellement, nous nos gardes, c'est des gardes en hospitalisation, donc c'est du 24/7 puis la fréquence de la garde revient en fonction du nombre de résidents qui sont présents. (Daphnée, R2)

En plus des activités de soins, les résidentes et résidents doivent réaliser des activités médico-administratives. Le nombre moyen d'heures consacrées à ce type d'activité est de 6,7 heures par semaine ($\pm 5,0$ h./sem.) et diffère en fonction du type de stage ($H(2)=11,998$, $p.=0,002$). Les résidentes et résidents dans un stage en médecine de famille effectuent plus d'activités médico-administratives ($Md=5$ h./sem.) que celles et ceux dans les autres types stages ($Md=4$ h./sem., $W=4700,5$, $p.=0,005$).

Plusieurs résidents abordent la gestion des courriels et des formulaires électroniques divers comme une charge de travail supplémentaire qui est liée à la résidence, mais qui n'est pas reconnue.

On reçoit à peu près 25 courriels par jour avec des horaires différents. J'ai l'impression que ça me demande au moins un niveau de bac pour comprendre les Excel qui me sont envoyés. (Laurence, R1)

La quantité des courriels et l'infinité de publications reçues de l'université ou des associations professionnelles, questionnaires de recherches, comme celui-ci, et tout autre matériel en liste de distribution non sollicitée augmentent le temps et les tâches dédiés à l'emploi qui sont non comptabilisés dans l'horaire régulier au détriment de la vie personnelle et familiale. (Maria, R2)

Remplir toutes sortes de petits formulaires administratifs que l'on nous indique « qu'il ne prendra que 15 minutes à remplir » et que ce n'est jamais le cas et qui s'accumulent et finissent par gruger sur notre temps d'étude ou personnel. Je ne peux vous dire le nombre de fois où je reviens du travail, je prends mes courriels et je passe plus d'une heure à gérer les courriels de l'université et leurs demandes, remplir les formulaires d'exposition aux soins cliniques, répondre aux questions et exigences des secrétaires de l'UMF, etc. (Mélanie, R1)

4.1.3 Les exigences dans la sphère personnelle

Les rôles liés à cette sphère ont été documentés selon les activités réalisées individuellement, en couple, en famille ou avec des amis. De façon générale, les résidentes et les résidents passent une plus grande proportion de leur temps personnel à réaliser des activités individuelles. Viennent par la suite les activités en couple, les activités en famille et les activités avec les amis (*voir* figure 4.2). La plus faible proportion de temps accordé aux amis est expliquée par des horaires qui ne concordent pas et qui ne permettent pas de passer du temps avec les amis aux moments où toutes les personnes sont disponibles.

On aurait tous envie de se voir plus, mais on essaie d'organiser des choses quand c'est possible pour se voir. (Hugo, R2)

En étant résidente, il y a certains mois que j'ai un peu moins de temps d'être sociale, surtout parce que mon horaire et l'horaire de mes amis sont toujours différents, mais j'essaie de toujours avoir des contacts avec mes amis de l'extérieur du Québec donc, si jamais il n'y a personne qui est disponible à Montréal, je peux téléphoner à mes amis à l'extérieur et ailleurs. (Isabella, R2)

Ça peut être difficile des fois d'entretenir des relations avec les gens qui n'ont vraiment pas le même horaire. (Chloé, R1)

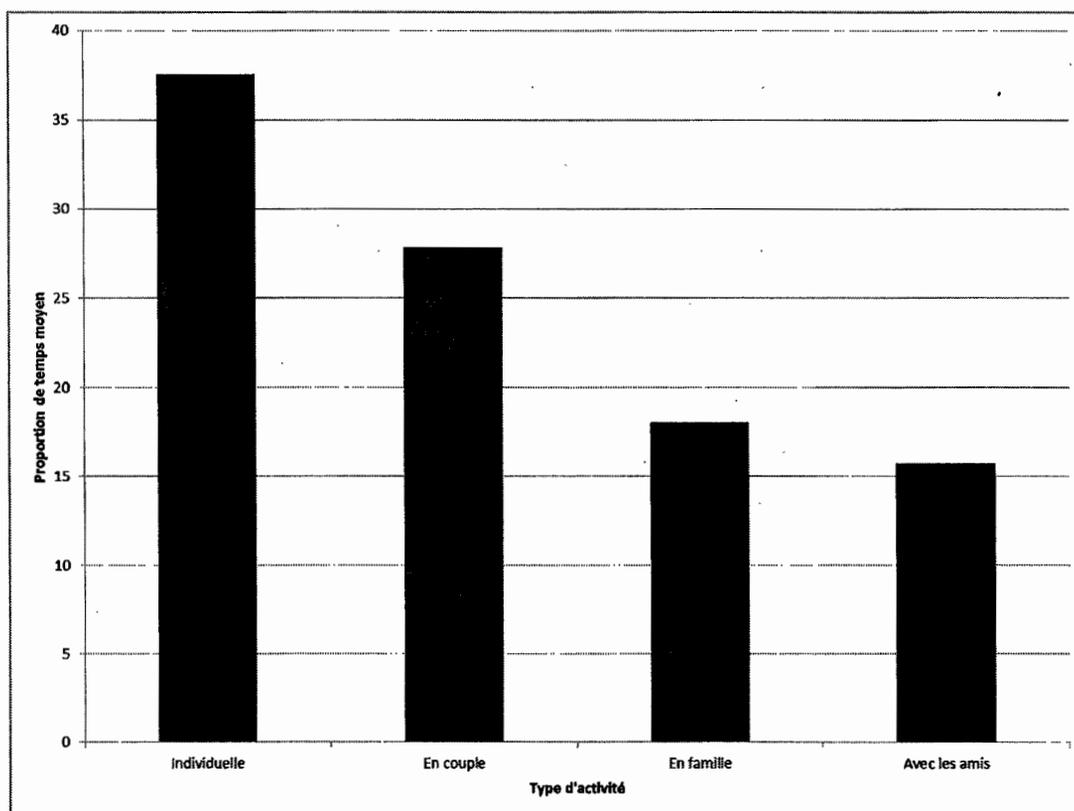


Figure 4.2 Proportion de temps moyen par type d'activité

Compte tenu de ces difficultés à concilier les horaires, certains résidents réalisent des activités en solitaire.

[Je réalise des activités] des fois avec des amis, des fois tout seul dépendamment. Parce que ça dépend souvent de l'horaire, mais ça varie. Je dirais 75 % avec des amis puis 25 % du temps tout seul. (Benjamin, R1)

Ça adonnait comme un peu moins, mais globalement pendant mes deux ans de résidence, j'ai pas mal joué à l'ordinateur [seul] une bonne partie du temps que j'étais chez nous. (Benjamin, R2)

Pour les 18 résidents qui exercent un rôle de parent (voir figure 4.3), ils consacrent une part significativement plus importante d'activité en famille (Md=75%) que les résidents qui n'ont pas de personnes à charge (Md=10%, W=2614, p.<0,001). En contrepartie, ces personnes consacrent une proportion de temps moins grande aux activités individuelles (Md=10%, W=719, p.<0,001), aux activités avec des amis (Md=1,5%, W=864,5, p.=0,006) et aux activités de couple (Md=0%, W=645,5, p.<0,001).

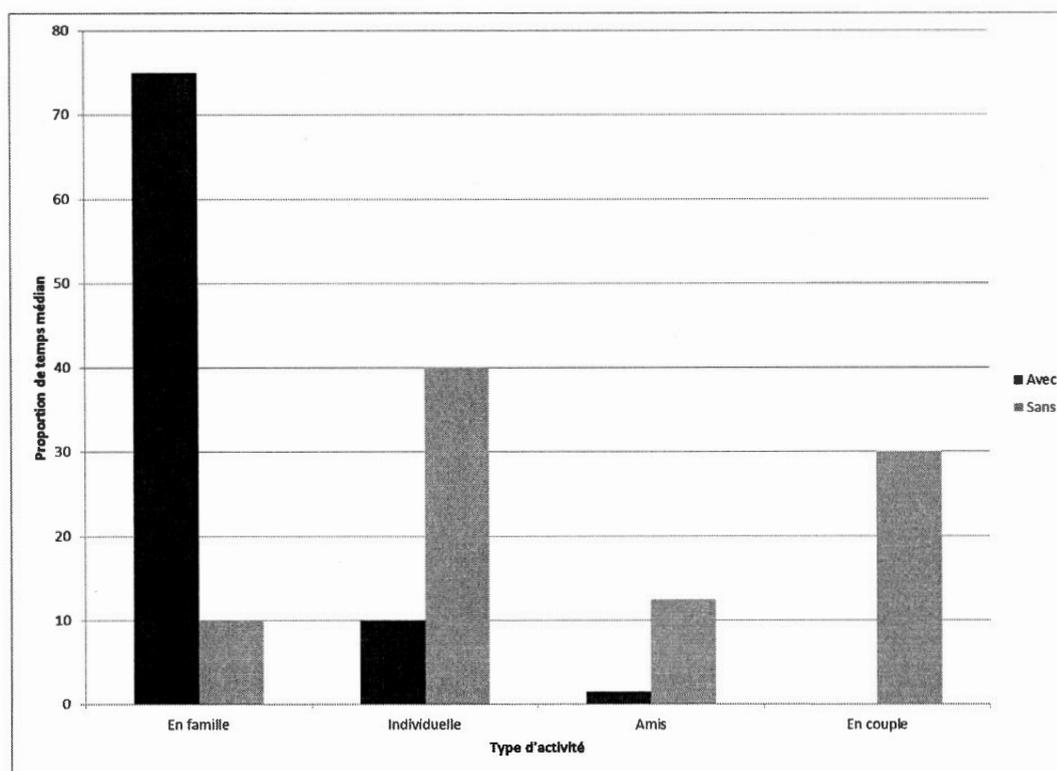


Figure 4.3 Proportion de temps accordé par type d'activité selon les personnes à charge

Dans notre échantillon, 75,3 % des répondants indiquent être en couple, soit en union libre, comme conjoints de fait ou mariés. Pour ces répondants en couple, 14,39 % stipulent ne faire aucune activité exclusivement en couple. Pour celles et ceux qui en effectuent, ils y accordent en moyenne 34,60 % ($\pm 23,09$ %) de leur temps. Le fait d'effectuer plus d'activités en couple (*voir* figure 4.4) entraîne une diminution d'activités avec les amis (Md=10%). Chez les personnes célibataires, elles effectuent plus d'activités avec les amis (Md=20%, $W=3634,5$, $p.<0,001$). Cette même tendance s'observe aussi pour les activités individuelles des personnes en couple (Md=30%) comparativement aux célibataires (Md=50%, $W=3397,5$, $p.=0,002$).

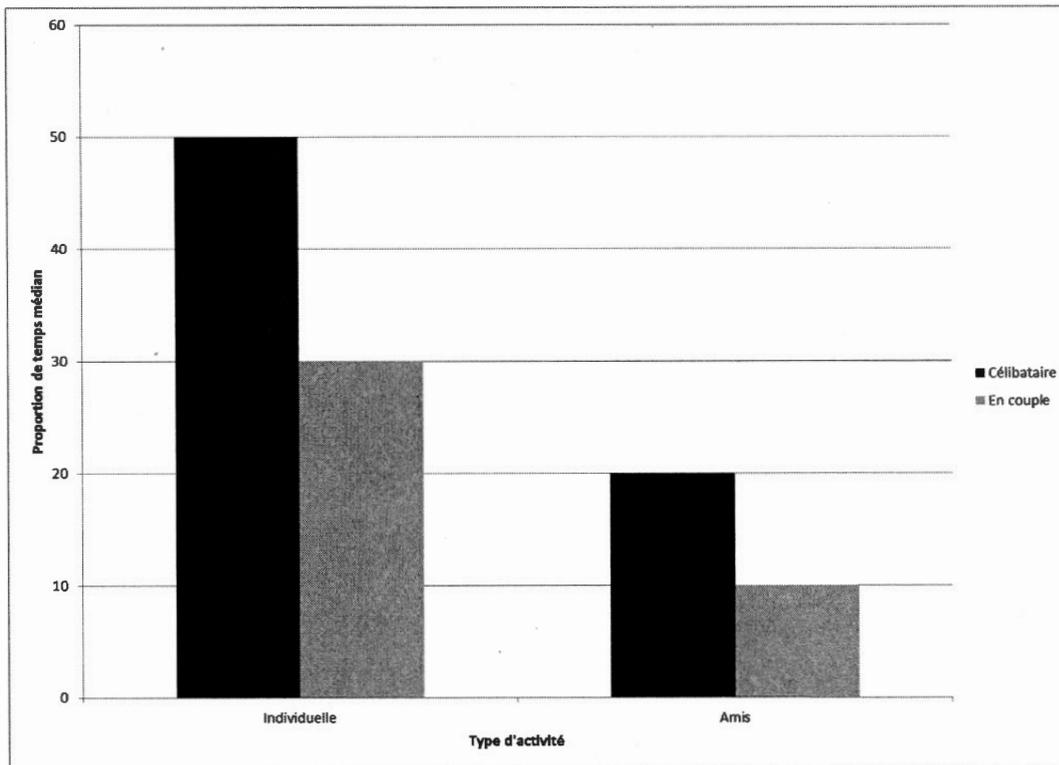


Figure 4.4 Proportion de temps médian selon le type d'activité et le statut marital

Pour les résidents en couple, le fait d'avoir un conjoint médecin entraîne une augmentation des activités individuelles ($Md=47,5\%$) en comparaison avec ceux dont les conjoints travaillent dans d'autres secteurs d'activités ($Md=25\%$, $W=1171,5$, $p.=0,003$). Pour certains résidents, le temps accordé aux activités de couple a été différent selon leur année de résidence, ce qui se remarque aussi par une distribution des résultats qui est différente selon l'année de résidence ($D=0,26$, $p.=0,002$).

Je pense que pour moi, mettre l'accent sur ma relation, c'était important parce que je trouve que R2, c'est une année difficile pour n'importe quel couple (Ana, R2)

Au-delà des rôles de parents ou de conjoint, le fait d'habiter en région entraîne une plus grande proportion d'activités individuelles ($\bar{x}=41,28\%$, $SE=0,53$) que pour celles et ceux qui habitent en milieux universitaires ($\bar{x}=34,10\%$, $SE=0,43$, $t(201)=-2,09$, $p.=0,04$, $r=0,344$). Bien qu'il n'existe pas de différences statistiquement significatives selon la localisation de la résidence pour les autres activités, il est possible de remarquer une distribution des données différentes pour les activités en couple ($D=0,34$, $p.<0,001$), en famille ($D=0,33$, $p.<0,001$) et avec des amis ($D=0,24$, $p.=0,004$). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que certains résidents doivent réaliser leur résidence loin de leur famille, de leur conjoint ou de leurs amis.

Là, ça fait deux ans que je suis avec mon copain, ça se passe super bien aussi. Ça se vit bien à distance. Je suis assez proche de ma famille, mais finalement, mes parents trouvaient ça vraiment intense que j'aie plus loin. (Jessica, R2)

4.1.4 Synthèse partielle concernant les rôles exercés

En résumé, les rôles liés à la résidence sont surtout ceux d'apprenant et de professionnel de la santé. Au niveau scolaire, les apprentissages s'effectuent au quotidien lors des soins aux patients où les résidents se documentent sur des cas vécus avec des patients ou discutés avec les superviseurs. Ce type d'apprentissage se révèle plus enrichissant que les cours formels. D'un autre côté, pour les examens de fin de parcours, l'étude est morcelée et elle s'effectue surtout avant la période des examens.

Pour ce qui est des soins aux patients, les résidentes et résidents en médecine de famille interrogés effectuent une moyenne de 42,9 heures par semaine. De ces heures, presque la moitié (21,4 heures) est effectuée tout en recevant de l'enseignement de la part d'un médecin clinicien. Cet enseignement est plus actif chez les résidents de première année. Il constitue une occasion d'apprentissage pour certains alors que pour d'autres il s'agit d'un processus d'évaluation quotidien et constant. Dans tous les cas, l'enseignement dépend de la disponibilité du superviseur et peut représenter une protection à l'égard de possibles erreurs médicales. Par ailleurs, l'absence d'enseignement ou de supervision est identifiée par certains résidents comme une opportunité de développer leur autonomie. En définitive, les activités médico-administratives doivent trouver leur place dans la charge de travail totale tout comme les gardes en établissement et à domicile. En outre, les résidentes et résidents en région semblent être en mesure de bénéficier plus facilement de changement de garde en établissement en garde à domicile.

Concernant les rôles de la sphère personnelle, les résidents passent en moyenne 24,2 heures par semaine à des activités non liées à la résidence. Les résidents de l'Université McGill indiquent avoir plus de temps personnel que les résidents de l'Université de Montréal. En ce qui a trait à la répartition des activités, les résidents qui ont un rôle de parent ou de tuteur consacrent surtout leurs activités à la famille. Pour celles et ceux qui sont célibataires, qui ont un conjoint en médecine ou qui habitent en région, ils occupent majoritairement leurs activités non liées à la résidence par des activités individuelles.

4.2 De multiples exigences, de multiples attentes et de multiples rôles

Les multiples rôles exercés par les résidents doivent tenir compte des exigences de rôle prévues dans les sphères personnelle, professionnelle et scolaire, mais aussi des attentes provenant des différents partenaires de rôles. Malgré qu'il puisse exister certaines différences entre les sphères professionnelle et personnelle, les multiples rôles se recoupent dans toutes ces sphères.

À [mes tâches comme résidente], je dois ajouter environ une heure d'étude par jour (quand j'arrive à le faire et que je ne suis pas littéralement en train de m'endormir sur mes cahiers), faire avancer mon travail d'érudition, travailler sur les différentes présentations que l'on exige de moi au travail, un minimum d'implication au sein de ma [maison] (lavage, ménage, repas, etc.) et un 15 à 30 minutes pour moi seule. (Mélanie, R1)

Compte tenu des attentes et des partenaires de rôles au travail, les échelles sur les conflits de rôles montrent que le conflit de rôle inter-émetteur ($\bar{x}=4,32$) est plus important pour les résidentes et les résidents comparativement à la surcharge de rôle ($\bar{x}=4,19$) et à l'incongruité ($\bar{x}=3,51$). Pour ce qui est de l'ambiguïté de rôle, malgré une moyenne plus élevée que pour les autres conflits ($\bar{x}=4,79$), il importe de rappeler que les énoncés de l'échelle de Rizzo, House et Lirtzman (1970) et telle que traduite par Lachance (1998) permettent de mesurer la clarté de rôle et non l'ambiguïté de rôle.

4.2.1 Le conflit de rôle inter-émetteur et intra-émetteur

Le conflit de rôle inter-émetteur signifie de répondre à des attentes ou à des demandes incompatibles formulées par plusieurs partenaires de rôles alors que le conflit de rôle intra-émetteur concerne des attentes et des demandes incompatibles d'un même partenaire. Comme présenté à la section 3.8.1, les données quantitatives récoltées témoignent de conflits de rôle inter-émetteur puisqu'il est question de deux ou plusieurs personnes différentes. Pour ce qui est des données qualitatives, elles permettent de documenter les conflits de rôle inter-émetteur quant aux attentes prévues, mais aussi de documenter des conflits de rôle intra-émetteur en présence d'un seul partenaire de rôle, notamment celles et ceux assurant le rôle de superviseur.

4.2.1.1 Le conflit de rôle inter-émetteur avec les superviseurs

Nos données montrent qu'il existe deux groupes de répondants quasi similaires soient celles et ceux qui indiquent vivre un conflit de rôle inter-émetteur (36,64 %) et ceux qui indiquent de ne pas en vivre (38,20 %). Cette répartition s'accompagne de 25,13 % des répondantes et répondants qui ne se considèrent ni en accord, ni en désaccord avec les énoncés de l'échelle de Lachance (1998). Les propos des résidents montrent qu'il est difficile de répondre aux demandes de tous les partenaires en même temps.

J'explique souvent que c'est comme impossible pour moi de donner les bons soins à mon patient et de garder mon patron heureux et de garder mon infirmière heureuse et de garder ma secrétaire heureuse et d'apprendre. (Laurence, R1)

Il y a une façon de donner des soins à un patient, dans laquelle on fait ce qu'on a à faire le plus vite possible pour que le patient n'attende pas et que le patron n'attende pas. (Laurence, R1)

Compte tenu de cette différence, une régression linéaire multiple⁶⁹ a permis d'identifier cinq prédicteurs significatifs du conflit de rôle inter-émetteur. De ces prédicteurs, une augmentation du nombre d'épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens ($b=0,49$, $p.=0,003$) et de la part de l'équipe soignante ($b=0,38$, $p.=0,008$) ainsi que du nombre total d'heures liées à la résidence par semaine ($b=0,02$, $p.=0,04$) prédisent significativement une augmentation de la perception du conflit de rôle inter-émetteur. D'autre part, une proportion plus élevée de temps consacré à des soins aux patients avec de l'enseignement (direct et indirect) de la part des superviseurs ($b=-0,01$, $p.=0,01$) ainsi qu'une augmentation du nombre d'épisodes de reconnaissance de la part des superviseurs spécialistes⁷⁰ ($b=-0,25$, $p.=0,03$) entraînent une diminution de la perception du conflit de rôle inter-émetteur.

Le discours des résidentes et des résidents fait référence aux conflits de rôle inter-émetteur puisqu'ils énoncent les demandes incompatibles reçues par plusieurs partenaires de rôle. Ces demandes correspondent aux attentes à l'égard de la conduite des soins aux patients. Comme la conduite diffère selon chacun des superviseurs, les résidents expriment qu'ils doivent fonctionner différemment en fonction de chacun et qu'un ajustement est nécessaire.

Souvent, [les superviseurs] nous le disent — « Moi je ferais ça comme ça, mais ça se peut qu'un autre superviseur te dise le contraire ». (Chloé, R1)

Mais c'est difficile parce qu'à un moment donné, tu te rends compte que si tu travailles avec le patron A, lui il va faire ça. (Daphnée, R2)

⁶⁹ $R^2=0,219$, $F(5,160)=8,98$, $p.<0,001$

⁷⁰ La reconnaissance des différents partenaires de rôle est traitée dans la section portant sur les stratégies de régulation relationnelles (section 4.6)

C'est qu'il y a autant de manières de faire que de nombre de patrons, donc des fois, c'est juste pour être sûr que toi, tu l'as appris d'une certaine manière, ce n'est pas nécessairement faux, mais il y a des patrons qui le préfèrent d'une autre manière. (Ana, R1)

Certains résidents expriment qu'ils sont contraints à opter pour des conduites précises en fonction du superviseur ce qui limite, du même coup, leur autonomie.

[Comme j'ai été infirmière], quand je prescris quelque chose, je connais l'impact que ça aura sur la pratique [des infirmières], sur l'organisation des soins, donc avant de prescrire quelque chose, j'y pense toujours à ce que ça donne. Des fois, [cette façon de travailler] nuit parce que les patrons, ils n'ont peut-être pas ce souci-là, donc pour eux, bien non, la conduite, c'est ça, ça, ça. Oui, mais dans la vraie vie, ça ne marche pas sur le terrain. (Karine, R1)

Le patron, je lui ai conté mon histoire et ma conduite à tenir. Lui, il m'a dit que pour lui ce n'est pas ça que je ferais. Je ferais plutôt telle ou telle affaire. (Fanny, R1)

Au-delà des changements dans les conduites requises pour les soins, certains résidents font état d'un sentiment d'abus de pouvoir de la part de superviseurs passant du contrôle à certains commentaires personnels négatifs.

Je pense qu'il y avait, à l'unité de médecine familiale surtout, parce que lorsque j'étais en stage dans d'autres milieux, je ne ressentais pas autant de contrôle, mais ici c'est peut-être à cause de la personnalité de certains superviseurs aussi, mais j'avais l'impression d'un excès de contrôle et d'un manque de confiance. (Chloé, R2)

Ça m'est déjà arrivé, peut-être une fois, de toute ma formation de me faire ramasser par un patron et de me faire dire des choses qui étaient quasiment personnelles, en me disant que je n'étais pas compétente. (Ana, R1)

Ces abus de pouvoir peuvent être perçus comme des épisodes de harcèlement ou d'intimidation venant des superviseurs. Dans l'enquête, 22,28 % des résidents indiquent avoir subi au moins un épisode de la sorte de la part de superviseurs omnipraticiens et 44,57 % indiquent en avoir vécu de la part des superviseurs spécialistes. De surcroît, il existe une corrélation négative moyenne ($r=-0,27$, $p.<0,001$) entre ces épisodes de la part des superviseurs omnipraticiens et l'opinion de soi du résident. Ce résultat montre donc qu'il y a un lien entre les épisodes de harcèlement et d'intimidation et l'opinion de soi à l'effet que lorsque l'un augmente l'autre diminue.

4.2.1.2 Le conflit de rôle intra-émetteur avec les superviseurs

La relation avec un même superviseur influence les attentes prévues pour le rôle. Des attentes contradictoires venant de ces partenaires peut mener à un conflit de rôle intra-émetteur. En plus des attentes contradictoires, certains résidents font part d'une impression d'écoute déficiente, de la part des superviseurs, qui se manifeste par un manque d'intérêt.

[Les superviseurs] se donnaient l'impression qu'ils nous écoutaient en nous donnant le droit de parler, mais c'est comme si on parlait dans le vide tout le temps. (Chloé, R2)

Des fois j'ai l'impression que [la superviseure] me demande mon opinion et j'ai l'impression qu'elle ne veut pas vraiment l'entendre mon opinion. (Émilie, R1)

D'un autre côté, quelques résidents abordent une difficulté à s'exprimer considérant la charge de travail ou encore la rapidité à laquelle le travail doit être accompli.

J'ai plus de difficulté à m'exprimer puis à poser mes questions parce qu'on sent qu'il faut que ça aille plus vite puis qu'il n'y a pas de place à [la discussion]. (Hugo, R2)

Certaines caractéristiques sociodémographiques des superviseurs ont été énoncées comme influençant les relations. Il semble, par exemple, que les jeunes superviseurs offrent plus d'occasions d'approfondir les connaissances ou les techniques. Quant aux superviseurs les plus expérimentés, ils ont plus de difficulté à être confrontés sur les connaissances et leurs techniques, mais ils favorisent les liens avec les patients ou les autres professionnels de la santé.

Moi, mon expérience, c'est sûr que j'ai plus appris concrètement avec les plus jeunes patrons, qui te posent des questions, qui vont te pousser un peu plus. [...] Par contre, les leçons de vie, je les ai plus apprises avec les vieux patrons. (Jessica, R2)

C'est souvent les plus vieux patrons, qui ont les connaissances qui datent un peu plus, [...] qui ont de la difficulté à se faire confronter par rapport aux dernières lignes directrices. (Fanny, R1)

4.2.1.3 Les conflits de rôle avec les autres partenaires de rôle

Les relations avec les autres partenaires de rôle peuvent entraîner des conflits de rôle tant intra-émetteur que inter-émetteur puisqu'ils ajoutent des attentes de rôle. Parmi les attentes qui s'additionnent pour les résidents, on retrouve l'apport des autres professionnels de la santé dans l'évaluation de stage. Cette évaluation porte surtout sur la capacité de collaborer avec ces professionnels.

Parce qu'une des choses sur lesquelles on est évalués, c'est comment on est capable de collaborer avec les autres professionnels, fait que s'ils disent — « Ah bien, il va bien avec les patients, il va bien avec les patrons », mais que là, les professionnels arrivent et disent — « Ouais, mais nous autres, il n'est pas très correct », on va se le faire dire dans nos évaluations. (Daphnée, R2)

Ce n'est pas que d'avoir des bonnes connaissances sur les sujets, mais c'est aussi de savoir bien communiquer avec les patients, avec les collègues, les patrons, avec les autres qui travaillent dans le milieu de la santé. (Émilie, R1)

[À un certain moment], je suis partie voir la patiente et à la fin de la matinée, quand je suis allée faire mon évaluation avec mon patron, il m'a dit que l'infirmière était venue se plaindre de mon comportement, comme quoi je n'avais pas [bien] traité les secrétaires et elle-même. (Laurence, R1)

Ces relations avec l'équipe soignante sont aussi considérée par certains résident comme étant l'équivalent de marcher sur des œufs. Ce qui peut même être reconnu par 41,3 % des résidents comme des épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part de ces partenaires de rôle.

Mais ça dépend du contexte puis si possible, tout le monde est content puis on a des bonnes relations de travail, mais c'est un peu l'impression de marcher sur des œufs. (Laurence, R1)

Les résidents séniors jouent, quant à eux, un double rôle soit de superviseurs et de pairs. Ces collègues peuvent conditionner la conduite à adopter avec un superviseur puisqu'ils émettent des commentaires en regard de leur accès aux mêmes informations que le résident.

Le désavantage d'être dans une UMF, dans une unité d'enseignement, c'est que les messages que tu reçois, il y a beaucoup de monde qui les ont vu passer. Ils ont tous une opinion sur comment tu devrais réagir par rapport au message qui t'attend dans ta case ou par rapport au laboratoire que tu as vu. Il faut, des fois, que tu défendes ton point, dire - « Bien moi, je ne fais pas ça pour telle raison » alors que peut-être l'autre à côté aurait dit - « Bien moi, je ferais ça pour telle raison ». (Daphnée, R2)

En plus d'augmenter le sentiment de compétition entre les résidents. À titre d'exemple, certains résidents séniors tentent de se montrer meilleurs du point de vue scolaire en étalant leurs connaissances devant les superviseurs.

Et devant les patrons, [certains résidents séniors] vont justement essayer de rabaisser leurs collègues en montrant qu'ils ont plus de connaissances ou qu'ils savent mieux les choses. (Émilie, R1b)

Les interactions avec ces partenaires ont été identifiées par 17,78 % des résidents comme étant une source d'épisodes de harcèlement et d'intimidation. La fréquence de ces épisodes est plus élevée à mesure que le nombre de résidents totaux dans le GMF-U augmente ($H(6)=15,85$, $p.=0,01$). Les GMF-U qui comptent plus de 30 résidents sont plus sujets aux épisodes de harcèlement ($Md=1,5$) que les autres qui comptent de 6 à 10 résidents ($Md=1$, $W=228$, $p.=0,02$), de 11 à 15 résidents ($Md=1$, $W=342$, $p.<0,001$) ou de 21 à 25 résidents ($Md=1$, $W=423$, $p.=0,01$). Ces différences pouvant s'expliquer par une présence plus grande de résidents seniors dans des milieux plus peuplés.

Les attentes des patients et de la famille des patients peuvent être perçues comme des épisodes de harcèlement et d'intimidation pour 41,85 % des résidents. Pour celles et ceux qui ont vécu ce type de situation, ils indiquent que cela n'est arrivé que parfois par les patients (41,30 %). Les résidents de deuxième année indiquent avoir vécu plus d'épisodes de harcèlement de la part des patients ($Md=2$) que les résidents de première année ($Md=1$, $W=4804,5$, $p.=0,04$). Cette donnée vient ainsi en contradiction avec une plus grande autonomie et assurance de la part des résidents de deuxième année. Par contre, cela pourrait s'expliquer par une présence plus grande en solitaire avec le patient ce qui peut être caractéristique d'un plus grand laisser-aller de la part des superviseurs avec les résidents de deuxième année.

En plus des rôles liés à la sphère professionnelle, un conflit de rôle peut être vécu dans la vie personnelle lorsque la résidence ou une partie de la résidence doit être effectuée dans une autre région et que cela ne concorde pas avec les aspirations ou la vie professionnelle du conjoint.

Ensuite, [mon conjoint] est venu étudier à Québec, il a fini son bac, il a travaillé un peu à Québec puis là, il a décidé de retourner aux études, mais vu que là moi j'étais en train de faire ma résidence à ce moment-là [à Québec] puis que c'était pas mal clair que je n'aurais pas de poste à Québec [après ma résidence], je lui ai dit - « Bien écoute, si tu es capable, si tu peux juste être accepté à Québec, OK on va trouver une solution, mais sinon retourne à Montréal. » (Daphnée, R2)

Mais à la résidence, j'ai fait une demande à un moment donné pour les stages justement en région éloignée pour une demande de dérogation pour être avec McGill plutôt qu'avec Montréal pour le deux mois en région éloignée parce que j'aurais une possibilité de travailler à un endroit puis mon chum aurait un emploi dans la même ville, dans son domaine. (Karine, R1)

4.2.2 La surcharge de rôle

Considérant que la surcharge de rôle correspond à trop de travail en peu de temps, à des standards de performance élevés ou encore à une pressurisation du temps, les résultats montrent que 43,93 % des résidentes et résidents ne considèrent pas être en surcharge de rôle, 31,21 % considèrent le contraire et 24,87 % ne sont ni en désaccord, ni en accord avec les énoncés présentés.

L'un des premiers éléments énoncés par certaines résidentes et résidents est que la surcharge de rôle est liée au nombre d'heures à effectuer.

C'est un milieu qui est exigeant, c'est un milieu où ils nous demandent de performer, de faire un nombre d'heures pour pouvoir garantir nos stages puis tout ça. (Karine, R1)

En fait, ce que je retiens, c'est que la résidence c'est un moment dans la vie des médecins de famille, c'est un moment qui est exigeant je dirais globalement parce que l'horaire est quand même chargé. (Benjamin, R2)

La résidence, même si c'est un marathon et pas un sprint, [...] ça fonctionne par période. On se rend jusqu'à la fin du mois puis on recommence le mois prochain. (Laurence, R1)

Définitivement, je trouve que la plus grande barrière est la charge de travail — durant certains mois il arrive que l'on travaille sans répit en plus des horaires fragmentés par les gardes de nuit. (Marie-Ève, R2)

On doit toujours faire [nos tâches médico-administratives] après avoir terminé notre clinique et nos notes soit commencer entre 18 et 19 h les soirs où l'on n'est pas de garde et finir entre 19 et 20 h c'est lourd. (Mélodie, R1)

En plus du nombre d'heures, la pressurisation du temps est abordée par quelques résidents comme étant l'impression de manquer de temps pour réaliser toutes les tâches prévues.

C'est sûr que j'ai souvent l'impression de manquer de temps pour faire tout ce que je veux faire. (Chloé, R1)

Je me sens toujours serrée dans mon temps, c'est ça qui est frustrant, sentir que tu n'as pas le temps. (Ana, R2)

À cela s'ajoutent des standards de performance élevés quant aux connaissances à avoir et à la pression des pairs résidents et des superviseurs

Comme toutes ces attentes-là qu'ils ont envers moi puis là, j'étudiais, j'étudiais, j'étudiais (Ana, R2)

J'aurais mis peut-être une heure là-dessus et j'aurais été satisfaite, mais là pour monter une formation et aller enseigner aux autres comment prendre [cette pathologie] en charge, j'ai lu à peu près tout ce qui s'écrivait là-dessus. (Karine, R1)

Je pense que la pression des autres reste toujours là, parce que les gens en médecine ont tendance à être eux-mêmes très perfectionnistes et ils exigent des autres ce qu'ils exigent d'eux-mêmes aussi, donc ça dépend des patrons. (Chloé, R1)

Mais ils sont moins compréhensifs parce que justement, [les superviseurs] travaillent des heures de fou et j'ai l'impression que c'est tellement acquis pour eux qu'on travaille comme des fous tout le temps que de voir quelqu'un qui travaille moins, ça ne passe pas. (Karine, R1)

Malgré le discours des résidentes et résidents, les standards de performance sont considérés trop élevés que pour 37,5 % des résidents⁷¹.

En plus de ne pas avoir assez de temps pour faire ce qu'ils doivent faire et de ressentir des standards de performance élevés, les résidents ressentent une pression quant au fait d'acquiescer de la rapidité dans les soins aux patients. Cette rapidité augmentant avec l'avancement de la résidence.

Il faut que je travaille [...] pour réussir à être aussi efficace dans mes communications pour qu'en 5 minutes, j'aie réussi à tout couvrir et que le patient soit content malgré que c'était juste super rapide. (Karine, R1)

Quand un patient arrive en retard, j'essaie d'écourter mes prochains rendez-vous pour que ça rentre quand même en bout de ligne dans ma période. (Ana, R1)

À l'urgence, ce n'est pas vraiment une attente officielle de voir tant de patients en tant de temps, mais on se le fait dire quand même qu'au fil de la résidence, faut prendre de la rapidité puis normalement, une consultation, ça devrait prendre [une certaine période] de temps. (Hugo, R1)

On a beaucoup de patients puisqu'on a beaucoup de gens à voir. Et même si on est censé prendre le temps de le faire, c'est dur quand tu sais qu'il y a quatre ambulances qui viennent d'arriver. (Laurence, R1)

⁷¹ L'énoncé est « À mon travail, les standards de performance sont trop élevés ».

Au niveau des apprentissages, les périodes de supervision représentent une charge mentale supplémentaire pour les résidents qui doivent composer avec le temps de révision et de supervision et avec les patients qui attendent des soins.

C'est un petit peu bizarre parce que tu n'as pas envie de faire — « Excusez-moi Docteur, ce n'est pas que je ne veux pas vous écouter, mais faut que j'y aille » parce qu'en même temps, des fois ça aide le patient, mais c'est juste que c'est un genre de course contre la montre. (Ana, R1)

Quand il y a quatre patients qui attendent, même si le patron est enthousiaste de discuter 10 minutes du cas, moi je sais que j'ai quatre patients qui attendent puis ce n'est pas maintenant que je le veux l'enseignement. (Laurence, R1)

Surtout que l'horaire est dépendante du superviseur associé au résident.

Il y a certaines journées où on est avec d'autres patrons, que là on roule comme la clinique d'un autre patron, c'est que peu importe notre vitesse, si on fait bien ou pas bien les choses, ce n'est pas nous qui gérons l'heure à laquelle on termine. (Karine, R1)

Il y a des patrons, quand c'est eux qui me supervisent, j'apprends beaucoup plus, mais je finis mes cliniques deux heures en retard parce qu'ils veulent qu'on discute largement de chaque cas. (Laurence, R1)

J'ai hâte de gagner mon autonomie, d'être enfin maître de mon temps. (Maude, R2)

La pression vécue peut aussi être due à une répartition inéquitable des tâches entre les résidents du GMF-U.

Théoriquement, on est 10 résidents R1, 10 résidents R2 et le lot de tâches est supposé être réparti de façon égale et souvent, ce n'est pas le cas. (Fanny, R2)

Par ailleurs, la perception de la surcharge de rôle est exprimée par quelques résidents en regard des premiers mois qui représentent une période de survie. Ce sentiment de survie diminue avec le temps, puisque la gestion de la charge de travail est plus facile.

Disons les premiers deux à trois mois, c'est vraiment la survie puis on a l'impression d'être hors contrôle perpétuellement. (Laurence, R1)

Des fois, faire une consultation, ça me prend un peu plus de temps que la moyenne, mais au fil de la résidence, déjà en quelques semaines, je trouve que j'ai quand même pris de la rapidité. C'est plus clair dans ma tête ce que je cherche et les questions que je vais poser et les questions qui ne sont pas nécessaires de poser. (Hugo, R1)

Au début, [les superviseurs] disaient que c'est un peu normal que nous nous sentions un peu débordés par la tâche. (Émilie, R1)

Cette différence se remarque aussi de façon quantitative. À l'énoncé « On me donne assez de temps pour faire ce qu'on attend de moi au travail », les résidents de deuxième année ($\bar{x}=4,32$, $SE=0,035$) sont davantage en accord avec l'énoncé que les résidents de première année ($\bar{x}=3,76$, $SE=0,025$, $t(187)=-2,733$, $p.=0,006$, $r=0,196$).

Toute cette surcharge de rôle peut aussi être perçue positivement. Pour certaines et certains, elle représente un plus grand nombre de cas, ce qui peut rassurer des résidents dans la prise en charge de certaines pathologies.

Je pense que ce que j'ai acquis de plus, c'est justement les connaissances, de l'exposition que j'ai eue en plus donc finalement, ce n'est pas si mal. (Fanny, R2)

Il y a des gens qui me disent — « Moi, dans ma résidence, j'ai suivi dans mon bureau un seul patient avec du diabète, fait que je ne me sens pas à l'aise de gérer ça plus tard ». (Daphnée, R2)

Même quand c'est légitimement accepté que je pose plus de questions, c'est difficile, parce que tu te sens pressée par le temps parce que tu sens une pression parce que tu te sens mal pour le patient [...] de faire attendre le patient, mais moi, je ne me sens pas dans un bel esprit d'apprentissage puis je ne suis pas comme dans l'état d'esprit pour bien apprendre sur quelque chose si je sais que mon patient attend que j'aille le libérer pour qu'il puisse repartir. (Laurence, R1)

Pour expliquer la surcharge de rôle, une régression linéaire multiple⁷² montre qu'une augmentation des épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part de l'équipe soignante ($b=0,47$, $p.<0,001$) et des patrons omnipraticiens ($b=0,39$, $p.=0,01$) ainsi que le fait d'éprouver plus de sentiments négatifs ($b=0,31$, $p.=0,01$) prédisent significativement une augmentation de la perception de la surcharge de rôle. Au contraire, le fait d'avoir une bonne opinion de soi-même ($b=-0,37$, $p.=0,004$) et de bénéficier de plus de gardes à domicile ($b=-0,08$, $p.=0,01$) entraînent une diminution de la perception de la surcharge de rôle. En plus des prédicteurs précédemment identifiés, les résidents qui pratiquent en région indiquent une perception de la surcharge de rôle moins élevée ($\bar{x}=3,96$, $SE=0,03$) que pour les résidents dans les sites universitaires ($\bar{x}=4,39$, $SE=0,03$, $t(187)=2,20$, $p.=0,03$, $r=0,159$).

4.2.3 L'incongruité de rôle

L'incongruité de rôle correspond à un choc entre les valeurs de la personne, celles liées à un devoir, celles promues par l'organisation, mais aussi avec les aspirations professionnelles ou encore avec des contraintes organisationnelles. Les résultats obtenus pour l'incongruité montrent que 66,99% des répondants considèrent ne pas vivre d'incongruité de rôle tandis que 13,61% expriment le contraire ($\bar{x}=3,51 \pm 1,12$, $Md=3,4$).

⁷² $R^2=0,332$, $F(5,169)=16,83$, $p.<0,001$

Trois caractéristiques de la résidence influencent la perception de l'incongruité de rôle chez les résidents soient l'université d'attache, le nombre total de résidents dans le GMF-U et le trimestre de résidence. Comme présenté au tableau 4.4, les résidents de l'Université de Sherbrooke perçoivent moins d'incongruité de rôle comparé aux résidents des autres universités.

Tableau 4.4 Comparaison de moyennes d'incongruité selon l'université de résidence

Université [A]	Université [B]	Différence [A-B]	t (ddl)	sig. (p.)	r.
Université de Sherbrooke (\bar{x} =3,06, SE=0,18)	Université Laval (\bar{x} =3,59, SE=0,15)	-0,53	$t(83)=2,37$	0,02	0,251
	Université de Montréal (\bar{x} =3,60, SE=0,12)	-0,54	$t(121)=2,58$	0,01	0,228
	Université McGill (\bar{x} =3,87, SE=0,31)	-0,81	$t(54)=2,51$	0,02	0,323

Du côté du nombre total de résidents dans les GMF-U, l'incongruité est moins élevée dans les GMF-U qui comptent de 6 à 10 résidents (\bar{x} =3,16, SE=0,08) comparativement aux GMF-U qui ont de 16 à 20 résidents (\bar{x} =3,71, SE=0,05, $t(68)=-2,15$, $p.=0,04$, $r=0,252$) ou encore avec les GMF-U de plus de 30 résidents (\bar{x} =4,38, SE=0,24, $t(40)=-2,85$, $p.=0,007$, $r=0,41$). Pour les autres tailles de GMF-U, aucune différence statistiquement significative n'a été observée

Finalement, l'incongruité est la plus élevée dans le quatrième trimestre (Md=3,8) comparativement au premier trimestre (Md=3,2, W=1225,5, p.=0,008) et au troisième trimestre (Md=3,2, W=2701,5, p.=0,03). Le deuxième trimestre ne présentant pas de différence statistiquement significative.

Afin d'expliquer l'incongruité de rôle vécue par les résidentes et résidents, trois prédicteurs ont été identifiés à l'aide d'une régression linéaire multiple⁷³. Il a été trouvé que plus il y a d'épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des patrons spécialistes (b=0,54, p.<0,001) et que le nombre total d'heures consacrées à la résidence est plus élevé (b=0,02, p.=0,009) une augmentation de l'incongruité de rôle est prédite significativement. Par ailleurs, une augmentation de la proportion de temps consacré à des soins aux patients avec de l'enseignement de la part des superviseurs (b=-0,01, p.=0,002) entraînent une diminution de la perception de ces dilemmes.

Étant donné que deux énoncés de cette variable composite concernent la réalisation du travail sans les ressources et la main-d'œuvre (*voir* section 3.8.1), il est intéressant de soulever ces éléments dans le discours des résidentes et résidents. Ainsi, les résidents identifient le manque de ressources dans leur travail, mais aussi dans le travail des superviseurs qui, à leur avis, ne pourraient pas faire mieux.

C'est une job qui est difficile avec les ressources que [le superviseur] a, donc je n'aurais pas fait mieux que lui. (Fanny, R2)

⁷³ R²=0,209, F(3,173)=15,27, p.<0,001

Parmi les ressources manquantes, le manque d'informatisation des dossiers a été identifié comme un élément qui complique le travail

Il n'y a rien qui est informatisé, donc ça rendait la tâche un peu difficile, mais ça a bien été. (Chloé, R2)

De plus, certains résidents parlent de l'obligation de réaliser des activités ou des tâches que personne ne veut accomplir.

Parce qu'à un moment donné, il y a une infirmière qui a dit à une autre résidente — « Bien là, ce n'est pas ma job mettons de je sais pas, remplir le formulaire, écrire le nom du patient » pour dire quelque chose ou faxer le formulaire, mais j'étais comme — « Ce n'est pas notre job non plus de faxer des formulaires », mais c'est ça, j'ai l'impression qu'on faisait beaucoup, beaucoup de job de secrétariat. (Chloé, R2)

4.2.4 L'ambiguïté de rôle

L'ambiguïté de rôle est un manque de clarté ou d'information pour répondre aux attentes prévues dans un rôle. Les réponses des résidentes et résidents montrent que 55,2 % considèrent que les attentes sont claires quant aux rôles qu'ils ont à jouer alors que 22,4 % des répondants trouvent qu'il y a une ambiguïté de rôle dans leur travail. Une analyse des différents énoncés qui composent cet indice démontre que les résidents considèrent davantage d'ambiguïté dans ce qui est attendu d'eux⁷⁴ ($\bar{x}=3,53 \pm 1,49$) alors que les objectifs de l'emploi qui leur semblent plus clairs et planifiés⁷⁵ ($\bar{x}=2,87 \pm 1,22$). Une part des attentes étant connues considérant le moment de résidence.

Fait que chaque temps de résidence, tu es supposé faire certaines tâches d'un même problème. (Ana, R1)

⁷⁴ L'énoncé est le suivant : je sais exactement ce que l'on attend de moi.

⁷⁵ L'énoncé est le suivant : mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés.

Par contre, certaines attentes ne sont pas bien définies, compte tenu d'une méconnaissance de certaines tâches ou responsabilités. Le passage entre l'externat et la résidence ou encore entre la résidence et les premiers mois comme médecin clinicien semblent être des moments critiques où l'ambiguïté est plus grande.

Pendant l'université, puis l'externat, on n'apprend pas [la médecine de famille], on fait juste des stages de spécialité dans les hôpitaux, donc c'est super dur quand on arrive [en résidence]. (Chloé, R1)

Puis cette angoisse-là, surtout dans les premiers mois, puis probablement dans les premiers mois de patronat aussi, de la grosse marche de responsabilités. (Laurence, R1)

Dans le quotidien, il arrive qu'une méconnaissance du fonctionnement et un manque d'explication à cet égard entraîne une difficulté dans la réalisation de la tâche prévue.

Je ne peux pas tourner 15 patients en deux heures le matin quand je n'ai pas eu le fonctionnement sur comment ça marchait, qu'est-ce que [la superviseure] veut puis c'est quoi les objectifs puis comment tu veux que je fonctionne. (Émilie, R1b)

Il arrive même que des attentes soient implicites ou portent sur d'autres sujets que ceux connus des résidentes et résidents

C'est un exemple peut-être extrême pour dire que des fois, on est jugé sur des choses qui n'ont pas de lien direct avec la médecine. [...] j'avais une amie qui avait des *rastas*, juste parce qu'elle avait des *rastas*, elle était jugée négativement alors que son travail peut être vraiment bien fait. (Chloé, R2)

Afin de déterminer les variables qui expliquent l'ambiguïté de rôle, nous avons procédé à une régression linéaire multiple⁷⁶. L'analyse a permis de déterminer que la perception d'avoir vécu un épisode de harcèlement ou d'intimidation de la part d'un patron omnipraticien augmente l'ambiguïté de rôle ($b=-0,577, p. <0,001$) alors qu'une perception positive de l'opinion de soi-même ($b=0,507, p. <0,001$) diminue l'ambiguïté.

En plus de ces facteurs, l'autonomie est un élément pour lequel les résidents trouvent une motivation dans la réalisation des tâches.

On a plus d'autonomie je trouve, en plus là maintenant, j'ai mes propres patients donc, je trouve ça encore plus motivant parce que j'ai un but et c'est le *fun*, je crée une relation. Le fait d'aller étudier, le soir, pour mon patient, c'est beaucoup plus motivant pour moi que d'aller étudier pour une note, par exemple, ou un examen. (Jessica, R2)

Si je veux prescrire une crème hydratante pour l'eczéma, [les superviseuses] peuvent me dire leur préférence, mais elles vont me laisser prescrire celle que je veux au contraire de certains patrons qui têtent selon moi sur des détails de telles crèmes qui est vraiment supérieure à une autre alors que ce sont toutes des crèmes hydratantes. (Émilie, R1b)

Par contre, certains résidents indiquent que, malgré des responsabilités plus grandes, ils perçoivent un manque de contrôle ou d'autonomie dans leurs tâches et même que leur marge de manœuvre est diminuée ce qui peut être difficile à gérer.

Il y a mille façons de pratiquer la médecine [...] On n'a pas beaucoup plus de contrôle [qu'à l'externat], mais on a beaucoup plus de responsabilités puis je pense que c'est cette dissonance qui est un petit peu difficile à gérer. (Laurence, R1)

⁷⁶ $R^2=0,328$, $F(2,177)=43,29$, $p.<0,001$ après une transformation BoxCox pour l'ambiguïté de rôle = $1+(\text{ambiguïté de rôle})^{1,89702-1} / (1,89702*4,66535^{0,897017})$

Là avant, on n'avait pas besoin de faire superviser [les renouvellements de prescriptions] par un patron puis là, à un moment donné, on a eu une réunion puis là, ils ont dit — « Là, les médicaments, faudrait qu'on soit au courant quand vous renouvelez ça puis faudrait que vous écriviez une note puis que vous les mettiez dans notre dossier ». (Chloé, R1)

4.2.5 Synthèse partielle concernant les multiples rôles exercés

En résumé, la relation avec certains partenaires de rôle, mais aussi des caractéristiques de la résidence (voir figure 4.5) peuvent mener à des conflits de rôle inter-émetteur ou intra-émetteurs ainsi qu'à une surcharge, une incongruité et une ambiguïté de rôle.

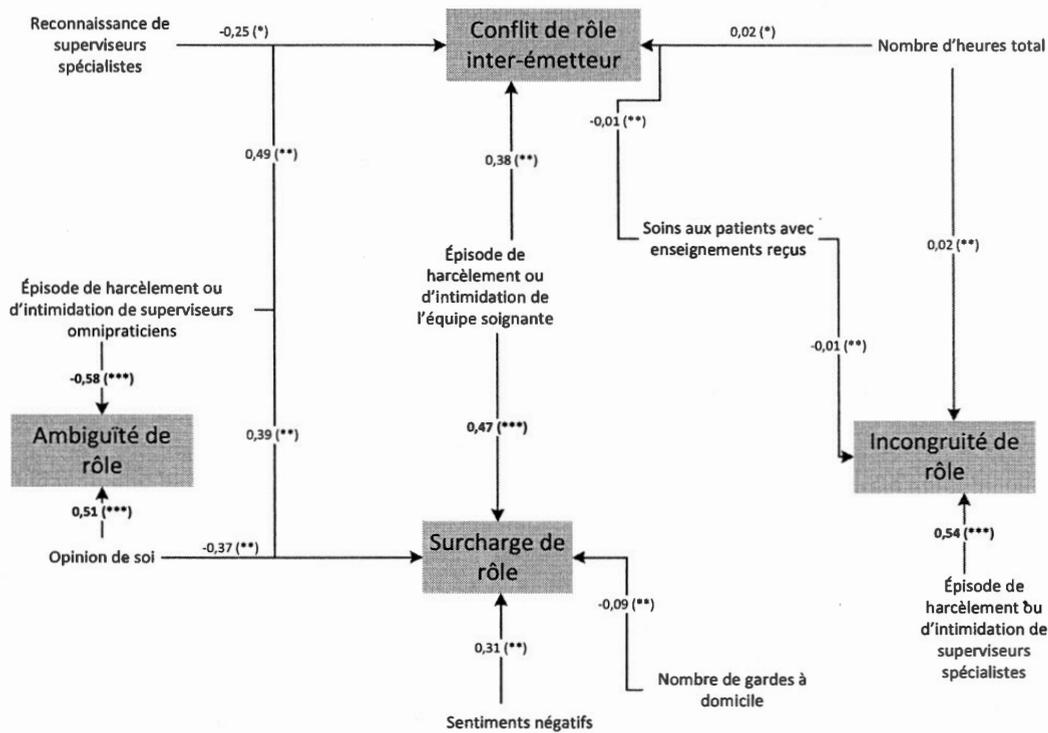


Figure 4.5 Variables explicatives de l'exercice des multiples rôles (* sig. <=0,05/** sig. <=0,01/*** sig. <=0,001)

Le conflit de rôle inter-émetteur est caractérisé par les interactions avec les différents superviseurs. Ces interactions sont souvent marquées par des demandes ou des attentes de rôle qui obligent un ajustement constant des conduites de soins auprès des patients. Ces demandes et attentes peuvent aussi être perçues comme des contraintes à l'autonomie ou encore à des abus de pouvoir. Les résidentes et les résidents expriment même que les relations avec les superviseurs peuvent prendre la forme d'épisodes de harcèlement ou d'intimidation qui varient entre 22,28 % de la part des omnipraticiens et de 47,57 % chez les autres spécialistes. Au-delà du harcèlement ou de l'intimidation, les résidents abordent l'écoute déficiente, la difficulté à questionner ou encore la hiérarchie médicale comme source d'insatisfaction dans leurs relations avec les superviseurs.

En plus des contacts avec les superviseurs, les interactions avec l'équipe soignante sont une variable importante à considérer. Les interactions avec l'équipe soignante et les résidents séniors peuvent représenter des attentes de rôle pour les superviseurs. Enfin, les conflits de rôle inter-émetteur, augmentés par le nombre d'heures total dédié à la résidence, peuvent s'expliquer par une présence plus grande de contact avec différents partenaires de rôle. Ces interactions avec les partenaires de rôle, surtout les superviseurs peuvent expliquer que la proportion de soins aux patients avec enseignement entraîne à l'inverse une diminution de ces conflits.

La surcharge de rôle correspond, quant à elle, aux changements fréquents vécus, à la répartition inéquitable des tâches mais aussi à la perception de manquer de temps et de se sentir sous pression pour travailler afin d'être plus rapide avec les patients ou de voir plus de patients dans une même journée. À cela, la supervision constante représente une charge mentale supplémentaire. Cette supervision n'est pas étrangère aux standards de performance élevés auxquels sont confrontés les résidents et pour lesquels ils sentent une pression, pouvant aller jusqu'à du harcèlement ou de l'intimidation, de la part des superviseurs omnipraticiens ou des autres professionnels de la santé.

Cette perception de surcharge de rôle peut s'expliquer par un sentiment d'effectuer beaucoup d'heures de travail, mais aussi de vivre des sentiments négatifs au travail. D'autre part, celles et ceux qui pratiquent en région ou qui ont une bonne opinion d'eux-mêmes voient leur surcharge de rôle amoindrie.

En ce qui a trait à l'incongruité de rôle, l'absence de ressources pour les soins, un manque d'informatisation du dossier médical et une contrainte de réaliser des tâches qui devraient être effectuées par une autre personne entraîne chez les résidents une incohérence entre ce qu'il doit faire et ses propres valeurs (liées à sa profession ou à soi-même). Pour les résidents, un nombre d'heures dédiées à la résidence plus important confronte davantage à l'incongruité. Les épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs spécialistes peuvent aussi entraîner un choc entre les valeurs d'être médecin de famille et l'image que renvoient les superviseurs des autres spécialités.

Pour les résidents dans les GMF-U plus peuplés, il est plus fréquent de vivre de l'incongruité, sans doute considérant le nombre de partenaires de rôle concernés. De plus, dans le quatrième trimestre, soit celui de transition, les résidents expriment une plus grande incongruité de rôle.

Pour ce qui est de l'ambiguïté de rôle, elle se caractérise chez les résidents par des attentes et des exigences floues, implicites, voire même hors sujet. Des épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens ainsi que le manque de contrôle et d'autonomie ne sont pas étrangers à l'ambiguïté de rôle. Cependant, une bonne opinion de soi permet de réduire l'ambiguïté.

4.3 Des multiples rôles qui agissent sur la qualité de vie

À partir des multiples rôles exercés, les résidentes et résidents voient une influence sur leur qualité de vie. Considérant la qualité de vie comme un construit subjectif qui intègre les aspects individuels, sociaux et organisationnels d'une personne ainsi que ses relations, il convient de documenter la qualité de vie en générale, la qualité de vie au travail ainsi que la satisfaction des relations.

Dans une faible majorité des cas (51,96 %), les résidents indiquent percevoir leur qualité de vie comme étant bonne, voire très bonne. Cela dit, ils sont plus nombreux (65,2 %) à répondre favorablement à l'énoncé selon lequel leur vie est agréable.

Je pense [que] je suis quand même satisfaite avec ma vie, satisfaite avec mes choix, satisfaite avec les projets que j'ai faits, satisfaite avec les voyages que j'ai faits. (Ana, R2)

Une régression linéaire multiple⁷⁷ démontre que huit variables expliquent 66,05 % de la variance de la qualité de vie. Pour prédire une augmentation significative de la qualité de vie, les variables prédictives sont : la satisfaction du temps personnel ($b=0,31$, $p.<0,001$), la satisfaction de l'emploi ($b=0,25$, $p.<0,001$), la reconnaissance des patients et de la famille ($b=0,18$, $p.=0,002$), la capacité à accomplir les tâches quotidiennes ($b=0,16$, $p.=0,003$) ainsi que le temps libre dans le travail ($b=0,13$, $p.=0,002$). D'autre part, la surcharge de rôle ($b=-0,14$, $p.<0,001$) est la seule variable qui entraîne une diminution de la qualité de vie.

⁷⁷ $R^2=0,672$, $F(6,167)=57,10$, $p.<0,001$

4.3.1 La satisfaction du temps personnel

Comme présenté précédemment (*voir* section 3.8.2), la satisfaction du temps personnel est une variable composite qui regroupe la perception de la satisfaction des résidents à l'égard du temps consacré à l'entourage, aux relations familiales et aux activités de loisir. Partant de cela, 51,67 % des répondants indiquent que le temps personnel représente une source d'insatisfaction. Cette insatisfaction est plus importante lors du quatrième trimestre ($\bar{x}=2,45$, $SE=0,006$) que lors du premier ($\bar{x}=3,12$, $SE=0,03$, $t(84)=3,38$, $p.=0,001$, $r=0,347$) ou du troisième ($\bar{x}=2,73$, $SE=0,002$, $t(125)=2,40$, $p.=0,02$, $r=0,209$)⁷⁸. Toutefois, pour certaines résidentes et résident, l'impression de ne pas avoir de temps personnel est surtout applicable lors de la deuxième année de résidence.

En ce qui a trait au manque de temps, être en couple représente aussi un enjeu quant au temps accordé aux activités personnelles. Pour les gens en couple ($Md=2,67$), la satisfaction à l'égard du temps personnel est moins élevée que pour les résidents célibataires ($Md=3,33$, $W=3323,5$, $p.=0,02$)

Avant que je rencontre [mon copain], j'avais beaucoup plus de temps libre, donc je faisais beaucoup de sport au niveau compétitif en plus de la résidence et j'essayais d'être très performante dans tout et je m'en mettais beaucoup sur les épaules. (Fanny, R2)

⁷⁸ Les données de comparaison avec le deuxième trimestre sont non significatives. ($t(51)=1,56$, $p.=0,13$)

Ces propos de Fanny sont cohérents avec ce qu'elle disait lors de sa première année de résidence à l'effet qu'elle aurait plus de temps à consacrer à un partenaire de vie à la fin de sa résidence.

Mais je sais qu'une fois [que je ne serai] plus résidente, j'aurai plus de temps à consacrer à un chum. (Fanny, R1)

En plus d'être en couple, lorsque les résidentes et résidents ont des personnes à charge, ils présentent une satisfaction pour le temps personnel moins élevé (Md=2) que ceux sans personnes à charge (Md=3, W=930, p.=0,003).

Des fois, quand la charge de travail est vraiment forte, qu'on travaille comme des fous et qu'on n'a pas vu notre semaine passer, que je rentre chez nous, il est super tard, je ne vois pas mes enfants, je ne vois pas mon chum et je suis juste brulée et je ne suis pas capable de rien faire d'autre parce que je suis juste fatiguée (Karine, R1)

D'ailleurs, pour plusieurs résidents, le manque de temps personnel est dû à une obligation d'emprunter du temps personnel pour terminer les tâches liées à la résidence.

Mais j'avais l'impression de manquer de temps au travail, donc j'empruntais sur mon temps personnel, fait qu'au final, c'était ma vie personnelle qui n'avait plus de temps. (Chloé, R2)

Régulièrement, c'est mon temps d'étude et personnel qui prennent le bord, car je m'occupe des urgences - présentations, exigences de l'université/UMF, travail et sommeil. (Mélanie, R1)

L'obligation de jongler entre prendre du temps personnel pour s'accorder une pause ou réaliser des activités de loisir ou encore prendre ce temps pour étudier, réviser ou accorder du temps aux tâches scolaires représente la difficulté à gérer toutes les exigences pour chacun des rôles.

En termes d'autres loisirs comme regarder la télévision et quoi que ce soit, je trouve que des fois, ça devient un peu une distraction, mais j'essaie de faire la balance avec mes demandes d'étude. (Isabella, R2)

Il y a le côté étude parce que [...] c'est quand même du travail de résidence, fait qu'on dirait que là, [...] je reviens ou j'ai passé toute la soirée à faire [d'autres tâches liées à la résidence], mais la petite demi-heure qui me reste, je vais écouter un film, je ne vais pas commencer à étudier. (Jessica, R2)

Des fois le fait de varloper un peu sa qualité de vie pour étudier, faire des travaux, remplir ses objectifs de garde en plus de la semaine normale puis couper sur les loisirs un peu. (Hugo, R2)

Le manque de temps personnel se répercute même pour certains dans les tâches de la vie quotidienne.

Je n'avais pas beaucoup d'insatisfactions dans ma vie personnelle, mis à part le manque de temps pour gérer mes choses de la vie quotidienne. (Chloé, R2)

Alors que pour d'autres, le manque de temps affecte surtout les loisirs.

Côté temps de loisir, bien après ça, la fin de semaine, j'ai l'impression de ne jamais arrêter. (Karine, R1)

J'ai senti que je n'avais juste jamais de temps pour rien faire, entre autres prendre soin de moi, faire de l'exercice, tout ça. (Ana, R2)

Faudrait que je rajoute de l'étude donc je ne pense pas que je vais pouvoir rajouter beaucoup de loisirs. (Laurence, R1)

Du point de vue des loisirs, ce qui ressort chez les résidents est le désir d'avoir du temps pour le sport ou pour les activités de plein air.

La cinq, sixième journée, je trouvais juste que je n'avais plus de vie et j'avais vraiment hâte à la journée de congé parce que normalement, je m'entraîne trois fois par semaine et depuis le début de la résidence, c'est vraiment, vraiment pas ça. [...] Je pense que je vais réussir à reprendre un petit peu le rythme à partir du prochain stage, mais ça des fois, c'est des moments [...] d'insatisfaction par rapport à la vie personnelle. (Hugo, R1)

Au niveau des activités de plein air, ça c'est quelque chose dans ma vie personnelle qui était très satisfaisant durant ma résidence, pas grâce à ma résidence, mais du fait que j'habite dans un milieu en région. (Chloé, R2)

Pour les 51,15 % des répondants qui indiquent avoir pratiqué des sports de façon régulière dans les 12 derniers mois, la fréquence de pratique se situe entre 1 à 2 fois par semaine (52,81 %) et 3 fois et plus par semaine (42,70 %). Les sports les plus identifiés par les résidentes et les résidents (n=137) se pratiquent surtout en solitaire (ex. vélo, course à pied, ski de fond, natation, jogging, entraînement en salle). Peu de répondants (n=19) pratiquent des sports ayant lieu dans des cours de groupe (ex. zumba, pilates, aquaforme ou aérobic) ou un peu moins (n=17) s'adonnent à des sports d'équipe (ex. soccer, hockey, ultimate frisbee, volleyball).

Du point de vue du travail, la satisfaction du temps personnel est abordé quant au manque de temps disponible pour créer des liens avec d'autres résidents.

Ça arrive des fois qu'il y a un creux et qu'on peut juste comme profiter du creux et en profiter pour jaser avec nos collègues, créer des liens, mais non, comme résident, les attentes c'est qu'on soit toujours axés travail, travail, mais il y a autre chose. (Karine, R1)

Ce manque de temps concorde avec l'énoncé « J'ai beaucoup de temps libres dans mon travail », pour lequel les résidents indiquent à 75,8 % être fortement en désaccord ou en désaccord avec l'énoncé alors que seulement 5,37 % des résidents sont en accord ou fortement en accord.

4.3.2 La satisfaction des relations amicales

La proportion de temps passé avec les amis est beaucoup plus faible que pour les activités individuelles et de couple (*voir* figure 4.2, section 4.1.3). Le fait de ne pas pouvoir passer beaucoup de temps avec les amis rend 54,75 % des résidentes et résidents très insatisfaits ou insatisfaits. Cet enjeu d'horaire semble surtout présent pour les résidents de première année qui indiquent une plus grande insatisfaction ($Md=2$) que les résidents de deuxième année ($Md=3$, $W=5009$, $p.=0,001$). De plus, les résidents en couple ($Md=2$, $\bar{X}=2,1$, $SE=0,09$) et avec personnes à charge ($Md=2$) sont plus insatisfaits que les célibataires ($Md=3$, $W=3533,5$, $p.=0,001$) et ceux sans personnes à charge ($Md=2$, $\bar{X}=2,73$, $SE=0,01$, $W=1066$, $p.=0,01$) compte tenu du temps avec les amis qui est plus limité.

Malgré une insatisfaction à l'égard du temps passé avec les amis, la qualité des relations amicales est à un niveau de satisfaction élevé et même très élevé, pour 62,01 % des répondants. Pour les résidents qui n'ont pas de personnes à charge, la satisfaction de la qualité des relations amicales est plus élevée ($Md=4$) que pour ceux qui ont des personnes à charge ($Md=3$, $W=1066$, $p.=0,01$).

4.3.3 Le sentiment de culpabilité

Un sentiment de culpabilité est très présent pour les résidentes et résidents lorsqu'ils doivent choisir entre les activités personnelles ou celles liées à la résidence. Celles et ceux qui choisissent les loisirs se sentent coupables de ne pas étudier. Et pour celles et ceux qui étudient, ils se sentent coupables de ne pas être avec leur famille.

Malgré que je savais que faire du sport, ça va aider pour ton étude, j'étais tellement stressée du fait de ne pas avoir de temps pour étudier que ça me stressait, je me disais — « Si je fais du sport, je ne me libère pas d'un poids, j'ai l'impression de m'en créer un autre » donc, c'était comme dans une espèce de roue d'anxiété où je me disais — « Je n'ai pas le temps pour rien faire d'autre qu'étudier ». (Ana, R2)

C'est que tu te sens toujours coupable de faire autre chose au lieu d'étudier. (Jessica, R2)

C'est plus la culpabilité que j'ai parce que si je prends du temps pour moi, c'est du temps que je ne suis pas avec mes enfants, que je ne suis pas en train d'étudier. (Karine, R1)

Sommes toutes, je suis satisfaite de ma qualité de vie si ce n'est de la culpabilité que je ressens parfois vis-à-vis mon couple, ma famille, mes amis de devoir faire des horaires éprouvants. (Marie-Ève, R2)

De plus, comme le temps est très limité, des résidentes et résidents doivent choisir entre toutes les personnes qui les entourent. En ce sens, le sentiment de culpabilité se partage entre les parents, le conjoint et les amis.

Je me sentais stressé de ne pas être avancé dans mes études et en même temps stressé de ne pas avoir beaucoup de temps avec [mon conjoint] ou pas beaucoup de temps avec ma famille. (Hugo, R1)

Oui, je me sens un peu coupable de ne pas passer plus de temps avec [mes parents], mais c'est vraiment plus parce que je préfère passer du temps avec mes amis et mon chum. (Ana, R1)

Malgré le sentiment de culpabilité ressenti et une insatisfaction à l'égard du temps passé avec les membres de la famille (44,39 % sont insatisfaits ou très insatisfaits), les résidents expriment être satisfaits ou très satisfaits de la qualité des relations avec les membres de leurs familles dans 73,19 % des cas.

4.3.4 Opinion de soi

L'opinion de soi représente une variable pour laquelle les résidents indiquent dans 34,45 % des cas être satisfaits ou très satisfaits de l'opinion qu'ils ont d'eux. Dans 45,55 % des cas, l'opinion d'eux-mêmes est modérée. À l'opposé, 20 % indiquent n'être pas du tout ou être très peu satisfait de l'opinion qu'ils ont d'eux-mêmes.

Même si certains propos des résidents laissent présager qu'il y a une différence lors de la deuxième année. Les données quantitatives ne montrent pas de différence significative ($t(178)=-1,97, p.=0,05$)

Aujourd'hui, je me sens beaucoup plus solide, je me sens beaucoup plus en équilibre, je n'ai plus autant de doutes sur mes compétences, j'arrive plus à dire : « Voici mes forces, voici mes faiblesses ». (Daphnée, R2)

Peu à peu, quand on avance dans la résidence, il y a beaucoup de choses qui se placent ou qui s'améliorent au niveau de la qualité de vie personnelle, au niveau de la confiance en soi en tant que médecin résident, en ses capacités. (Hugo, R1)

4.3.5 La qualité de vie au travail

La variable concernant la qualité de vie au travail est composée de la satisfaction des apprentissages, des tâches et du climat de travail durant la résidence. Pour l'ensemble des répondants, 78,9 % des répondants se disent satisfaits ou très satisfaits de leur qualité de vie au travail alors que seulement 1,95 % sont très insatisfaits ou insatisfaits ($\bar{X}=4,13 \pm 0,64$). Par ailleurs, les résidentes et résidents qui pratiquent en région expriment un qualité de vie au travail qui est plus satisfaisante ($Md=4,33$) que les résidents dans un centre urbain ($Md=4$, $W=9435,5$, $p.=0,04$).

Quelques explications à ce propos ont été identifiées dans le discours des participantes et participants. Parmi celles-ci on peut retrouver le fait que le climat porte davantage à l'enseignement informel, mais aussi que certaines ententes avec les superviseurs permettent de réduire une part de la charge de travail et de faciliter le temps pour soi.

Ici, [en région], je trouve que c'est moins exigeant, il y a beaucoup plus le temps pour faire des enseignements informels et on a plus le temps pour faire des études en dehors de l'hôpital nous-mêmes et pour avoir une vraie vie en dehors de l'hôpital. (Isabella, R2)

Sauf que nous [en région éloignée], on est quand même chanceux parce qu'il y a comme une entente entre les médecins que la nuit, quand on est de garde en hospitalisation, on est de garde à domicile et on prend les appels jusqu'à minuit. De minuit à 7 heures, c'est le médecin de l'urgence qui est premier appel s'il se passe quelque chose avec nos patients. (Chloé, R1)

Je sais que certaines UMF ont des horaires beaucoup moins incommodes que le nôtre. En même temps, je ne changerais pas pour ces UMF puisque j'ai l'impression d'être beaucoup mieux formée aux soins aigus. (Marie-Ève, R2, centre urbain)

De plus, la satisfaction à l'égard du milieu n'est pas à négliger dans la qualité de vie au travail.

Il y a la mer et les montagnes juste à côté, ce qui faisait que j'allais travailler toujours en vélo ou à pied, même quelques fois en ski de fond l'hiver passé. Le côté nature de l'environnement où j'habite, ça c'était quelque chose qui me satisfaisait. (Chloé, R2, région)

Il y en a beaucoup qui resteraient parce que c'est une ville où il fait bon vivre puis la plupart du temps, les gens choisissent de venir faire leur résidence ici pour une bonne raison puis ça leur ferait plaisir de pratiquer quelques années au moins, si ce n'est pas plus longtemps. (Laurence, R1, centre urbain)

À l'aide d'une régression linéaire multiple⁷⁹, il est possible de déterminer que la qualité de vie au travail est prédite par la satisfaction de l'emploi ($b=0,326$) et par l'ambiguïté de rôle ($b=0,11$). Ainsi, plus la satisfaction à l'égard de l'emploi est grande et moins il y a d'ambiguïté dans le travail, plus la qualité de vie au travail augmente.

Lorsque l'on porte attention au taux de satisfaction de l'emploi chez les résidentes et les résidents, cette satisfaction est de 78,77 %. Dans le propos des résidentes et résidents, la satisfaction de l'emploi s'exprime par des actions qui font une différence dans la vie d'un patient ou par des moments touchants vécus avec eux. De plus, le fait d'acquérir de l'autonomie, des connaissances et de l'expérience n'est pas à négliger.

Quand je sens que, enfin, mes connaissances servent à quelque chose et que ça a de l'allure ce que je fais et que le patient est satisfait et que j'ai de

⁷⁹ $R^2 = 0,396$, $F(2,176)=57,75$, $p.<0,001/0,657971 + 0,326021$ (satisfaction de l'emploi) + $0,118194$ (ambiguïté de rôle) où la transformation BoxCox pour la qualité de vie au travail = $1 + (\text{qualité de vie au travail})^{2,96732-1}/(2,96732*4,09888^{1,96732})$.

moins en moins besoin d'un patron derrière moi pour me dire quoi faire puis comment m'enligner. (Karine, R1)

Souvent, justement, des moments très touchants avec des patients. On apprend beaucoup de nos patients et j'ai des beaux cas d'un point de vue pas médical presque tous les jours à l'hôpital. (Laurence, R2)

Ça me rend satisfaite, parce que je sens que je fais les tâches qui sont nécessaires et parfois plus. C'est ça qui est le *fun*. (Ana, R1)

Toutefois, une insatisfaction peut être perceptible pour certains, s'ils sentent qu'ils ne sont pas en mesure de faire une différence dans la vie des autres.

C'est surtout durant les stages un peu plus exigeants. Quand on travaille des longues journées et qu'on n'a pas assez de sommeil. Malgré qu'on travaille tout le temps, on sent qu'on ne fait pas vraiment de différence dans la vie des autres. (Isabella, R2)

Finalement, au niveau de la situation financière, 49,72 % des résidentes et résidents expriment être satisfaits ou très satisfaits. En contrepartie, 27,93 % sont très insatisfaits ou insatisfaits.

Parce que oui, je gagne dans l'absolu un bon salaire comme résidente, mais il y a des semaines où mon taux horaire était en deçà du salaire minimum. Mes heures supplémentaires ne sont pas compensées financièrement. Et je suis endettée. (Maude, R2)

4.3.6 Synthèse partielle concernant la qualité de vie

Pour résumer la qualité de vie et la qualité de vie au travail, un schéma se trouve à la figure 4.6.

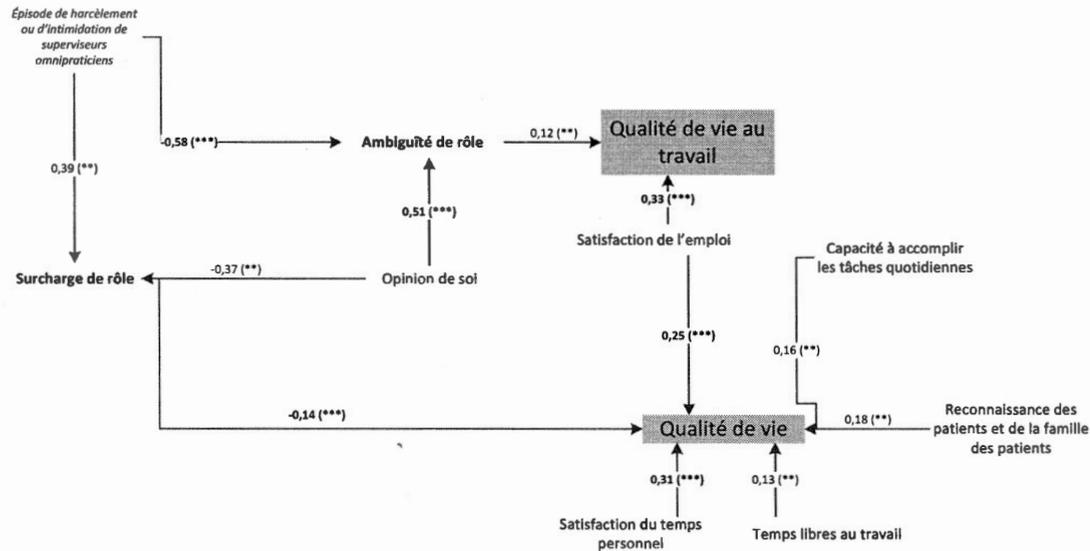


Figure 4.6 Variables explicatives de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /***) sig. $\leq 0,001$)

La qualité de vie est fortement influencée par la surcharge de rôle qui est, elle-même, influencée par les épisodes de harcèlement et d'intimidation des superviseurs omnipraticiens et l'opinion de soi. La satisfaction de l'emploi et du temps personnel sont deux autres variables qui sont importantes. L'insatisfaction au niveau du temps personnel provient surtout du temps personnel qui doit être sacrifié pour accomplir les tâches requises dans le cadre du travail. Les sacrifices ont surtout cours sur la réalisation des tâches quotidiennes, les activités de loisir et le sport.

Comme le temps personnel est limité, les résidents sont confrontés à devoir choisir entre l'étude ou les activités personnelles ou encore des activités avec la famille ou les amis. Cette dualité de choix est considérée par certaines et certains comme une source de culpabilité. En contrepartie, la reconnaissance des patients et de leur famille est une source d'augmentation de la qualité de vie en général et de la qualité de vie au travail.

Concernant la qualité de vie au travail, la satisfaction de l'emploi est la principale variable à considérer. À cela s'ajoute l'ambiguïté de rôle qui est fortement influencée par l'opinion de soi et les épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens. Bien que les données quantitatives ne permettent pas de voir de lien entre la qualité de vie au travail et la reconnaissance des patients, le discours des résidentes et des résidents en fait mention. Cette reconnaissance vient de la satisfaction de faire une différence dans la vie de ces personnes en situation de vulnérabilité. Par ailleurs, les résidents qui pratiquent en région sont davantage satisfaits de leur qualité de vie au travail principalement dû à un climat de travail qui prône un enseignement informel, mais aussi par des ententes avec les superviseurs pour diminuer ou moduler la charge de travail. Il n'est pas exclu par certains que l'attachement ou l'appréciation d'un milieu favorise la qualité de vie.

4.4 Des multiples rôles qui agissent sur la santé

Les multiples rôles exercés par les résidentes et résidents agissent sur quelques éléments de la santé. Les éléments de santé documentés sont les sentiments négatifs, l'anxiété, la santé fonctionnelle, les habitudes de vie ainsi que le sommeil et la fatigue ressentie.

4.4.1 Les sentiments négatifs et l'anxiété

Plusieurs éléments permettent de documenter la santé des résidentes et résidents. Comme premier élément, on retrouve la perception de sentiments négatifs comme le « blues », le désespoir, l'anxiété ou la dépression. Ces sentiments sont présents à l'occasion chez 57,78 % des résidents et pour 36,66 % des répondants, cela peut arriver souvent, très souvent ou même tous les jours. Une régression linéaire multiple montre que 48,3% de la variance⁸⁰ peut s'expliquer par une perception positive de la vie ($b=-0,349$, $p.<0,001$) et par une augmentation de la surcharge de rôle ($b=0,14$, $p.<0,001$).

En plus des sentiments négatifs, nous avons documenté l'anxiété de performance cognitive pour laquelle une analyse factorielle a permis de créer une nouvelle variable (voir section 3.8.3). Pour les répondants, l'anxiété de performance cognitive moyenne est de 2,49 (Md=2,5) ce qui correspond à un niveau d'anxiété se situant sur le continuum entre un peu et moyennement. Alors que 3,81 % des répondants indiquent avoir un niveau d'anxiété au maximum (entre 4 et 4,13 sur un maximum de 5), aucun répondant indique ne pas souffrir d'anxiété.

⁸⁰ $R^2=0,483$, $F(1,166)=38,77$, $p.<0,001$

Afin de prédire l'anxiété de performance cognitive, une régression linéaire multiple montre que sept variables peuvent expliquer 53,2 % de la variance⁸¹. De toutes ces variables, quatre d'entre-elles prédisent significativement une augmentation de la perception de l'anxiété de performance cognitive. On retrouve alors les sentiments négatifs ($b=0,25$, $p.<0,001$), la perception d'erreurs médicales lors de la prise en charge ($b=0,17$, $p.=0,02$), le fait d'être préoccupé par les patients hors du travail ($b=0,13$, $p.=0,005$) et la surcharge de rôle ($b=0,09$, $p.=0,01$). Certains sont à même de verbaliser l'anxiété vécue.

À cause de l'anxiété de performance, des fois ça part comme une spirale et j'ai beau essayer de réfléchir et d'écrire ma note, je deviens tellement comme prise dans ce stress-là que moi, je ne me sens plus fonctionnelle et je ralentis mon rythme en plus. (Karine, R1)

Les autres variables identifiées, au nombre de trois, entraînent une diminution de la perception de l'anxiété. Ces variables sont : le fait de faire du sport régulièrement ($b=-0,31$, $p.<0,001$), d'avoir une bonne opinion de soi-même ($b=-0,20$, $p.=0,005$) et une diminution de l'ambiguïté de rôle ($b=-0,11$, $p.=0,03$)

[Malgré mon anxiété], je me vois quand même d'un meilleur œil, me sentant plus sûr de moi et connaissant plus mes forces, mes faiblesses et connaissant plus aussi qu'est-ce qu'on attend de moi. (Hugo, R1)

On remarque aussi que l'anxiété de performance cognitive est plus importante lorsque les résidentes et les résidents consomment plus de caféine ($r(168)=0,23$, $p.=0,003$) ou d'alcool ($r(168)=0,16$, $p.=0,04$) pour fonctionner au quotidien.

⁸¹ $R^2=0,532$, $F(7,165)=26,79$, $p.<0,001$

Pour caractériser l'anxiété de performance, certaines résidentes et résidents parlent du jugement d'autrui, tant des collègues résidents que des superviseurs à l'égard d'un manque de connaissances comme étant une source d'anxiété de performance.

Je n'ai pas peur pour le soin du patient, mais plus de me faire juger, si justement je prescris un mauvais médicament, la mauvaise imagerie ou le mauvais bilan de santé, peu importe, et que je sois vraiment dans le champ et que le patron [dise que mes] connaissances ne sont pas assez développées, ce qui n'a pas vraiment été le cas jusqu'à maintenant. (Fanny, R1)

Il y a le stress de performance qui est plus côté académique, côté patrons, tout ça. Et le stress de faire ce qu'il faut, de faire une bonne job dans le fond et d'être à la hauteur de la responsabilité, le stress de la responsabilité je dirais. (Jessica, R2)

[Ce qui me rend anxieux, ce sont] de moins bonnes relations avec certains patrons, le doute de nos compétences tout au long de la formation et des fois le manque de confiance en soi que je traîne, mais ça me rejoint dans la profession. (Hugo, R2)

Cette comparaison avec les autres peut en mener certains à ressentir un sentiment d'imposteur dans la profession médicale. Ce syndrome de l'imposteur est basé sur la justification de la présence en médecine. La comparaison avec les autres vient aussi du fait que tous les résidents sont des personnes performantes qui doivent se démarquer d'autres personnes performantes.

J'ai un sévère syndrome de l'imposteur, comment les gens me considèrent vraiment ? Vraiment mieux que je le suis selon moi et ça m'a fait un peu peur pendant mes examens parce que j'étais comme « Oh mon Dieu, d'un coup que je le coule. » (Ana, R2)

J'ai eu une année préparatoire qui était super chargée et j'avais encore plus d'anxiété de performante et encore plus le sentiment d'imposteur et ça, il y a beaucoup de gens en médecine qui l'ont ce — « Mais pourquoi moi, j'ai

été choisie, alors qu'on sait qu'il y a plein de gens qui se font refuser ? »
(Karine, R1)

Je pense que c'est ce qui fait que tu te débats et tu travailles beaucoup pour essayer d'être performante, d'être efficace, d'être bonne, d'essayer d'avoir des bonnes évaluations, d'essayer de satisfaire les gens qui t'entourent parce que tu es juste dans un tas de gens qui sont très bons à la base, très travaillants. (Fanny, R1)

C'est sûr qu'en médecine, on est tous un petit peu perfectionnistes. Pour rentrer en médecine, on a tous étudié beaucoup, beaucoup puis les études c'était important, mais on dirait qu'à un moment donné, c'est sûr que quand j'ai commencé l'université, je me mettais beaucoup de pression puis tout le monde s'en mettait (Chloé, R1)

Quand on en a parlé à la fin de la journée, à la fin de la demi-journée pendant l'évaluation de mi-journée qu'on fait habituellement et c'est là que je lui ai expliqué comment je me sentais par rapport à cette espèce de standard de perfection. (Laurence, R1)

Parmi les autres sources d'anxiété pour les résidentes et résidents, la perception d'erreurs médicales est à considérer. Les erreurs médicales peuvent avoir lieu lors de la prise en charge des patients ou lors du transfert des patients à un autre médecin ou à un autre professionnel de la santé. Lors de la prise en charge des patients, 80,33 % des résidents qui y pensent parfois et 16,94 % qui y pensent de souvent à tous les jours.

Il y a des fois un peu de stress associé avec si jamais un patient vraiment malade qui vient, mais on a toujours le support du patron. (Isabella, R2)

On est dans un milieu où le droit à l'erreur, même si on dit on est humain et que ça peut arriver, ça peut avoir tellement de conséquences sur quelqu'un que le droit à l'erreur, il est très, très, très mince dans bien des cas. (Daphnée, R2)

Pour ce qui est de la perception d'erreurs médicale lors du transfert de patients, qui peut être imputable au résident, 63,37 % y pensent parfois alors que 8,14 % y pensent de souvent à tous les jours. Pour les résidents dans le quatrième trimestre, la préoccupation quant aux erreurs médicales dans le transfert est plus élevée ($Md=2$, $\bar{X}=2,11$, $SE=0,06$) que pour les résidents dans le premier trimestre ($Md=2$, $\bar{X}=1,72$, $SE=0,02$, $W=994,5$, $p.=0,03$) et que pour les résidents dans le deuxième trimestre ($Md=2$, $\bar{X}=1,61$, $SE=0,05$, $W=425,5$, $p.=0,02$). Cette distinction pouvant s'expliquer par une prise en charge de plus en plus autonome.

Des fois, en commençant, on est plus interventionniste et on apprend à voir ce qui est dans les limites de la normale ou ce qui est tolérable et on devient un petit peu plus à l'aise avec l'incertitude, même si on ne passe pas tous les tests imaginables, on peut être à l'aise avec une conduite quand même.
(Hugo, R1)

En plus de la perception des erreurs médicales, on retrouve des préoccupations pour les patients à l'extérieur du contexte professionnel. Bien que 5,43 % des résidents indiquent ne jamais être préoccupés, 52,17 % indiquent l'être de souvent à tous les jours et 42,39 % le sont parfois.

En plus des éléments documentés, les résidentes et résidents abordent d'autres éléments qui sont anxiogènes pour eux. Tout d'abord, il y a les changements de milieux fréquents.

Changer de milieu à tout bout de champ et réaliser que nous sommes en perpétuel trouble de l'adaptation. C'est ça le plus grand défi de la résidence.
(Myriam, R2)

Ce que j'ai hâte d'arrêter de vivre, c'est les changements constants, les changements de milieux, les changements de patrons, les changements d'équipes. (Hugo, R1)

Mais aussi la réalisation d'un stage que le résident ne veut pas faire.

Vu que ce n'est pas ça que je veux faire, je ne me plonge pas là-dedans donc, ça fait que je me sens moins confortable, fait que ça me crée de l'anxiété. (Jessica, R2)

Finalement, plusieurs résidents ont fait part d'une anxiété prospective, c'est-à-dire liée à des situations qui ne sont pas encore survenues, mais qui représentent une source potentielle d'anxiété. Durant la deuxième année, le choix du lieu de pratique est l'une de ces situations anxiogènes. Le lieu de pratique est déterminé en fonction des places disponibles et qui respectent les plans régionaux d'effectifs médicaux⁸² (PREM).

C'est toute une autre affaire, se trouver un PREM, quelle bonne blague en tant que cause d'anxiété. (Laurence, R1)

C'est un peu compliqué la période d'application pour les PREM, donc on n'est jamais certain que ça va fonctionner. (Hugo, R2)

L'application au PREM est le stresser principal de la résidence en médecine de famille. (Mylène, R3)

Pour celles et ceux qui ont un poste attribué comme clinicien et qui connaissent leur choix de lieu de pratique, une source d'anxiété supplémentaire vient de l'anticipation du passage de la résidence à la pratique.

⁸² Les plans régionaux d'effectifs médicaux déterminent le nombre de place disponible pour chacune des spécialités médicales dans une région donnée. Ces plans sont préparés en vertu d'une entente entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2019).

Sûrement que quelques semaines avant de finir, avant de me dire - « Là, je vais être patron, je vais être tout seul, je vais n'avoir personne à qui me référer pour valider ma conduite », peut-être que là, je vais être plus anxieux, mais pour l'instant, je me dis que ça finit bientôt et j'ai hâte. (Hugo, R2)

Ce n'est pas le côté compétences qui m'inquiète, c'est plus de m'affirmer puis d'être vue comme une patronne plutôt qu'une résidente qui va être difficile. (Fanny, R2)

4.4.2 La santé fonctionnelle et les habitudes de vie

La perception de la santé fonctionnelle est le fait d'être en mesure de réaliser des activités quotidiennes. De façon générale, 65,17 % des résidents sont satisfaits ou très satisfaits de leur santé fonctionnelle tandis que 17,42 % ne sont pas ou pas du tout satisfaits.

Pour déterminer les variables prédictives de la santé fonctionnelle, une régression linéaire multiple⁸³ démontre que la pratique régulière de sport ($b=0,41$, $p.<0,001$), la perception que la vie est agréable ($b=0,25$, $p.=0,002$) et la satisfaction de l'apparence du corps ($b=0,23$, $p.<0,001$) augmente la perception de la santé fonctionnelle tandis que le recours à un traitement médical ($b=-0,22$, $p.<0,001$), la surcharge de rôle ($b=-0,13$, $p.=0,01$) et le conflit de rôle inter-émetteur ($b=-0,10$, $p.=0,04$) entraînent une diminution de la perception de la santé fonctionnelle.

J'ai l'impression que je me porte mieux quand [je fais du sport] et sinon, j'ai tout le temps un peu mes genoux qui font des problèmes quand je cours, mais ça ce n'est pas nouveau, ça date de [mon externat]. (Émilie, R1b)

⁸³ $R^2=0,479$, $F(6,162)=24,83$, $p.<0,001$

Les réponses recueillies montrent que 52,53 % des répondants sont insatisfaits ou très insatisfaits de leurs habitudes de vie et 5,01 % trouvent que leurs habitudes sont très bonnes. La perception des habitudes de vie est significativement plus faible pour les GMF-U qui comptent plus de résidents que pour ceux qui en compte moins (voir tableau 4.5). Ces différences pouvant s'expliquer par une charge de travail plus élevée et un nombre plus important de partenaires de rôle.

Tableau 4.5 Moyenne habitude de vie en fonction du nombre de résidents

Nombre de résidents [A]	Nombre de résidents [B]	Différence [A-B]	t(ddl)	Sig. (p.)	r
Moins de 6 résidents ($\bar{x}=3,13$ SE=0,33)	Plus de 30 résidents ($\bar{x}=2,12$ SE=0,26)	1,01	t(14)=2,45	0,03	0,548
11 à 15 résidents ($\bar{x}=2,88$ SE=0,12)	21 à 25 résidents ($\bar{x}=2,76$, SE=0,11)	0,12	t(61)=2,58	0,01	0,314

La charge de travail est abordée par les résidents en lien avec le manque de temps qui ne permet pas d'avoir de bonnes habitudes de vie et surtout de bonnes habitudes alimentaires.

C'est sûr que pour l'alimentation, souvent je ne dine pas quand je travaille, mais je pense je suis quand même en bonne santé malgré tout. (Chloé, R2)

J'avais même de la difficulté à manger tellement je n'avais plus d'énergie pour faire autre chose. (Daphnée, R2)

Finalement, la capacité à accomplir des tâches quotidiennement et les habitudes de vie se trouvent négativement corrélées avec l'utilisation de quelques substances (voir tableau 4.6). Ces substances sont principalement les anti-inflammatoires, le café et les médicaments contre les brûlures d'estomac. À cela, s'ajoutent les boissons énergisantes, l'alcool et les produits naturels.

Tableau 4.6 Consommation de substances et santé fonctionnelle

	Capacité à accomplir les tâches quotidiennement		Habitudes de vie	
	r	p.	r	p.
Café	-0,16	0,04	-0,26	<0,001
Boisson énergisante	-	NS	-0,18	0,02
Alcool	-	NS	-0,19	0,02
Anti-inflammatoire	-0,23	0,003	-0,23	0,002
Médicaments contre les brûlures d'estomac	-0,16	0,03	-0,18	0,02
Produit naturel	-0,17	0,03	-	NS

4.4.3 Le sommeil et la fatigue

Le niveau de satisfaction de sommeil est réparti de sorte que 8,82 % ne sont pas du tout satisfaits de la qualité de leur sommeil et que 62,26 % sont légèrement ou modérément satisfaits. Pour prédire la satisfaction du sommeil, une régression linéaire multiple⁸⁴ a permis de démontrer que la médiane du nombre d'heures de sommeil ($b=0,40$, $p.<0,001$), la satisfaction du temps personnel ($b=0,24$, $p.<0,001$) et l'ambiguïté de rôle ($b=0,14$, $p.=0,01$) prédisent significativement une augmentation de la satisfaction du sommeil. Le nombre total d'heures de soins ($b=-0,01$, $p.=0,02$) entraîne quant à lui, une très légère, mais significative diminution de la satisfaction du sommeil.

Afin de connaître le nombre d'heures de sommeil dont bénéficient les résidentes et les résidents, nous avons créé une variable qui donne la médiane du nombre d'heures par jour dans la dernière semaine où les répondants ont rempli le questionnaire. Alors qu'aucun répondant n'a indiqué avoir dormi moins de 4 heures dans la dernière semaine, 52,97 % des répondants indiquent avoir eu plus de 7 heures de sommeil par jour dans la dernière semaine (*voir figure 4.7*).

⁸⁴ $R^2=0,367$, $F(4,170)=24,72$, $p.<0,001$

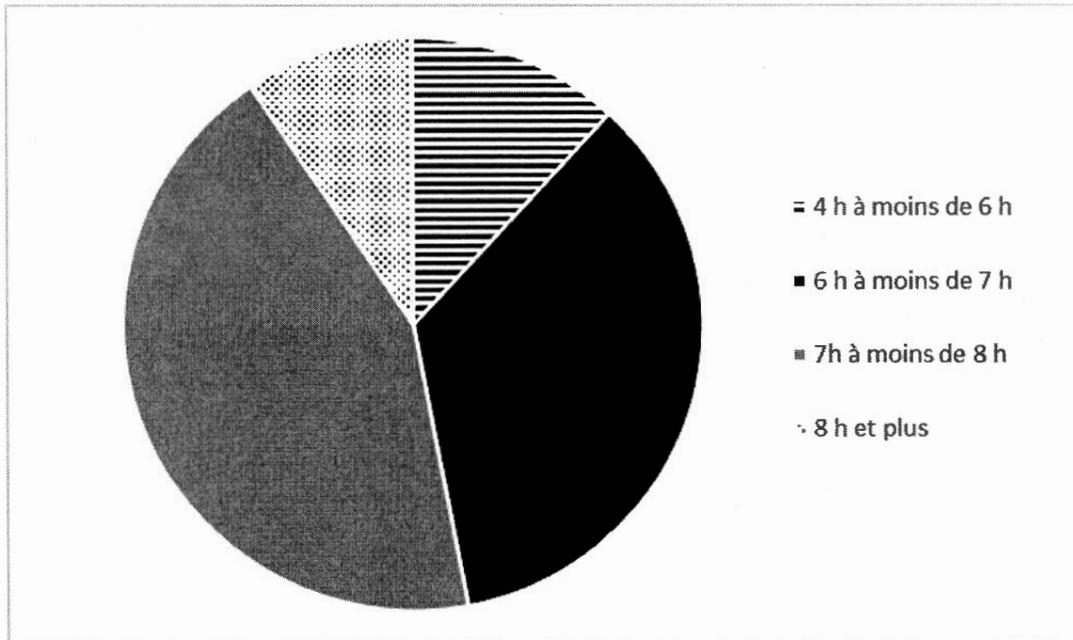


Figure 4.7 Répartition du nombre d'heures de sommeil médian

Sans surprise, celles et ceux qui ont des personnes à charge bénéficient d'un nombre d'heures de sommeil moins élevé ($\bar{x}=4,05$, $SE=0,11$) que ceux qui n'ont pas de personnes à charge ($\bar{x}=4,59$, $SE=0,01$, $t(171)=2,64$, $p.<0,001$, $r=0,198$). Par ailleurs, dans la mesure où une garde était effectuée, le nombre d'heures de sommeil médian passe de 7 heures par jour à 6 heures par jour ($p. < 0,001$).

Il y a certains stages que si on est de garde, on a moins de sommeil parce qu'on est réveillé la nuit en essayant de gérer les problèmes. (Isabella, R2)

Une conséquence sur la santé du manque de sommeil est la conduite d'un véhicule automobile alors que le résident se sent fatigué. Ce comportement, à risque, est souvent adopté par 34,86 % des résidents alors que dans 44 % des cas, ce comportement est parfois adopté. Les variables qui expliquent⁸⁵ ce comportement sont la satisfaction du sommeil ($b=-0,20$, $p.=0,002$) et la reconnaissance des collègues ($b=-0,20$, $p.=0,001$) qui diminue l'adoption de ce comportement alors que l'incongruité de rôle augmente ce comportement ($b=0,17$, $p.=0,02$).

De plus, on remarque que le nombre médian d'heures de sommeil influence la consommation de café ($r(168)=-0,16$, $p.=0,03$) et que les produits naturels jouent un rôle dans la satisfaction du sommeil ($r(148)=-0,16$, $p.=0,03$).

4.4.4 Synthèse partielle concernant la santé

En résumé, les sentiments négatifs sont influencés négativement par une augmentation de la surcharge de rôle et positivement par une augmentation des la perception d'une vie agréable. Alors que les sentiments négatifs influencent aussi la surcharge de rôle, il importe de préciser que ces deux variables s'interinfluencent ($r=0,36$, $p.=0,01$).

L'anxiété de performance cognitive s'explique par plusieurs variables (*voir* figure 4.8). Selon les propos des résidentes et résidents, cette anxiété est due au jugement des autres, à un sentiment d'imposteur ou de standards élevés. Les erreurs médicales lors du transfert ou de la prise en charge des patients ne sont pas à négliger. Toutefois, la perception d'erreurs lors du transfert diffère en fonction des trimestres, le premier trimestre étant caractéristique de nouveautés alors que le dernier correspond davantage à une autonomie qui peut être anxiogène.

⁸⁵ $R^2=0,191$, $F(3,156)=12,26$, $p.<0,001$

Les changements de milieux fréquents, les stages non désirés et le choix du lieu de pratique après la résidence sont d'autres sources d'anxiété pour les résidents. À l'inverse, la pratique du sport permet de réduire l'anxiété tout en favorisant la santé fonctionnelle et les habitudes de vie.

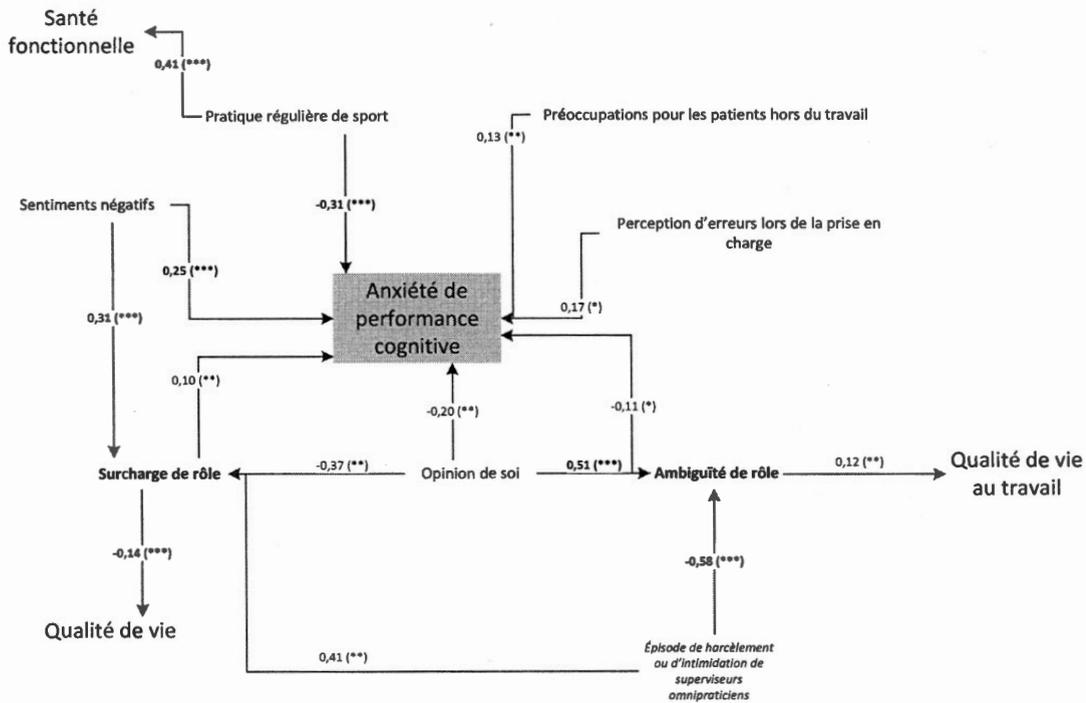


Figure 4.8 Variables explicatives de l'anxiété cognitive de performance (* sig. <=0,05/** sig. <=0,01/*** sig. <=0,001)

La santé fonctionnelle est influencée positivement par la pratique régulière du sport, par la satisfaction de l'apparence du corps et par la perception que la vie est agréable (voir figure 4.9). À l'inverse, les résidentes et résidents qui recourent à un traitement médical quotidien indiquent une moins bonne santé fonctionnelle tout comme celles et ceux qui indiquent être en surcharge de rôle ou encore qui vivent des conflits de rôle inter-émetteur.

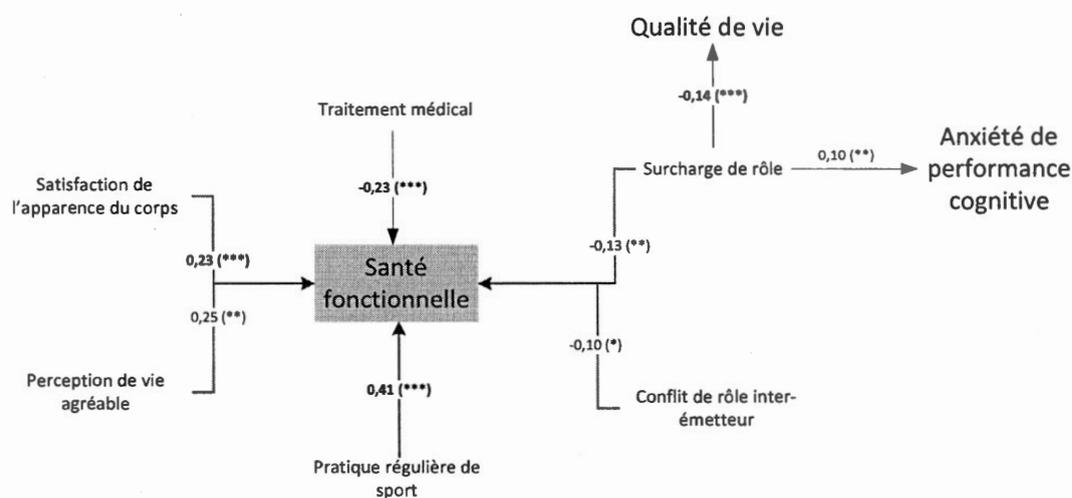


Figure 4.9 Variables explicatives de la santé fonctionnelle (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /*** sig. $\leq 0,001$)

Tout comme le sport, les habitudes de vie sont importantes dans la perception de la santé fonctionnelle. Selon les résidents, le fait de beaucoup travailler entraîne une modification aux habitudes alimentaires des résidentes et résidents. Pour les GMF-U qui accueillent moins de résidents, la perception des habitudes de vie est meilleure, sans doute en raison d'un nombre moins grand de partenaires de rôle. Au contraire, la consommation plus élevée de caféine, d'anti-inflammatoires, d'alcool, de boisson énergisante et de médicaments contre les brûlures d'estomac entraîne une plus faible perception des habitudes de vie et de la capacité à accomplir des activités quotidiennes.

De plus, l'appréciation du sommeil est influencée par l'ambiguïté de rôle, la satisfaction du temps personnel et le nombre d'heures de sommeil médian (voir figure 4.10). Le nombre d'heures de sommeil médian est de 7 h par jour lorsque le résident n'est pas de garde. Lors des gardes, ce nombre d'heures diminue à 6 h. De plus, le nombre d'heures de sommeil médian est corrélé avec la consommation de caféine et de produits naturels, consommation qui influence la satisfaction du sommeil. Par ailleurs, la satisfaction du sommeil n'est pas étrangère à la conduite de véhicule alors que le résident se sent fatigué.

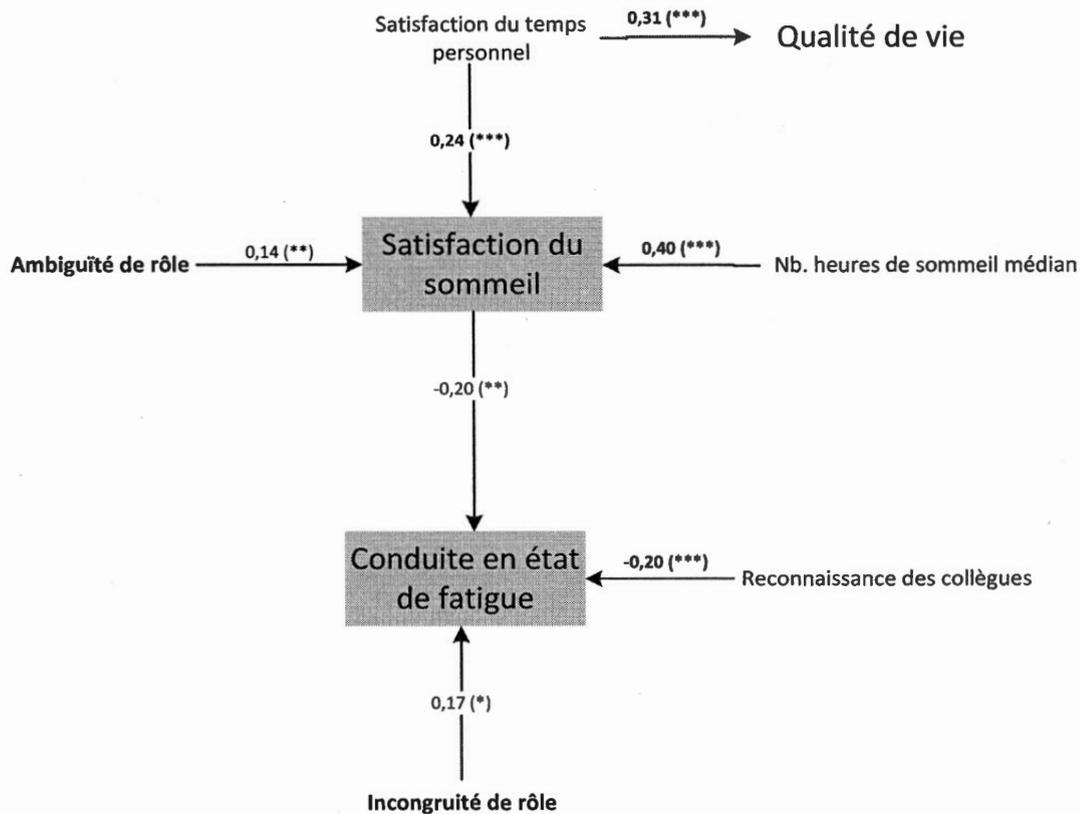


Figure 4.10 Variables explicatives de la satisfaction du sommeil (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /***) sig. $\leq 0,001$)

En somme, il est possible d'observer certains liens entre les relations interpersonnelles, les conflits de rôle ainsi que la santé et la qualité de vie. La figure 4.11 montre les différents liens dont les valeurs sont statistiquement significatives. Cette figure démontre que les épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs spécialistes sont des facteurs qui augmentent l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle inter-émetteur et la surcharge de rôle. Pour ces deux derniers éléments, les épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part de l'équipe soignante sont aussi des facteurs à considérer. Pour ce qui est des superviseurs spécialistes, les épisodes de violence de leur part n'influencent que l'augmentation de l'incongruité de rôle qui à son tour entraîne les résidentes et résidents à conduire en état de fatigue. Toutefois, la reconnaissance venant de ces partenaires de rôle permet de réduire le conflit de rôle inter-émetteur.

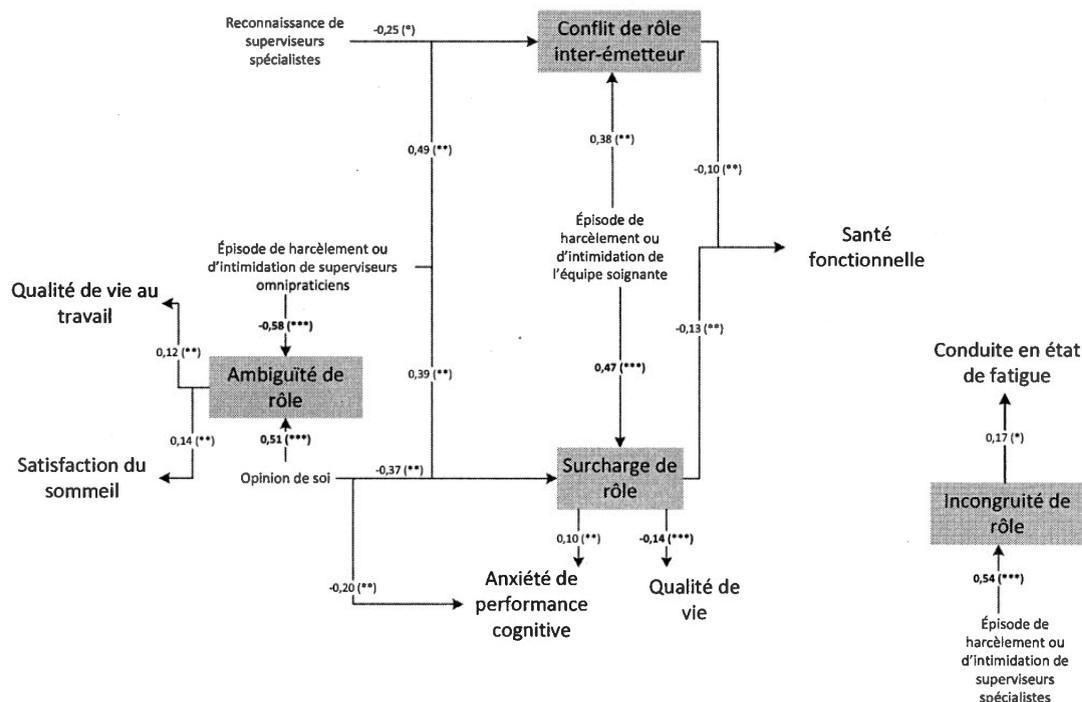


Figure 4.11 Liens entre les relations, les conflits de rôles, la qualité de vie et la santé

Pour ce qui est de la santé fonctionnelle, elle est principalement affectée par la surcharge de rôle et le conflit de rôle inter-émetteur. La qualité de vie se trouve, quant à elle, diminuée en présence d'une surcharge de rôle. Pour la qualité de vie au travail et la satisfaction du sommeil, l'ambiguïté de rôle est le seul facteur qui entraîne une diminution de ces deux éléments. Finalement, l'anxiété de performance cognitive est surtout liée à la surcharge de rôle. Il est important de noter que la perception de l'opinion de soi permet de diminuer l'ambiguïté de rôle, mais aussi la perception de l'anxiété de performance cognitive et de la surcharge de rôle. Étant donné que ces deux derniers éléments sont interreliés, la diminution de l'un et de l'autre aura une influence encore plus importante.

4.5 Des stratégies de régulation individuelles

Les stratégies de régulation individuelles que la personne adopte pour elle-même concernent principalement la gestion du temps et la consommation de substances diverses. La gestion de temps est surtout nécessaire dans un contexte de temps restreint, mais aussi pour tenter de favoriser le temps personnel. De son côté, la consommation de substances s'effectue tant pour dormir, rester éveillé que pour fonctionner au quotidien.

4.5.1 La gestion du temps

Afin de gérer leur temps, les résidentes et les résidents structurent leur horaire en répartissent leur temps en fonction d'une priorisation des exigences. Pour certains, cette gestion du temps est nécessaire pour identifier l'essentiel et le superflu.

Toutes ces exigences m'empêchent de me concentrer sur l'essentiel, mon étude, mon travail et un peu de temps pour ma qualité de vie (sport, famille, amies et conjoint). (Mélanie, R1)

J'aime mieux mettre le sport dans mon horaire et j'étudie le reste du temps. (Émilie, R1)

Je veux faire des études chaque soir donc, je planifie un peu de temps pour faire des études chaque soir. (Isabella, R2)

Depuis que je suis toute jeune que j'ai été habituée à être structurée et à avoir à gérer beaucoup d'heures d'études, beaucoup d'heures de sport et peu de sommeil. (Fanny, R1)

J'ai appris que c'est important la routine et j'ai commencé à l'intégrer plus et ça m'aide beaucoup. (Gabrielle, R1)

Je suis mieux le soir pour étudier, fait que le matin, je faisais mes petites affaires. (Hugo, R2)

La façon de gérer son horaire ou de répartir son temps peut aussi s'effectuer avec des appareils électroniques. L'utilisation d'un téléphone intelligent ou d'un calendrier électronique est présente chez 69 % des résidentes et résidents. Pour les autres résidents, ils utilisent surtout les horaires reçus (17 %) et leur mémoire (11 %).

La gestion des congés est une autre stratégie de régulation qui est en lien avec la gestion du temps. Bien que la convention collective des résidentes et résidents fasse une distinction entre les différents types de congés, le propos des résidents rencontrés montre que les congés sont pris autant pour étudier...

Je m'étais pris une journée de congé pour moi, pour me préparer pour le congrès, finir d'étudier, finir ma présentation. (Karine, R1)

On va prendre des congés juste avant pour réviser puis probablement que je vais, chaque semaine, faire une partie de la révision, mais plus après Noël je dirais. (Chloé, R2)

...que pour avoir du temps pour soi ou pour voir des amis

Stratégiquement, je me prends des congés la semaine, que j'essaie de ne pas trop prévoir d'étude. Dans ma journée, je me prends un moment où je ne fais rien, où je vais m'entraîner, où je fais des choses pour moi, mais ce n'est pas toutes les semaines que je suis capable d'avoir ça. (Karine, R1)

J'ai juste hâte d'avoir des congés, de retourner au Parc de la Jacques-Cartier et de retourner voir mes amis [en région], faire du plein air. (Émilie, R1b)

En prenant des jours de congrès pour aller avec ma meilleure amie à un congrès, mais en même temps, ça nous permet d'être 5 jours à Vancouver à avoir du temps pour se voir après les conférences. (Laurence, R1)

Dans le mois précédent l'enquête, 25,76 % des résidentes et résidents indiquent avoir pris des congés pour études. La grande majorité de ces résidents (17,17 %) indiquent avoir pris entre une et deux journées. Les résidents de deuxième année prennent plus fréquemment des congés d'études ($Md=0$, $\bar{X}=0,53$, $SE=0,002$) que les résidents de première année ($Md=0$, $\bar{X}=0,24$, $SE=0,009$, $W=5505.5$, $p.=0,02$). Par ailleurs, la facilité dans la gestion de temps en fonction de l'année de résidence est évoquée par certains résidents.

J'avais l'impression d'avoir plus de travail en R2, mais je pense que ma gestion du temps dans certaines parties de mon travail était meilleure, mais c'était l'année qu'on avait les examens qui s'en venaient. (Chloé, R2)

En plus de l'année de résidence, les congés doivent être pris à certains moments pour ne pas se sentir dépassé par les événements et pour être en mesure de profiter des bienfaits des congés.

La première semaine de travail est en juillet, [à ce moment, je me suis dis] — « Je pars quelques semaines en congé ». [À mon retour], j'avais peur de faire des erreurs, de faire des affaires et d'avoir l'air poche et de demander des consultations aux consultants. (Benjamin, R2)

Mes sept derniers jours ont été corrects, mais c'est parce que j'ai pris les mesures pour les rendre corrects. Ce n'est pas tout le monde qui sait qu'on peut prendre ces mesures-là et ce n'est pas tout le monde qui utilise ces mesures-là et je pense que j'ai la chance de pouvoir les utiliser aussi parce que j'ai tellement accumulé de vacances, j'ai tellement accumulé de congés que là, je peux les utiliser en bloc pour me faire du bien (Daphnée, R2)

Les données recueillies montrent que les résidents prennent significativement moins de congés d'études durant le premier et le deuxième trimestre que durant le troisième trimestre ou le quatrième (voir figure 4.12). Cette même différence entre les trimestres se remarque aussi pour les congés de maladie.

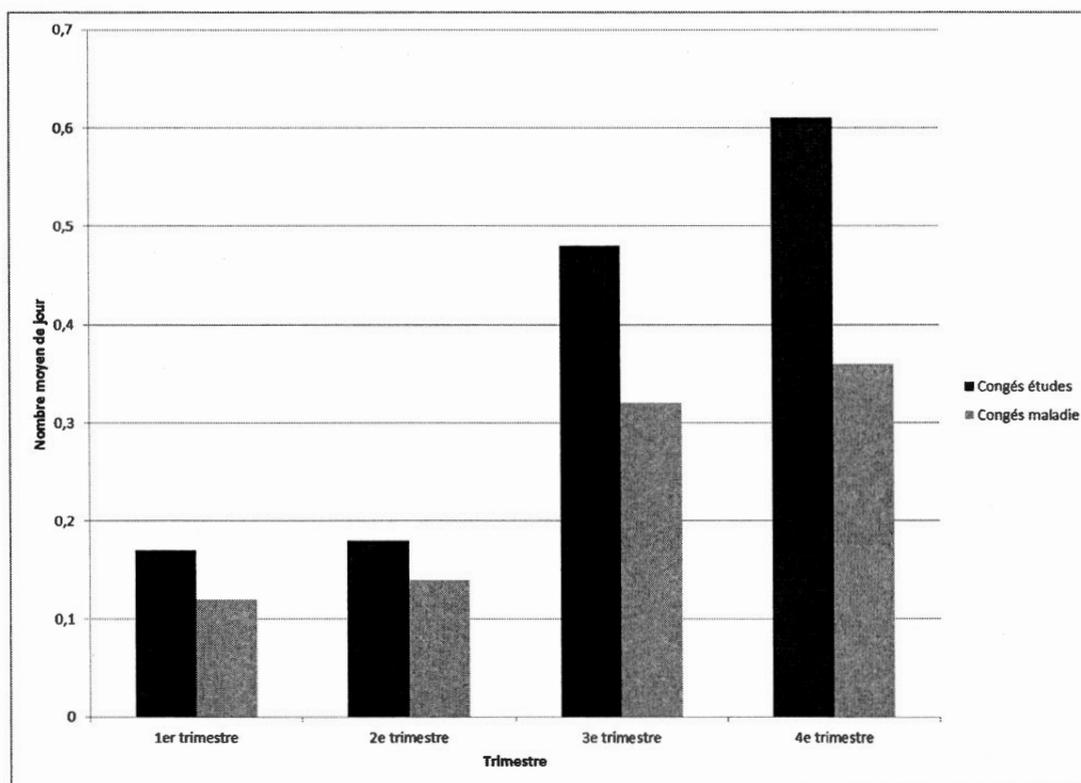


Figure 4.12. Congés d'étude et de maladie selon les trimestres de résidence

Même si certains résidents répartissent leurs congés en fonction des trimestres, quelques autres les parsèment de façon stratégique tout au long de la résidence pour ne pas nuire à la validité du stage ou même pour se garder des moments libres à plusieurs occasions.

Je m'étais fait un calendrier annuel avec le nombre de congés et j'essayais de les placer par période, par mois et là, je regardais les dates de congrès parce que faut respecter un certain nombre de jours dans notre stage, sinon il est invalide, fait que c'est toute une gymnastique. (Karine, R1)

Mes journées d'étude, j'ai commencé à les prendre de façon ponctuelle. Ça fait en sorte que j'ai des semaines, des fois, de 4 jours ou de 3 jours et ça me fait un bien fou. J'ai comme une fin de semaine, pour si je veux sortir, de 4 jours. (Daphnée, R2)

Lorsque cela est nécessaire, des résidentes et résidents ont évoqué la possibilité, dans certains milieux, de négocier des congés pour des raisons personnelles

J'ai dit — « Écoutez, l'hiver je suis tranquille et je ne prends jamais de congé, mais je veux tous mes congés pendant l'été pour mes compétitions. » Ça, c'est une autre affaire et [les responsables du GMF-U] ont été très compréhensifs parce que j'ai demandé beaucoup de congés. [...] On a chacun nos périodes dans l'année où c'est notre sport et où on prend plus de congés. (Fanny, R1)

Si on a besoin d'une journée de congé qu'on n'avait pas demandée selon les délais, si on va voir [les responsables du GMF-U], qu'on leur explique c'était quoi, pourquoi on a besoin — « Pas de trouble, prend une journée. Repose-toi » (Karine, R1)

Au-delà des congés, la prise de vacances est une stratégie choisie par les résidentes et les résidents pour préserver leur équilibre. De façon générale, 58,29 % des répondants indiquent n'avoir pris aucune journée de vacances dans le dernier mois alors que les autres ont pris de une à deux journées jusqu'à une semaine complète (voir figure 4.13). Par ailleurs, une résidence en région facilite la prise de vacances ($Md=1$) comparativement à une résidence en milieu urbain ($Md=0$, $W=5942$, $p.=0.004$).

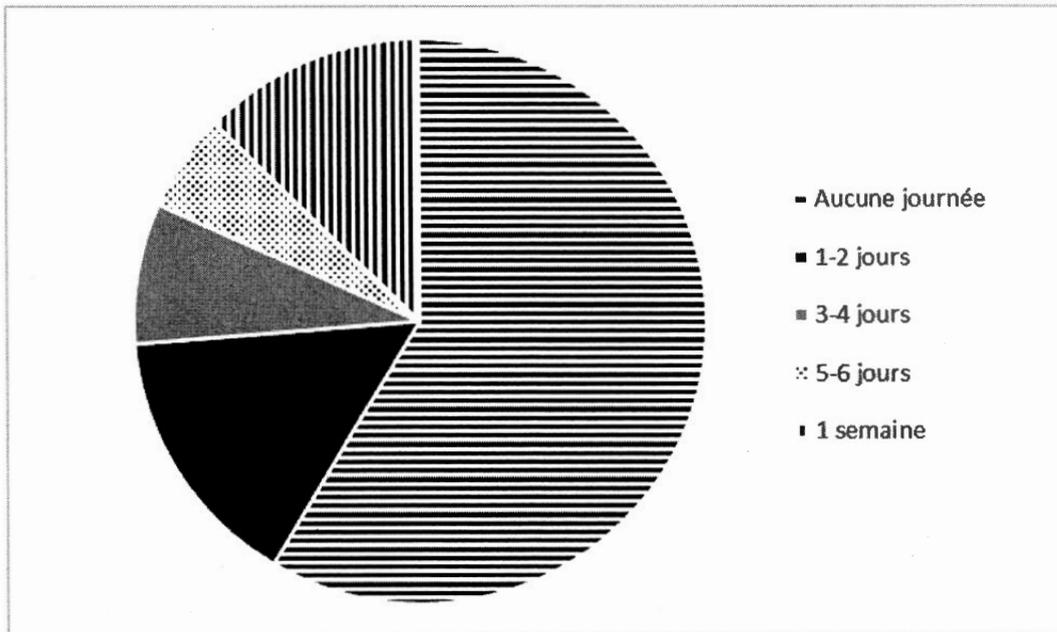


Figure 4.13 Répartition du nombre de journées de vacances

Il ne suffit pas de voyager à l'étranger pendant plusieurs semaines pour être en vacances selon les résidents, mais bien de pouvoir décrocher durant quelques jours, tel un long week-end ou encore de prendre une semaine de repos.

Je ne ferai pas un voyage en France, mais j'ai assez de temps [accumulé] quand même pour me faire une petite sortie avec mon amoureux, j'ai assez de temps pour aller voir ma famille à Montréal. Juste ces petits éléments-là, ça fait en sorte que j'ai l'impression d'avoir une plus grande qualité de vie et ça m'aide à mieux gérer tout le stress qui vient après aussi. (Daphnée, R2)

Nous jouissons de peu de qualité de vie au quotidien, mais sommes en mesure de prendre des semaines de vacances et de voyager, ce qui nous donne des petits moments de bonheur tout au long de notre résidence !! (Mélicca, R1)

Par ailleurs, la gestion des congés n'est pas une stratégie qui est transmise par les superviseurs aux résidents.

Une chance qu'on a un syndicat par contre, on a la FMRQ puis eux, ils ont des ententes collectives donc, j'ai un certain nombre de congés de maladie, un certain nombre de congés pour des congrès donc, j'essaie de les utiliser, mais ça, mes patrons ne m'en parlent jamais. J'ai dû le savoir par d'autres résidents et je suis allée sur le site et tout, mais on ne me le dit pas. (Gabrielle, R1)

À cela s'ajoute que certains superviseurs sont suspicieux de la prise de congés de la part des résidents, allant jusqu'à remettre en question les réelles raisons de ces congés. Cette suspicion fait même croire aux résidents qu'ils peuvent passer pour de mauvais résidents.

Une semaine, c'est arrivé que trois résidents ont pris une journée de maladie à différents moments dans la semaine, mais on ne le savait pas. Personne ne savait que l'autre avait pris une journée maladie, mais [le patron] comment il a perçu ça, c'est — « Voyons. Là, ils ne sont pas malades pour vrai et ils prennent des congés quand ça leur tente ». Et là, il s'est mis à contrôler ça. Il a même appelé dans un autre milieu de stage pour une autre résidente, pour dire — « Oh, elle s'est absentée. Lui avez-vous demandé des preuves qu'elle était malade ? » (Chloé, R2)

J'aurais pu prendre à mes frais quelques mois de sabbatique, mais on a peur de passer pour un mauvais résident. (Maude, R2)

Pour les heures non liées à la résidence, le nombre de fins de semaine libres est un indicateur intéressant. Pour 47,23 % des répondants, ils peuvent profiter d'une à deux fins de semaine libres par mois. Pour 38,69 % des répondants, ce nombre passe à 3 fins de semaine. L'absence de fins de semaine libres est le cas pour 2,51 % des répondants et pour 11,56 % des répondants, toutes les fins de semaine du mois précédent le sondage ont été libres.

4.5.2 La consommation de substances

La consommation de substances diverses est une stratégie de régulation individuelle choisie. La consommation de ces substances a été documentée selon qu'elles aident à dormir, à rester éveillé ou à fonctionner au quotidien.

Pour aider à dormir, les résidents utilisent principalement des antihistaminiques (27,7 %), de l'alcool (24,58 %), des produits naturels (24,3 %), des antidépresseurs et des anxiolytiques (18,5 %), des anti-inflammatoires (18 %) et des analgésiques (13,4 %). Une analyse corrélationnelle entre les différentes variables (*voir* tableau 4.7) montre des corrélations positives et statistiquement significatives entre la consommation d'alcool et toutes les autres substances. Par ailleurs, la consommation d'analgésiques et d'anti-inflammatoires sont corrélées ensemble tout comme la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qui est corrélée avec l'utilisation des produits naturels et avec des anti-inflammatoires. Seule la consommation d'antihistaminique augmente la satisfaction du sommeil chez les résidents ($r(171)=-0,17, p.=0,02$).

Tableau 4.7 Corrélations entre les substances pour aider à dormir

	Alcool		Analgésique		Produit naturel	
	r	p.	r	p.	r	p.
Analgésique	0,46	<0,001	-	NS	-	NS
Anti-inflammatoire	0,33	<0,001	0,33	<0,001	-	NS
Anxiolytique et antidépresseur	0,24	0,002	-	NS	0,27	<0,001
Produit naturel	0,21	0,006	-	NS	-	NS
Antihistaminique	0,16	0,04	-	NS	-	NS

À titre d'indicateur de santé publique, la consommation de plus de 5 verres d'alcool dans une même occasion permet de documenter la consommation excessive d'alcool. Même si 22,91 % des résidents indiquent n'avoir jamais eu ce genre de comportement, 40,78 % expriment l'avoir eu moins d'une fois par mois et 30,17 % ont eu ce comportement d'une à trois fois par mois. Seuls 5,02 % des répondants adopte ce style de consommation une fois par semaine ou plus. De plus, la fréquence de consommation d'alcool est plus élevée dans les GMF-U qui accueillent plus de résidents (*voir* figure 4.14). Nous remarquons aussi que les femmes consomment moins fréquemment de l'alcool de façon excessive (Md=2) que les hommes (Md=3, W=3173, $p.<0,001$).

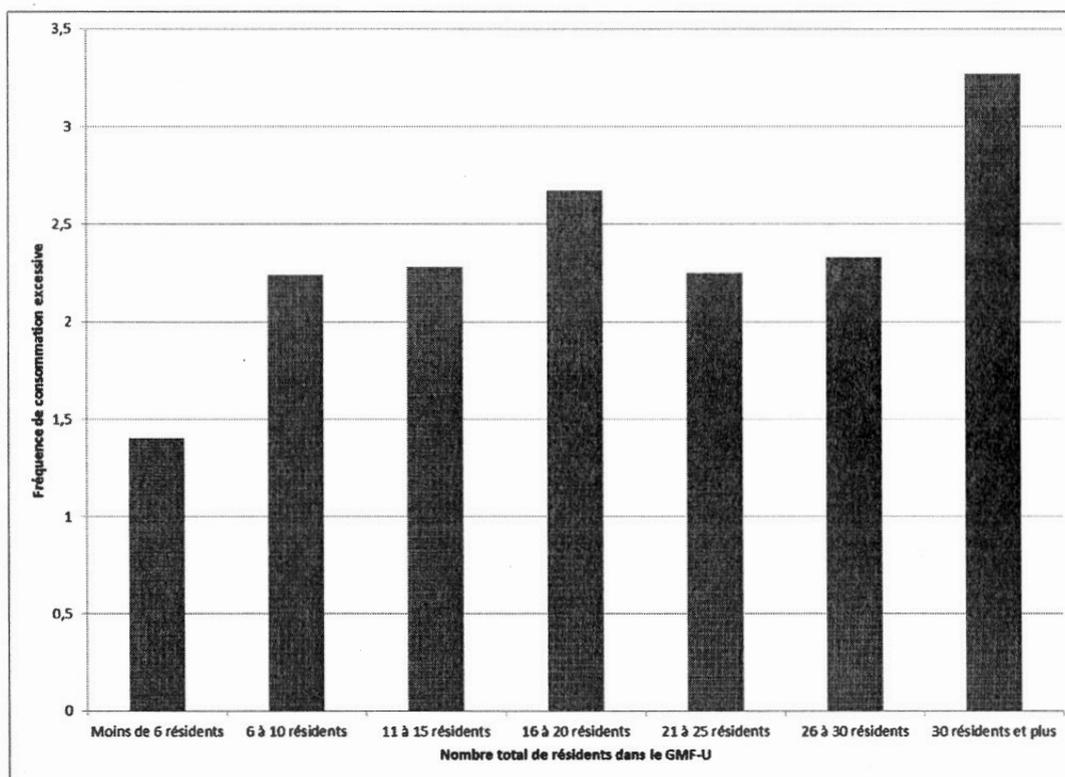


Figure 4.14 Fréquence de consommation d'alcool selon le nombre total de résidents dans le GMF-U⁸⁶

Afin de rester éveillés, les résidents utilisent surtout la caféine (79,7 %) et les boissons énergisantes (13 %). La consommation de ces substances est moyennement corrélée ($r(148)=0,26$, $p.=0,002$) ce qui indique que les résidents utilisent parfois les deux substances pour la même raison. La consommation d'au moins une portion de café, et ce, jusqu'à quatre portions dans une journée est une pratique pour 75 % des résidentes et des résidents. Seulement 2,22 % des résidents indiquent consommer plus de cinq portions par jour.

⁸⁶ Données complètes disponibles en annexe L

Tout comme pour l'alcool (*voir* figure 4.14), la consommation de caféine est plus élevée dans les GMF-U plus peuplés (*voir* figure 4.15). De plus, le fait d'avoir effectué un stage en médecine de famille dans le dernier mois entraîne une diminution de la consommation de portions de café ($Md=1$, $\bar{x}=0,94$, $SE=0,01$) par rapport à la consommation associée à d'autres stages ($Md=1$, $\bar{x}=1,43$, $SE=0,14$, $W=1047$, $p.=0,02$). Dans tous les cas, les portions de café consommées sont surtout corrélées négativement avec le nombre d'heures de sommeil médian ($r(148)=-0,16$, $p.=0,05$).

De son côté, la consommation de boissons énergisantes pour rester éveillé est moyennement corrélée avec l'utilisation d'antihistaminiques pour dormir ($r(173)=0,22$, $p.=0,003$) et avec les gardes en établissement de 3 heures ($r(148)=0,20$, $p.=0,01$). Ces corrélations peuvent expliquer que la boisson énergisante est une substance qui est choisie pour fournir un éveil ou un réveil plus spontané, ce qui peut ne pas être le cas avec le café. Cette substance vient alors contrecarrer l'effet des antihistaminiques qui sont utilisés pour aider à dormir ou pour permettre de passer au travers le 3 heures que la garde en établissement oblige.

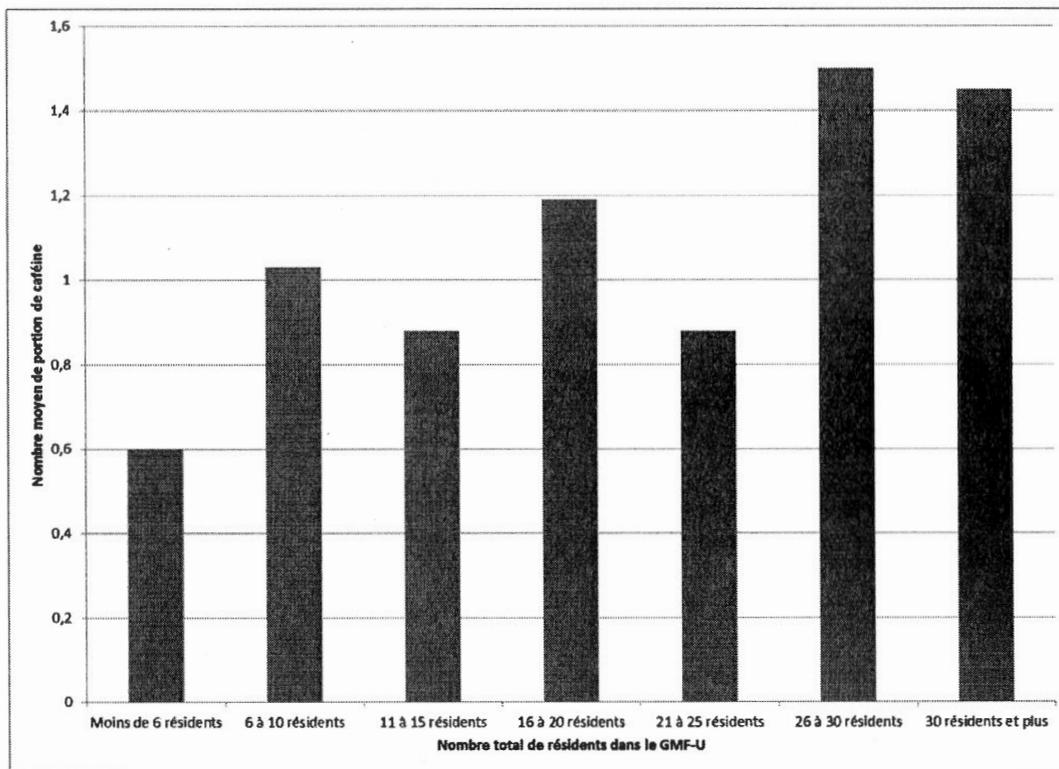


Figure 4.15 Consommation de caféine en fonction du nombre total de résidents dans le GMF-U

Comme dernière raison, la consommation de substances permet de fonctionner au quotidien. Ainsi, les résidentes et résidents indiquent consommer de la caféine (66,1 %), de l'alcool (32,6 %), des médicaments contre les brûlures d'estomac (25,3 %), des produits naturels incluant les vitamines et suppléments alimentaires (23,5 %), des anti-inflammatoires (17,9 %), et des analgésiques (11,8 %).

L'utilisation concomitante des différentes substances pour fonctionner au quotidien (voir tableau 4.8) démontre que la consommation de caféine est corrélée positivement avec toutes les autres substances. Les analgésiques sont, quant à eux, corrélés avec les anti-inflammatoires et l'alcool. D'autre part, les médicaments contre les brûlures d'estomac sont corrélés avec la consommation de boissons énergisantes.

Tableau 4.8 Corrélatons de la consommation de substances pour fonctionner au quotidien

	Caféine		Analgésique		Brûlure d'estomac	
	r	p.	r	p.	r	p.
Alcool	0,29	<0,001	0,18	0,02	-	NS
Médicament contre les brûlures d'estomac	0,22	0,003	-	NS	-	NS
Produit naturel	0,19	0,01	-	NS	-	NS
Boisson énergisante	0,19	0,01	-	NS	0,33	<0,001
Anti-inflammatoire	0,16	0,04	0,25	<0,001	-	NS

4.5.3 Autres stratégies de régulation individuelles

En plus de la gestion du temps et de la consommation de substances, certains résidents décident de sabrer leur sommeil pour être en mesure de réaliser toutes les activités prévues.

Je ne me sens pas fatiguée nécessairement, mais c'est une place où je coupe souvent pour faire mes affaires, que ce soit sport, études, amis, peu importe, c'est là que je coupe en premier. (Ana, R1)

Lorsque les résidents prennent du temps pour eux, ils s'occupent à passer du temps devant un écran pour ne rien faire d'intellectuellement exigeant. Certains vont même jusqu'à faire du visionnage en rafale⁸⁷.

C'était important de m'asseoir sur le sofa et de regarder la télé avec mon père, même s'il n'y a rien qui se passe d'intéressant à la télé. (Ana, R1)

Je me lève, je vais écouter la télé en me disant — « Tant qu'à être réveillée, je vais faire quelque chose de *fun* », mais là je ne m'endors pas parce que je fais quelque chose de *fun* aussi. (Karine, R1)

[La diffusion en continu], tu pars l'épisode de la série et là, ça finit et deux secondes plus tard, l'autre repart, donc il faudrait que tu pèses « stop », mais là tu comprends que c'est [parti pour un bon bout de temps]. (Jessica, R2)

La pratique du sport représente un aussi une stratégie de régulation qui permet de libérer la pression ressentie au travail tout en étant un motivateur pour l'étude.

C'était important pour moi de prendre ce temps-là plutôt que d'étudier parce que c'était pour ma santé physique et mentale, c'était clairement positif puis j'étais plus apte après, de toute façon, pour étudier. (Hugo, R2)

⁸⁷ Il s'agit de la traduction française pour l'expression « binge watching » (OQLF, 2015).

4.6 Des stratégies de régulation relationnelles

Plusieurs stratégies relationnelles ont été discutées par les résidentes et résidents lors des entretiens semi-dirigés. Le recours à ces stratégies se produit essentiellement avec les superviseurs, mais aussi avec d'autres partenaires de rôles dans la sphère professionnelle (ex. autres professionnels de la santé, collègues), mais aussi dans la sphère personnelle (conjoint, membres de la famille, amis, etc.).

4.6.1 Avec les superviseurs

Une des premières stratégies de régulation relationnelles abordée par les résidents, à l'égard des superviseurs, est de tenter de clarifier avec eux le rôle attendu, et ce dès le début du quart de travail. Cette stratégie visant surtout à réduire l'ambiguïté de rôle.

En début de quart, on se présente et souvent [les superviseurs] nous disent formellement ce à quoi ils s'attendent de nous et ce à quoi on s'attend d'eux. (Fanny, R1)

Avant même de tenter de clarifier les rôles, certaines résidentes et résidents tentent de bien évaluer les nouveaux superviseurs à qui ils auront affaire. Cette action vise à mieux connaître ce que le superviseur souhaite et ce qui pourrait nuire aux apprentissages ou aux évaluations.

En fait, je pense, ce qui est assez intéressant, c'est que tous les résidents, [quand] tu as un nouveau patron, dès les premières secondes, tu essaies d'évaluer à qui tu as affaire. (Jessica, R2)

Tu apprends avec quel patron il faut être un petit peu plus interventionniste et avec lesquels on peut être un petit peu plus « *less is more*⁸⁸ ». (Laurence, R1)

Avec l'expérience, je commence à apprendre ce que les patrons veulent en fonction de leur âge, ce qui est très différent, tant au niveau de la prescription des médicaments que de la conduite à tenir, en fonction de chaque pathologie, c'est très différent. (Fanny, R1)

En plus de bien cerner le superviseur, les résidents tentent de plaire pour éviter la confrontation ou pour améliorer les chances de meilleures évaluations.

C'est sûr qu'on veut que nos patrons nous aiment, d'une part parce que ça rend la journée moins longue, et d'autre part parce que ça joue dans nos évaluations. (Laurence, R1)

Il faut qu'on impressionne tout le temps alors que pour moi, je suis quand même en situation d'apprentissage et justement, j'ai plus besoin d'apprendre que d'impressionner, mais il y a toujours une ambiance qu'il faut un peu qu'on impressionne. (Chloé, R1)

Le fait d'être constamment en évaluation, le fait d'avoir à plaire entre guillemets, dans le sens que tu ne veux pas décevoir non plus tes superviseurs (Jessica, R2)

⁸⁸ Traduction libre : « le moins est le mieux »

Lors des interactions avec les superviseurs, certaines résidentes et résidents expriment qu'ils s'affirment auprès d'eux. Cette affirmation leur permet d'avoir plus d'écoute de la part des superviseurs ou même un meilleur enseignement.

À partir du moment où tu es capable de défendre ton point et de justifier pourquoi tu veux faire telle conduite, la majorité des patrons vont faire — « Écoute, je suis d'accord avec ce que tu dis. » (Daphnée, R2)

Là, [les superviseurs] sont en position d'autorité, mais je pense qu'ils ont plus de respect pour moi à cause de [mon passé comme infirmière], donc je sens que j'ai accès à un meilleur enseignement des fois à cause de ça. (Karine, R1)

C'est sûr que je parais peut-être mieux que le résident qui a plus de difficulté à s'exprimer. (Jessica, R2)

Si jamais le patron me dit — « Fais ça », je vais lui dire — « je ne suis pas trop sûre de comment faire. » (Ana, R1)

Entre l'affirmation de soi, la contestation ou la confrontation, les résidents évaluent les risques potentiels de malentendus ou de conflits futurs avec les superviseurs. Après une évaluation des risques, certains préfèrent se taire.

[Dans les stages en spécialité], tu peux contester ton évaluation de ton bloc, s'il y a de quoi au pire, tu tombes en conflit avec les superviseurs de ce stage-là puis tu le reprends à un moment donné ailleurs, sauf que moi ça me mettait en conflit avec une UMF parce que c'était un bloc UMF. (Émilie, R1b)

J'ai des collègues qui l'ont fait [de confronter] et ça ne sert à rien outre de la bisbille entre les résidents et les patrons. (Fanny, R1)

Donc là, je me suis sentie mal à l'aise parce que je ne suis pas pour lui dire ce que je pense de lui parce qu'il va soit me descendre ou ça ne passera pas. (Gabrielle, R1)

Par ailleurs, pour quelques résidents, se taire est issu d'une peur de certains superviseurs.

Je ne sais pas, j'ai peur de certains patrons. (Fanny, R1)

Finalement, elle a appelé mon patron parce qu'elle avait plus peur de son patron que de mon patron, parce que mon patron en psychiatrie, c'était un gentil jeune patron ce jour-là. (Laurence, R1)

Il est plus difficile de se taire lorsque le résident considère que sa conduite auprès du patient est adéquate ou que la conduite demandée par le superviseur peut entraîner des risques pour le patient.

Des fois, on a envie de s'obstiner avec un patron, de dire — « Moi je le connais ce patient là, ça fait quatre fois que je le vois. » (Laurence, R1)

Des fois, ça peut être tannant parce qu'en même temps, tu veux dire — « Moi je ferais ça » et là, tu veux que le patron soit là comme pour t'appuyer, répondre à tes questions. (Chloé, R1)

Je me serais obstinée avec le patron si j'avais su que les répercussions avaient été plus dangereuses que ça, mais c'est une mauvaise pratique et c'est toujours difficile de toujours ravalier. (Fanny, R1)

4.6.2 Avec les autres partenaires de rôles

Les stratégies de régulation déployées avec les collègues comme autres partenaires de rôle au travail concernent surtout le soutien social. Les collègues résidents plus expérimentés sont reconnus comme une source de soutien importante, surtout lors du début de résidence.

Les R2, ils nous ont beaucoup aidés pour [l'intégration] au début, plus que les patrons. (Chloé, R1)

Il y avait des R2, [...] ils nous ont rassurés, ils nous ont aiguillés par rapport à ce qui est normal, tout ce qu'on pouvait ressentir ou appréhender. (Hugo, R1)

Après nos cours, souvent on va prendre une bière et là, c'est à ce moment que la ventilation se fait de parler des cas plus difficiles, des petits conflits avec les patrons tout ça. (Fanny, R1)

Parmi les autres types de soutien reçu par les collègues, on retrouve l'étude en groupe qui est une manière de trouver la motivation pour étudier, de valider certains acquis ou de socialiser avec d'autres résidents.

On se fait des soirées d'études, des soirées de révision d'articles scientifiques, on se fait des soirées de pratique de mise en situation. (Fanny, R1)

Pour le LMCC1⁸⁹, on avait fait des soirées d'étude où on s'installait avec un écran géant, on projetait les questions et on mangeait et on étudiait en même temps et il y avait un aspect social qui était le *fun*. (Karine, R1)

⁸⁹ Il s'agit de l'abréviation anglaise pour *Licentiate of the Medical Council of Canada*. En français cette expression est Licencié du Conseil médical du Canada. Afin d'obtenir cette licence, les résidents doivent réussir l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie 1. Cet examen est obligatoire pour que le Collège des médecins du Québec délivre le permis d'exercice (Le Conseil médical du Canada, 2018).

Mes amis proches, mon groupe d'étude officiel, c'est mon amie [...], une autre amie, on est les trois, ensemble, c'est vraiment plaisant, on étudiait et c'était bien. (Ana, R2)

Des fois, avec d'autres résidents, on travaille ensemble, on étudie ensemble. (Isabella, R2)

Je vais étudier de temps en temps en groupe. Ça me sert comme indicateur. (Jessica, R2)

Même si le temps manque pour développer ou renforcer des amitiés avec les collègues, leur soutien permet de maintenir un climat de travail agréable.

Ce qui m'a rendu plus satisfait, je dirais en fait c'est l'équipe de résidents, malgré l'horaire, c'était quand même agréable pour une résidence en médecine de famille. (Benjamin, R2)

C'est sûr que lorsque tu as quatre midis sur cinq de cours, tu n'as pas beaucoup de temps pour faire du social, jaser avec les autres résidents, mais ce n'est pas grave, c'est le *fun* quand même. (Ana, R2)

Le temps de développer une amitié, le temps que ça soit assez solide pour se sentir en confiance pour dire - « Regarde, écoute là, je ne vais pas bien », tu as le temps d'aller vraiment pas bien avant que ça, ça arrive. (Daphnée, R2)

Entre les résidents, il y a vraiment une bonne entente puis de l'entraide tout le temps. (Chloé, R2)

Il convient de taire certains commentaires sur des relations plus difficiles avec des superviseurs en compagnie des autres professionnels de la santé (ex. psychologue) puisque l'information peut se retourner contre eux.

On a quand même un bâillon en ce sens où si on a des problèmes avec des patrons de l'UMF, ça ne se discute pas [...] ça peut venir teinter la façon dont ils vont travailler avec nous après, fait qu'on est toujours à marcher un peu sur des œufs. (Daphnée, R2)

On voit vraiment que [les psychologues] veulent nous aider à travers notre cheminement, mais même là, si tu te dis - « Bien moi aujourd'hui, dans le GMF, j'aimerais ça dire que j'ai de la misère avec un patron x », je ne peux pas nommer le patron x devant la psychologue parce que c'est son collègue de travail aussi. (Daphnée, R2)

Avec les infirmières, pour éviter les mauvaises surprises, il est utile de reconnaître la compétence de ces professionnels de la santé et de ne pas les remettre en question.

Avant de dire — « C'est moi le docteur et c'est moi qui décide », il y a une certaine humilité à dire [cela] à l'infirmière, que ça fait 15 ans qu'elle fait de l'urgence et qu'elle en connaît plus que moi sur ce qui est en train de se passer. Donc, arriver avec mes gros sabots et de dire — « On va faire ça » et de donner des ordres et d'être très directive, j'ai plus de difficulté. (Karine, R1)

Considérant les relations de pouvoir entre l'équipe soignante et les superviseurs, le résident choisira s'il sauve la face devant l'équipe soignante ou le superviseur.

Selon l'organisation pyramidale d'où est-ce qu'on est, ça dépend de si on sauve la face devant l'infirmière ou le patron en premier, dépendant de qui a le plus de pouvoir sur notre qualité de vie. (Laurence, R1)

4.6.3 Avec les partenaires de rôles dans la sphère personnelle

Dans la sphère personnelle, lorsque les résidentes et les résidents parlent de leurs conjoints, ils expriment le soutien provenant de leur part.

J'ai un bon chum qui m'aide vraiment et qui me pousse à prendre du temps pour moi, mais c'est difficile. (Karine, R1)

Pendant deux mois, c'était un ange, c'était l'homme parfait, mais s'il n'avait pas été là, j'aurais mangé des toasts au beurre d'arachide ou même du beurre d'arachide tout seul, je n'aurais même pas eu de pain. (Ana, R2)

Pour les moments positifs là, que ça soit la période d'étude, [mon conjoint] me supportait. (Hugo, R2)

Les amis offrent aussi un soutien et un réconfort pour permettre aux résidents de ventiler. Le recours au soutien de la part des amis qui travaillent à l'extérieur du milieu médical peut être limité, ce qui amène certains résidents à ne pas parler des problèmes relatifs à la résidence avec ces personnes.

Je ne lui raconte pas tout ce que je vis parce que je ne pense pas qu'elle pourrait tout comprendre et elle sentirait qu'elle n'est pas capable de m'aider. (Gabrielle, R1)

J'avais l'impression que je perdais mon temps à appeler les mêmes personnes pour ventiler les mêmes affaires et que ça ne marchait plus. (Émilie, R1b)

4.6.4 La reconnaissance des partenaires de rôle

La reconnaissance reçue par les partenaires de rôle ou la recherche de reconnaissance sont des stratégies de régulation relationnelles. Dans le cas des superviseurs, 70,16 % des résidents indiquent recevoir de la reconnaissance des superviseurs omnipraticiens de souvent à tous les jours et 25,41 % indiquent en recevoir parfois. La reconnaissance de la part des superviseurs spécialistes est perçue pour seulement 45,09 % des résidents à une fréquence allant de souvent à très souvent⁹⁰ et 36,99 % indiquent en recevoir parfois.

⁹⁰ Aucun répondant n'a indiqué recevoir de la reconnaissance de superviseurs en spécialité tous les jours.

Les superviseurs qui aplanissent la hiérarchie médicale et qui optent pour une relation qui tend vers une égalité par des échanges respectueux ou ouverts avec le résident représentent de meilleurs pédagogues et une source de reconnaissance. Les résidents considèrent alors qu'ils sont traités comme des collègues plus qu'à titre d'étudiant.

[La superviseure] était comme - « Moi mon rôle, ce n'est pas de t'évaluer, c'est de t'apprendre des choses. (Ana, R2)

Je dirais aussi que j'apprends beaucoup mieux quand les médecins se mettent plus d'un point de vue égal à égal. (Chloé, R1)

Comme autre source de reconnaissance, les rétroactions sont des moments où les commentaires positifs, qui font ressortir la motivation ou l'autonomie du résident, sont très appréciés pédagogiquement.

Il y a des patrons qui sont plus pédagogiques que d'autres, qui vont vraiment plus y aller de manière concrète — « Je vais te faire une rétroaction », mais des fois, c'est à l'étudiant de le demander. (Ana, R1)

Et lorsque [le superviseur] m'a évalué, il l'a noté dans l'évaluation — grande curiosité scientifique, m'a appris des choses aujourd'hui — c'est sûr que c'est valorisant pour moi, que ça me donne confiance pour les fois subséquentes et ça me donne de la motivation pour continuer aussi parce que c'est des situations agréables aussi. (Fanny, R1)

Les conseillers pédagogiques⁹¹ sont des médecins-cliniciens qui ont comme rôle d'accompagner les résidents dans leur cheminement. Ces partenaires de rôle représentent des personnes significatives ou des modèles de rôle auxquels le résident veut s'identifier ou non. Dans tous les cas, ils permettent de mieux comprendre le fonctionnement de la résidence.

[Les responsables du programme] nous donnent des tuteurs à l'UMF, je m'entends bien avec [ma tutrice], mais c'est quelqu'un qui a beaucoup investi dans la médecine et peut-être très peu dans sa vie personnelle, donc je n'aspire pas nécessairement à ça. (Karine, R1)

[Les conseillers pédagogiques] n'ont pas nécessairement le même poids décisionnel dans comment on se fait évaluer et ce n'est pas eux qui nous remettent nos évaluations. Mais, ils sont quand même très, très présents dans notre enseignement. (Daphnée, R2)

Entre autres, à l'UMF on a un médecin tuteur qui est disponible pour nous si on a des problèmes pendant notre résidence et mon tuteur, vraiment je sens qu'il est là pour m'aider dans ce dont j'ai besoin. (Chloé, R1)

Des résidents indiquent que d'autres superviseurs sont significatifs pour eux tant dans leur développement personnel ou dans un appui lors d'un problème spécifique.

[Cette superviseure] a contribué à mon apprentissage et à mon développement personnel sur les deux années que j'ai faites à l'UMF. Honnêtement, cette personne-là, son travail était à mon avis vraiment pertinent. (Benjamin, R2)

⁹¹ Dépendant du milieu, les conseillers pédagogiques sont appelés tuteurs ou tuteurs pédagogiques.

Je pense, j'ai vraiment été chanceuse parce que si je n'avais pas eu mes trois patrons de l'urgence qui m'avaient appuyée et qui ont textuellement écrit que l'avis des patrons de [l'autre UMF] était biaisé à mon égard et qu'eux croyaient à mon potentiel avec un peu plus d'encadrement, je ne serais pas ici. (Émilie, R1b)

Les rencontres avec des superviseurs significatifs sont des moments qui permettent aux résidents de mieux orienter leur pratique future ou même de tirer profit au maximum des enseignements reçus.

On commence, on débute la résidence, on peut avoir n'importe quelle pratique, donc moi, chaque patron avec qui je travaille de manière plus soutenue que trois heures de clinique, je finis toujours par demander quand ils font mon évaluation — « Quel genre de pratique avez-vous ? » (Ana, R1)

J'avais une évaluation en particulier avec un médecin un peu plus exigeant en médecine familiale qui m'a forcée un peu à me questionner. « Est-ce que je fais tout ce que je pourrais pour me préparer à que je veux être comme médecin ? » (Isabella, R2)

Moi j'aime mieux me dire que peu importe le patron avec qui j'aurais été, j'aurai appris de cette personne-là. (Émilie, R1)

En plus des superviseurs, les membres de l'équipe soignante jouent un rôle dans le climat de travail des résidentes et résidents. C'est ainsi que 60 % des résidents indiquent recevoir de la reconnaissance de leur part allant de souvent à tous les jours.

Quand on dine les midis, tout le monde est assis à la même table peu importe, infirmière, médecin, tout le monde est mélangé, les résidents aussi. On parle, on fait des blagues et quand on dine, ce n'est pas le temps de parler des cas de médecine, non, non, on parle de tout, de rien, pas de médecine, on rit, on s'amuse. (Daphnée, R2)

Un autre groupe de partenaires de rôle qui offre de la reconnaissance est celui composé des collègues. Parmi les collègues, on retrouve les externes, soit des étudiants en médecine qui reçoivent de l'enseignement de la part des résidents. Les externes accordent à 74,44 % des résidents une reconnaissance allant de souvent à tous les jours. Cette reconnaissance est aussi plus grande dans les autres spécialités ($\bar{x}=3,09$, $SE=0,03$) qu'en médecine de famille ($\bar{x}=3,03$, $SE=0,03$, $t(78)=2,22$, $p.=0,03$, $r=0,244$) ou que dans les autres stages⁹² ($\bar{x}=2,14$, $SE=0,373$, $t(58)=2,67$, $p.=0,01$, $r=0,331$). Les petits GMF-U favorisent la reconnaissance entre les résidents. Comme présentée à la figure 4.16, ce type de reconnaissance est plus élevé dans les GMF-U de 6 à 10 résidents que dans ceux de 16 à 20 résidents, que pour ceux de 21 à 25 résidents et que ceux de 26 à 30 résidents⁹³.

⁹² Cette catégorisation réfère ici aux autres stages en spécialité qui peuvent être choisis par les résidents. Il s'agit alors de stages à option ou de stages obligatoires qui dépendent du milieu. Pour une liste complète, voir la section 3.8.

⁹³ Les données présentées à la figure 4.16 ne concernent que les comparaisons statistiques significatives. Les valeurs sont présentées à l'annexe M.

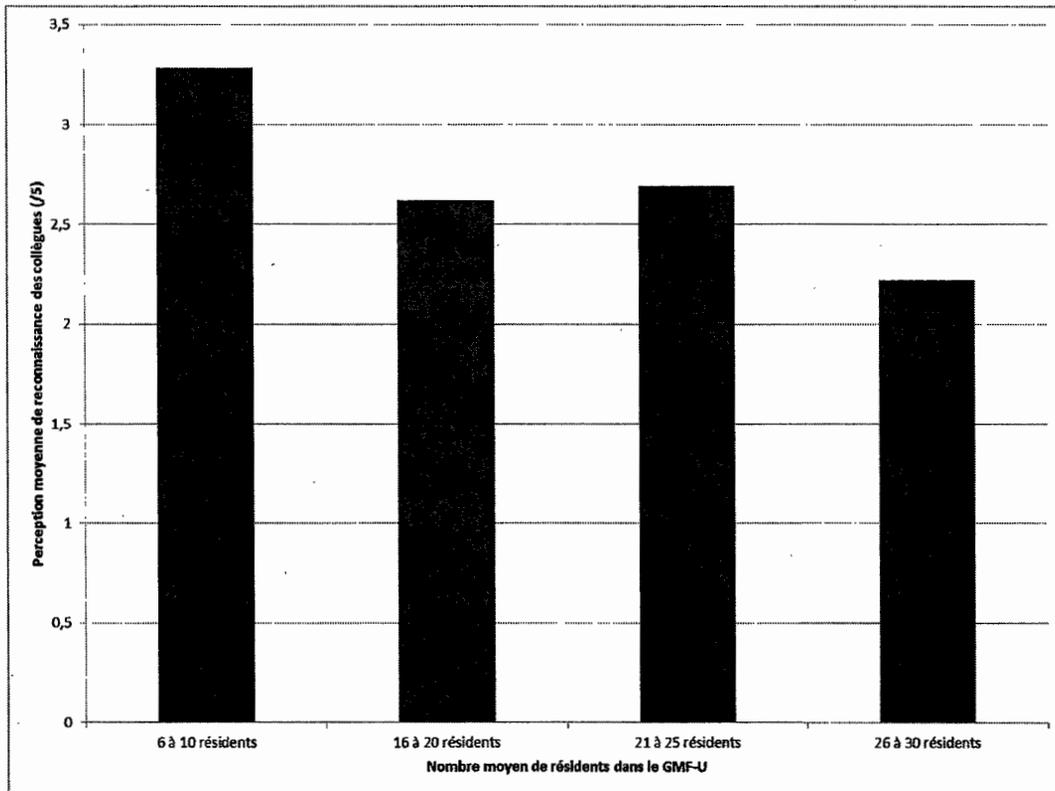


Figure 4.16 Perception de reconnaissance des collègues selon le nombre de résidents dans le GMF-U

Le dernier groupe de partenaire de rôle au travail correspond aux patients et à la famille des patients. Lorsqu'il est question des patients, plusieurs résidentes et résidents abordent le fait que les patients sont une source de reconnaissance importante. Les moments vécus avec les patients et la famille des patients participent à une valorisation du travail et fournissent un sentiment de devoir accompli.

Parce que s'il n'y avait pas ça, je ne me sentirais pas valorisée tant que ça dans mon travail, fait que oui, c'est sûr que la reconnaissance des patients, ça encourage à continuer vraiment puis ça nous montre qu'on est dans la bonne voie puis que ce qu'on fait, c'est apprécié puis c'est correct. (Chloé, R2)

Donc j'étais juste contente de voir des patients. Peu importe dans quelle discipline je vois mes patients, je suis juste contente de voir mes patients. (Émilie, R1)

Bien c'est sûr qu'il y a souvent des très, très, très beaux moments avec les patients ou leur famille puis c'est pas mal ça qui rend le tout tolérable. (Laurence, R1)

C'est vraiment le contact avec le patient, de sentir que j'aide, que le patient ressort satisfait ou en tous cas, qu'il a une idée plus claire de ce qu'il a ou de ce qui pourrait améliorer sa condition, même si on ne peut pas tout régler là, mais c'est ça. (Hugo, R1)

Avoir des bonnes relations avec mes patients, voir que j'ai pu faire quelque chose pour eux, pour les aider. (Isabella, R2)

De façon générale, et ce pour l'ensemble des partenaires de rôles, les résidentes et résidents qui pratiquent dans un site en région indiquent bénéficier significativement de plus de reconnaissance que les résidents dont la pratique est localisée en milieu urbain (*voir* figure 4.17).

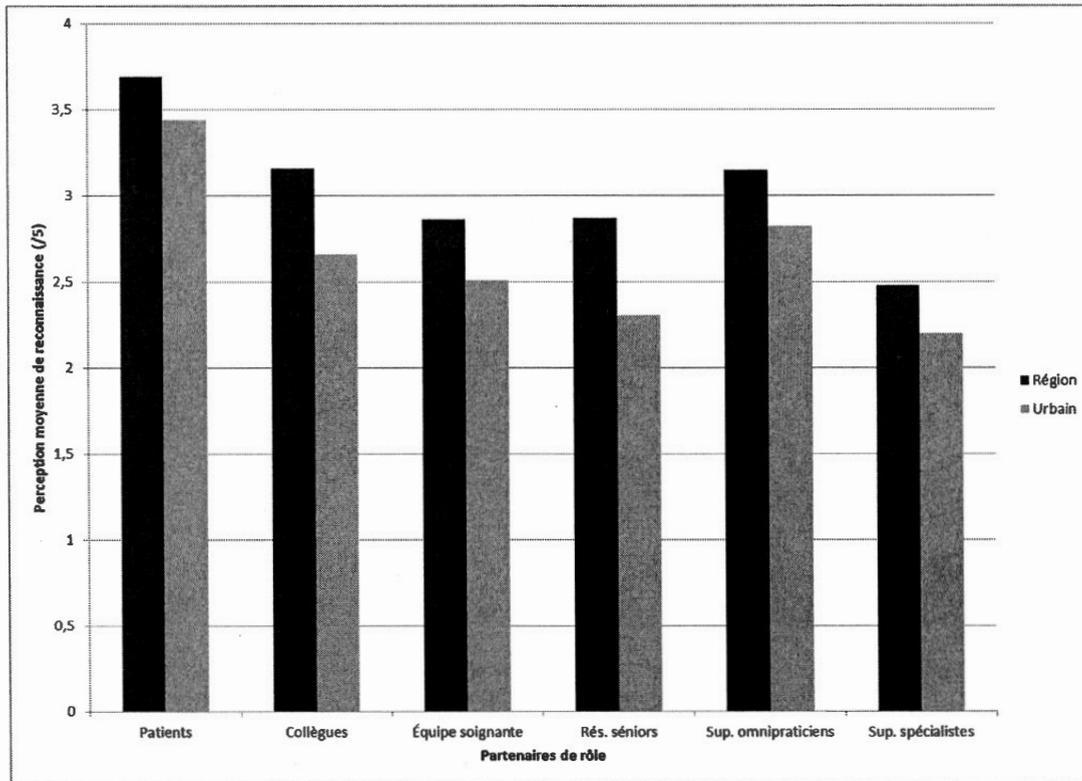


Figure 4.17. Perception de la reconnaissance selon les partenaires de rôle et le site distant

Le lieu de résidence et l'université d'attache influencent aussi la reconnaissance venant des patients et des collègues résidents. Comme démontré à la figure 4.18, les résidents de l'Université McGill reçoivent davantage de reconnaissance de la part des collègues et des patients alors que pour les résidents de l'Université de Sherbrooke, ils reçoivent légèrement plus de reconnaissance de l'équipe soignante.

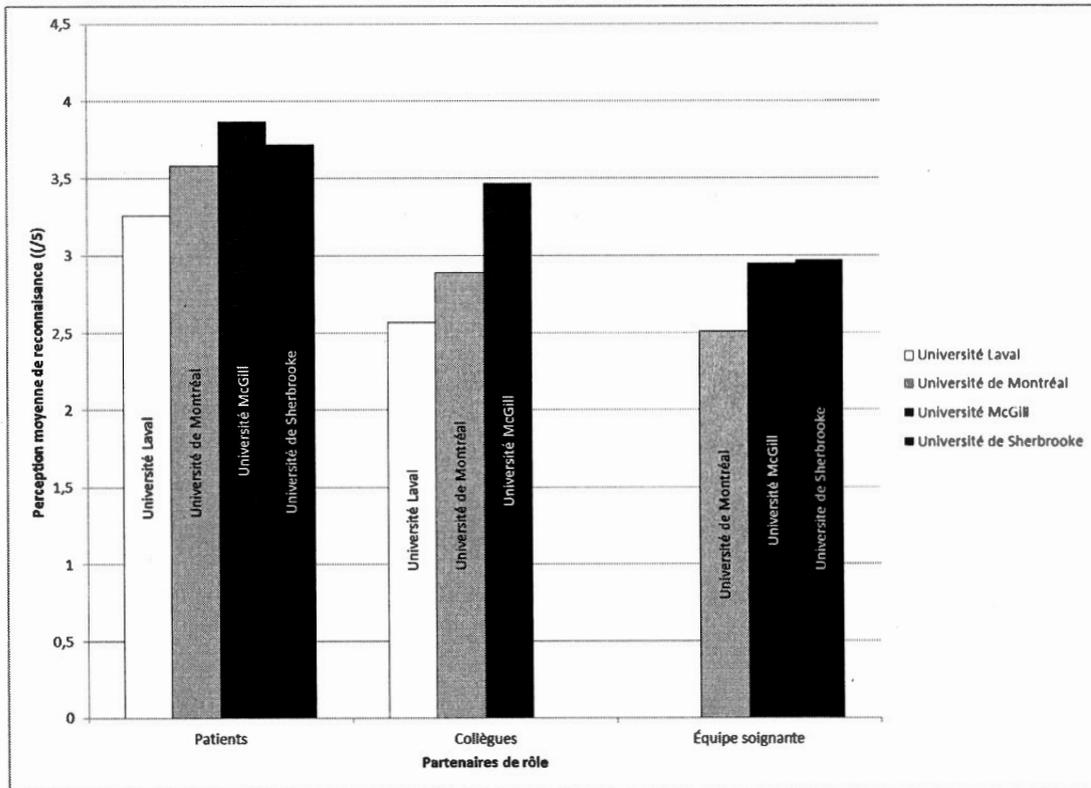


Figure 4.18 Perception de la reconnaissance selon les partenaires de rôle et l'université d'attache

4.7 Des stratégies de régulation aux limites de l'action

Afin de réduire les insatisfactions liées à la résidence, certaines résidentes et résidents optent pour des stratégies de régulation de rationalisation. L'une des premières stratégies de rationalisation est de se dire que la résidence est un passage obligé, qui prépare à la vraie vie et qu'après cette période, les choix seront moins imposés.

Je pense que globalement, j'ai l'impression que c'est un dur moment à passer pour certains plus dur que d'autres, mais globalement on nous prépare à la vraie vie. (Benjamin, R2)

On se dit bien, quand on va être un grand docteur, on fera ce qu'on veut. (Karine, R1)

Tout le long de ma résidence, [...] j'avais tout le temps une partie de moi qui me disait - « Oh, mais ce n'est pas vrai que ça va être comme ça toute ma vie ». (Chloé, R2)

L'acceptation du passage obligé est facilitée, pour d'autres, en pensant à leur pratique future qui ne demandera pas d'exceller en tout temps et en toutes circonstances.

J'ai l'impression que ma façon de voir les apprentissages que je fais, c'est que je suis plus proche de ma pratique et quand on est médecin, on choisit un peu le type de pratique qu'on veut avoir, nos intérêts se définissent un peu plus durant notre résidence, donc j'ai l'impression que j'accorde moins d'importance à être parfaite dans tout et d'accepter le fait que je ne peux pas être spécialiste de tous les domaines parce que je suis en médecine familiale. (Chloé, R1)

J'ai décidé que j'allais finir ma résidence en médecine familiale et je me rassurais tout le temps avec l'idée, qui est vraie aussi, qui fait que j'ai choisi la médecine familiale, que c'est tellement large que je vais me trouver une place et un milieu et une pratique qui va m'intéresser, qui va me motiver et où je vais y trouver mon compte finalement. (Hugo, R2)

Certains résidents abordent le fait que la médecine est une profession qui est choisie et que plusieurs éléments sont positifs, dont les contacts avec les patients. Ce recadrage facilite l'acceptation de certaines difficultés rencontrées.

Je me raisonnais, je me disais — « Je sais qu'ultimement, profondément en dedans de moi, j'aime la médecine, j'aime le contact avec les gens, j'aime pouvoir les aider dans certains moments, j'aime les accompagner. » (Ana, R1)

Pour d'autres, c'est le fait de se concentrer sur de petites victoires, surtout au niveau des évaluations ou encore sur le fait que certaines sphères de la vie vont mieux pour accepter les difficultés

C'est sûr que c'est beaucoup de travail, mais j'étais préparée à ça et je viens d'avoir mon évaluation du premier six mois et cela a super bien été, donc je sens que je suis à ma place. (Karine, R1)

Je dirais que une chance que j'avais ma vie personnelle qui allait bien pour compenser les nombreux moments où j'étais triste à cause du travail. (Chloé, R2)

Bien que les résidentes et résidents tentent de répondre le plus possible aux attentes des différents partenaires de rôle, il arrive pour certains de choisir de lâcher prise quant à la satisfaction de tout le monde, même si cela n'est pas toujours facile.

Si [les attentes] ne sont vraiment pas claires, j'essaie de satisfaire [le superviseur] et quand ce n'est pas le cas je me dis coudonc, on ne peut pas plaire à tout le monde. (Fanny, R1)

Faut apprendre à se parler nous-mêmes et à lâcher prise un peu, mais ce n'est pas toujours facile. (Karine, R1)

Dans le cas d'épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs spécialistes, le lâcher-prise s'exprime par le fait que ce n'est qu'un mauvais moment à passer avec ces personnes.

Dès que ça arrive dans nos spécialités, on s'en fait dire des niaiseries et oups, mais il y a une partie de nous qui fait — « Ah bien, c'est un spécialiste, fait qu'on s'en fout. C'est un quatre semaines à passer avec lui puis après ça, ce n'est pas grave puis je ne le verrai plus jamais de ma vie ». (Daphnée, R2)

4.7.1 L'intention de quitter la profession

Ultimement, évoquer une intention de quitter la médecine est l'une des stratégies de régulation des résidentes et résidents. Cette évocation permet de se donner l'impression de pouvoir choisir ou de réfléchir sur les différentes possibilités qui s'offrent. Ainsi, 37,89 % des résidents n'ont jamais envisagé cette option ce qui contraste avec les 56,25 % qui l'envisagent parfois ou encore les 5,86 % qui l'envisagent très souvent ou même tous les jours.

Parce que ça m'est souvent arrivé de me dire que je devrais peut-être lâcher.
(Chloé, R1)

Faut être très malheureux pour partir quand on n'est juste pas content de temps en temps, on se dit qu'ailleurs c'est différent. (Laurence, R1)

Parmi les raisons qui motivent l'intention de quitter la médecine, certains résidents parlent d'un stage qui a été problématique.

Ça a été mon pire stage et j'ai considéré abandonner la médecine à ce moment-là. (Fanny, R2)

Pour d'autres résidents, il est question de la charge de travail, du manque de temps pour la vie personnelle ou du stress associé à cette charge de travail

[Quand] je suis juste brulée et que je ne suis pas capable de rien faire d'autre parce que je suis juste fatiguée, je me dis - « Ah, me semble que si j'avais une job de 8 à 4 comme fonctionnaire, il me semble que ça serait moins compliqué. » (Karine, R1)

Si on m'avait dit - « Ta vie comme médecin, ça va être la même chose que ce que tu vis maintenant », j'aurais lâché, mais j'avais un espoir que ça pouvait être différent. (Chloé, R2)

Avec tout le stress de l'examen, tout ça, que je ne faisais rien d'autre qu'étudier, j'étais vraiment rendue frustrée, j'étais comme — « J'ai même plus envie d'être médecin ». (Ana, R2)

À cela, quelques résidents ajoutent que les relations ou les interactions avec les superviseurs peuvent être des contraintes supplémentaires à la charge de travail et qu'elles influencent l'idéation de l'intention de quitter la médecine.

Parce que parfois, il y a des semaines où tu te sens moins bien, tu as de gros horaires, tu entres en communication avec des patrons avec qui tu as moins d'atomes crochus et tu te dis : « Qu'est-ce que je fais en médecine ? » (Émilie, R1)

Pour prédire plus précisément l'intention de quitter, une régression linéaire multiple⁹⁴ a permis d'identifier quatre variables. L'intention de quitter la médecine augmente de 0,14 (p.=0,02) à chaque fois que le répondant exprime des sentiments négatifs. D'un autre côté, l'intention de quitter diminue de 0,28 (p.<0,001) à chaque fois que la satisfaction de l'emploi augmente et cette intention diminue aussi de 0,16 (p.=0,02) à chaque fois que le résident est plus satisfait de lui-même (*voir* figure 4.19). Une donnée surprenante est que l'intention de quitter la profession augmente plus la satisfaction des relations amicales augmente (b=0,09, p.=0,04). Cette corrélation pourrait s'expliquer par le fait que la comparaison avec les amis, surtout ceux qui sont à l'extérieur du milieu médical pourrait entraîner certains questionnements supplémentaires sur la présence en médecine ou sur la charge de travail qui paraît encore plus importante.

⁹⁴ $R^2 = 0,291$, $F(4,173) = 17,76$, $p. < 0,001$. La formule obtenue est : $2,781 - 0,158897$ (opinion de soi) + $0,138521$ (sentiments négatifs) - $0,284607$ (satisfaction de l'emploi) + $0,0885256$ (sentiments négatifs) où BoxCox (désir de quitter = $1 + (\text{désir de quitter}^{-0,059375-1}) / (-0,059375 * 1,61644^{-1,05938})$)

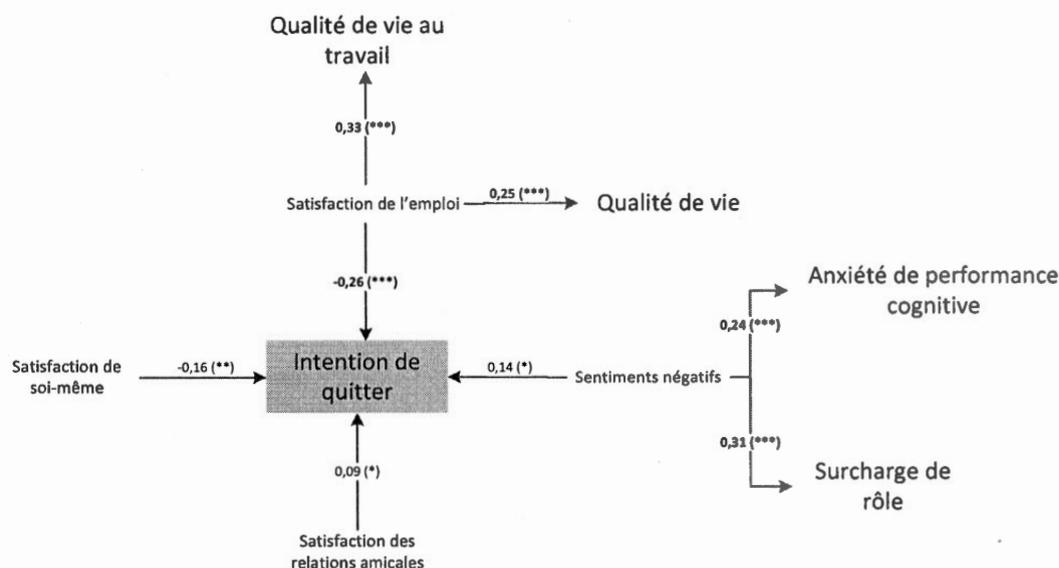


Figure 4.19 Variables explicatives pour l'intention de quitter la profession médicale (* sig. $\leq 0,05$ /** sig. $\leq 0,01$ /***) sig. $\leq 0,001$)

En plus des facteurs cités ci-haut, l'intention de quitter la médecine est relativisée par la pensée des dettes accumulées durant le parcours de formation.

Et je me disais — « Tout d'un coup que je lâche, comment je vais rembourser ça ? » (Chloé, R1)

C'est sûr que si je voulais vraiment quitter, je ne serais pas à l'aise de quitter, dans le sens que financièrement, quand tu es médecin de famille, tu peux te le permettre de rembourser ces bourses-là. (Benjamin, R2)

En plus des contraintes financières, les contraintes familiales peuvent obliger les résidents à rester en médecine et à persévérer, malgré les difficultés.

Je n'ai pas le choix d'aimer ça dans ma vie parce que je pense que ce serait une raison de divorce si je décidais de faire un doctorat en autre chose. (Karine, R1)

4.8 Proposition d'amélioration organisationnelle

En plus des stratégies de régulation proposées, plusieurs améliorations organisationnelles ont été abordées par les résidentes et les résidents. Bien que 82,5 % des résidents aient indiqué la mise en place d'activités sociales et sportives dans les GMF-U comme principale amélioration organisationnelle, les changements dans l'organisation des soins ne sont pas en reste puisque 76,8 % des résidents reconnaissent qu'il s'agit là d'une piste importante.

Afin d'améliorer l'organisation des soins, certains résidents proposent la diminution de tâches répétitives, d'autres l'informatisation du dossier du patient et d'autres encore, le soutien des autres professionnels de la santé.

Minimiser la duplication des tâches. Duplicatas des résultats d'examens des patients déjà gérés à l'urgence ou à l'hospitalisation ou par d'autres médecins. (Maria, R2)

Dossier médical informatisé. Si vous saviez le nombre d'heures par semaine que je passe le nez dans un dossier antérieur. (Marianne, R1)

Avoir plus de soutien d'autres professionnelles pour le travail administratif et les signes vitaux, etc. (Mathieu, R1)

En plus des modifications dans l'organisation des soins, une amélioration de la gestion administrative est un enjeu choisi par 70,7 % des résidentes et résidents et qui se concrétise surtout comme une augmentation du soutien administratif.

Je crois qu'il y aurait moyen de limiter les demandes administratives que l'on exige de nous ainsi que le nombre de travaux. (Mélanie, R1)

La seconde proposition d'amélioration organisationnelle qui est retenue par 61,8 % des résidents consiste en une diminution de la charge de travail.

Un maximum du nombre consécutif de jours travaillés et un nombre maximum d'heures par semaine. (Maggy, R1)

Même si je travaille beaucoup, comme on réussit à trouver du temps quand même pour nous, ce n'est pas parfait là, disons que ça pourrait être mieux si je travaillais un peu moins. (Karine, R1)

Plusieurs suggèrent que des modifications gagneraient à être apportées à la charge de travail pour faciliter la conciliation entre le travail et la vie personnelle. Le temps protégé est une solution qui semble priorisée. Ce temps protégé pourrait être utile pour réaliser des activités médico-administratives qui occupent du temps personnel.

Souvent, on court dans notre horaire, donc je suis comme — « Ça ne vous tente pas de nous laisser cette période-là pour qu'on fasse notre bureau puis nos paperasses, ces affaires-là ? » (Ana, R1)

On n'avait pas de moments dans la journée pour faire la paperasse, mais des fois, faut qu'on appelle des spécialistes, qu'on appelle des patients, mais là si on n'a jamais de moments de jour du lundi au vendredi, les spécialistes, on les appelle la fin de semaine sur leur garde ou le soir. (Chloé, R2)

Ajouter des périodes de gestions à notre horaire, afin de nous permettre de gérer nos labos et bien connaître nos patients du bureau. (Marilyn, R1)

Comptabiliser durant nos périodes de travail au bureau des périodes de dossier (ex. : deux heures par semaine pour réviser nos dossiers, régler nos laboratoires, faire des appels à la famille au besoin, etc.) (Mélodie, R1)

Inclure des périodes pour la gestion des dossiers, des résultats de laboratoires, remplir des formulaires, etc. dans notre horaire (ex. : une demi-journée par 2 semaines au lieu de toujours devoir faire ça le soir après 18 ou 19 h, une fois avoir complété les notes de notre clinique de la journée. (Marianne, R1)

Pour d'autres, ce temps protégé servirait à l'étude ou à des activités d'apprentissage

Des fois, j'ai l'impression que si on avait un peu moins d'heures cliniques et un peu plus de temps pour aller assimiler ce qu'on a fait dans la journée, ça serait plus payant à long terme. (Karine, R1)

Je pense que malgré toutes les choses qu'on dit qu'on devrait changer, qu'on devrait donner plus de temps d'étude. À un moment donné, il y a des gens qui sont - « Bien là, je ne peux pas croire, pourquoi ils ne nous mettent pas genre la résidence quatre jours semaine, comme ça on aurait du temps pour étudier » (Ana, R2)

Une demi-journée d'étude prévue à l'horaire par semaine. (Mathilde, R1)

Plus de moments d'étude, par exemple des après-midis libérés pour cela. (Marie-Josée, R2)

Parfois, ce dont on a le plus de besoins, c'est du temps pour faire le point [sur nos apprentissages] et malheureusement, la résidence nous laisse peu l'opportunité de le faire (Maude, R2)

Finalement pour quelques autres, ce temps protégé permettrait d'intégrer les activités personnelles dans l'horaire.

Période réservée ou protégée pour faire de l'activité physique ou une session de bien-être (ex. : méditation). Possibilité d'organiser les horaires pour faciliter la participation à des activités sportives à l'extérieur. (Par exemple, les cours fixes, c'est impossible de s'y inscrire, car l'horaire est trop variable). (Meaghan, R2)

La flexibilité dans le choix des stages, surtout ceux à option, est une solution à envisager. Cette proposition viserait à centrer davantage la formation sur la pratique future et ainsi de correspondre aux besoins de connaissances et de compétences dans certains champs cliniques plus appréciés ou pertinents.

Améliorer la flexibilité dans le cheminement et la possibilité d'ajouter ou de remplacer certaines activités de formation afin d'orienter sa formation d'une manière plus compatible avec nos intérêts ou nos futurs champs de pratique. Même si c'est difficile en raison des multiples obligations de formation en médecine familiale et du temps de résidence, l'ajout de stages à option. (Marie-Claude, R2)

Aujourd'hui, un médecin de famille ne peut pas être compétent à la fois en urgence, en soins aux personnes âgées, en obstétrique, en soins palliatifs, en hospitalisation, en prise en charge, etc. L'utopie est que l'on soit spécialiste de tout, la réalité est que chacun finit par prendre une certaine orientation dans 2 ou 3 champs de pratique et nous ne sommes pas bien formés pour cette réalité au cours de la résidence. (Marie-Hélène, R1)

Le stage d'obstétrique de 1 ou 2 périodes au choix, car si ce n'est pas notre choix futur, ce serait plus utile d'avoir un stage à option. Diminuer le temps à l'UMF à 9 ou 10 périodes. Cela est bien suffisant, surtout pour augmenter notre exposition dans les domaines cliniques qui sont en lien avec notre pratique future. (Maryse, R2)

Malgré cette flexibilité souhaitée, lorsqu'il est question de prolonger la résidence, seuls 33,1 % des résidents sont en accord avec cette solution. Par ailleurs, pour ce tiers des répondantes et répondants, une augmentation de la durée de la résidence doit être conséquente avec une diminution de la charge de travail ou pour mieux orienter la fin de la formation vers la pratique future souhaitée.

Prolonger la résidence en diminuant la charge de travail (famille avec jeune enfant, athlètes de haut niveau, etc.). (Marie-Michèle, R2)

Dans la résidence en médecine familiale, nous devrions soit avoir une année supplémentaire de stages optionnels ou conserver les six derniers mois à ces fins, nous permettant d'orienter notre développement professionnel en fonction de notre travail futur ou des domaines dans lesquels nous voulons le plus nous perfectionner. (Marie-Hélène, R1)

Longueur de la résidence inversement proportionnelle à l'intensité et offrir une résidence personnalisée. (Martin, R2)

Même si la diminution de la durée de la période de garde est une solution choisie par 52,6 % des répondants, un bémol est émis quant au fait que c'est un moment d'apprentissage important.

Les gardes font partie des moments où l'on apprend le plus donc pas à diminuer. (Mélissa, R1)

Par ailleurs, une augmentation de l'autonomie du résident est retenue comme solution par 41,6 % des résidents et se doit d'être conjuguée avec un cadre plus clair.

Cadre plus clair de travail, avec un peu plus d'autonomie. (Martin, R2)

Pour les résidents en retour de congés de maladie ou de maternité, au-delà de l'accès à un stage non contributoire⁹⁵, certains résidents abordent la possibilité d'effectuer un retour progressif ou de pouvoir prendre le temps de mettre en place, individuellement, des stratégies de régulation.

Au retour à la résidence, après une période d'arrêt, de permettre un retour semi-progressif au moins, je pense que ça serait tout à fait adéquat et beaucoup plus profitable. (Hugo, R2)

⁹⁵ Le résident qui revient d'un congé de maladie prolongé peut faire un retour à temps partiel. Ce retour à temps partiel ne permet pas de reconnaître le stage dans la formation. Le stage est alors nommé non contributoire.

S'il y a un retour de maternité avant 12 mois, offrir un stage par deux périodes pour permettre de travailler à temps partiel. Cela nous permettrait de revenir plus tôt et de rester allumées. Douze mois d'arrêt c'est très difficile à rattraper, mais à la fois très difficile à faire avant étant donné les conditions de travail que l'on connaît. (Maryse, R2)

Dans un monde meilleur, j'aurais eu le temps de développer des stratégies pour éviter que je vive toutes les difficultés que j'ai vécues. Il y en a des stratégies qui sont mises en place et ça je le sais, pour essayer de nous aider, mais qu'on est limité par le fait que pour qu'un stage compte, faut qu'on en fasse 75 %. (Daphnée, R2)

Des modifications à l'enseignement ont été abordées. La première modification étant d'intégrer la réalité du cabinet et de la pratique de la médecine de famille.

Ça manque peut-être dans la formation, qu'ils nous fassent travailler dans un vrai cabinet, mais en même temps c'est tellement différent les cabinets que ça serait difficile à ce qu'on ait une exposition, que tout le monde ait la même exposition, mais en même temps je pense ça serait bon qu'on voit comment ça fonctionne dans les petits bureaux, comment les gens s'organisent, de quoi ça a l'air quand tu es obligé de prendre en compte que c'est toi qui paye ta secrétaire, que tu as un rôle de gestionnaire. (Karine, R1)

Quelques-uns parlent aussi de réduire le nombre d'évaluations...

Moins d'évaluations. Nous sommes toujours évalués ! Un répit svp (Marilou, R2)

... de réduire le nombre de résidents pour faciliter l'apprentissage...

Dans un monde idéal, on serait moins de résidents, il y aurait plus de temps. (Jessica, R2)

... ou encore d'améliorer la qualité de certains cours.

Amélioration de la qualité des cours (sondage des besoins avant la préparation des cours). (Marc-André, R1)

Quant aux autres améliorations scolaires, plusieurs résidents aimeraient que la façon d'enseigner de certains superviseurs soit revue tant dans leur pédagogie que dans leur attitude.

C'est peut-être plus des patrons, la façon d'enseigner, que je dirais qui pourrait être améliorée. (Jessica, R2)

Amélioration des politiques d'enseignement et de la formation pédagogique des médecins ayant des résidents sous leur responsabilité afin de changer leurs attitudes d'enseignement ! (Michaël, R2)

Diminuer la pression sur les résidents de la part des superviseurs. (Marcio, R2)

Certains vont jusqu'à demander une formation obligatoire aux superviseurs avec une certification.

Formation obligatoire pour les patrons qui enseignent aux résidents et certification obligatoire. (Mark, R2)

Et d'autres proposent des mécanismes de dénonciation pour les superviseurs qui ne conviennent pas, comme c'est le cas dans certains milieux.

Mais quand c'est un nom de patron qui revient et que tout le monde a eu des problèmes avec ce patron, on rédige un petit mot, juste pour que les grands patrons soient au courant. (Fanny, R1)

Pour faciliter l'intégration des nouveaux résidents, certains indiquent qu'il serait pertinent et utile d'offrir un accueil en personne en début de stage

Accueil complet et en personne la première journée de stage dans les nouveaux milieux de stage (et non pas seulement par courriel ou par écrit, avec des documents à lire avant le stage). (Mireille, R2)

Il est reconnu par 60,4 % des résidents que la mise en place de groupes de soutien entre les pairs peut être envisagée. Malgré ces groupes de soutien, le résident se doit quand même d'agir et d'être proactif dans les situations qu'il peut changer.

On pourra toujours essayer d'améliorer la résidence en disant — « On va enlever des cours là, on va mettre plus d'encadrement, plus de ci », mais si la personne ne se sent pas à la hauteur ou la personne se sent toujours à la traîne, toujours en retard, ça va ne rien changer. (Ana, R2)

L'attribution d'un tuteur sénior à chaque résident est une autre solution choisie par une majorité de résidents (55,4 %). Ces tuteurs devraient être issus de l'équipe professorale et être présents dès l'externat.

Mentor pédagogique dans l'équipe professorale. (Mylène, R3)

Un tuteur patron dès l'externat. (Marie-Andrée, R1)

Lorsqu'il est question de la mise en place d'une formation obligatoire sur l'équilibre de vie, solution retenue par une faible proportion des résidents (32,6 %), certains y voient une perte de temps. De plus, cette démarche vise essentiellement à masquer les problèmes organisationnels et à ne pas s'intéresser aux problèmes qui ne concernent pas seulement les résidents.

Pas de formation sur l'équilibre de vie, perte de temps, car nous savons ce que nous faisons et qui nuit à notre équilibre de vie. (Mélissa, R1)

Ils nous donnent des cours, surtout au préclinique, des cours de pleine conscience, de méditation pleine conscience pour nous apprendre à relaxer [...] Et du même souffle, ils nous imposent un rythme de travail épouvantable avec des contraintes des fois, qui n'ont juste pas d'allure dans l'horaire. [...] Donc, j'ai l'impression que c'est comme juste du blanchiment de conscience de nous faire faire de la pleine conscience et de nous faire relaxer alors qu'ils nous imposent une charge de plus de travail pour nous faire relaxer. (Karine, R1)

La question de la concertation et de la collaboration entre tous les acteurs du réseau de la santé est un énoncé pour lequel 65,7 % des résidents se disent en accord. Dans leur discours, l'un des éléments de concertation est le respect de la convention collective.

Respect de notre convention collective. Plusieurs milieux de stage ne la respectent pas, quels recours avons-nous ? Pression de satisfaire les milieux, même s'il y a un non-respect de nos conditions, car sommes évalués par les mêmes personnes qui nous donnent des horaires ne respectant pas ces conditions. (Mélissa, R1)

En plus du respect de la convention collective, le soutien ou l'écoute reçus par les universités n'est pas à négliger.

Mais j'ai senti que [ma collègue] n'a eu aucun support de la Faculté étant donné que je l'ai croisée au secrétariat à un moment donné et elle disait qu'elle s'était absentée à un examen parce qu'elle avait une rencontre avec un psychologue et la secrétaire lui disait — « Bien non, mais le billet d'un psychologue, je ne peux pas prendre ça, ce n'est pas un billet médical là, donc non, ton examen est invalide ». (Karine, R1)

Même si on sait qu'il y a une ouverture dans le milieu, on n'y croit pas à cette ouverture-là parce qu'on est tellement habitués à être évalués tout le temps et on se le fait dire qu'on est évalués tout le temps et on a tous des exemples de gens autour de nous qui ont essayé de s'ouvrir sur leurs difficultés et que ça s'est retourné contre eux. (Daphnée, R4)

Dans la mesure où les instances universitaires ont offert du soutien ou de l'écoute, les résidents expriment que cela a été apprécié.

Je trouve qu'on est vraiment gâtés de ce côté-là parce que moi, j'ai eu à faire beaucoup avec la direction du programme de médecine en début de parcours de médecine à cause de mes problèmes de santé mentale puis j'ai tout le temps senti un très bon support, une très bonne écoute puis ça se faisait d'abord avec la directrice de programme (Hugo, R1)

Mais une fois qu'un résident est comme étiqueté un peu ayant des difficultés, bien là le milieu veut t'aider à t'améliorer, tout ça. (Jessica, R2)

Dans tous les cas, l'ensemble de ces changements organisationnels ne sont possibles qu'en changeant le système dans lequel toutes les personnes doivent mettre du leur.

Je pense que dans un monde idéal, oui, mais je pense qu'on arrive à un point où là, c'est peut-être moi qui est désabusée ou je ne sais pas, mais je me demande jusqu'à quel point il peut être changé le système. C'est tellement une grosse machine que je pense que pour changer le système, va falloir que ça passe par les individus. (Daphnée, R2)

4.9 Résultats émergents

Lors de l'analyse des résultats, cinq thèmes ont émergé tant à partir des données quantitatives que qualitatives. Par l'intégration par convergence, nous avons été en mesure de réaliser une analyse mixte de ces données. Ainsi, les thèmes émergents sont le choix de la médecine de famille comme spécialité, le choix du GMF-U, la profession des partenaires de rôle de la sphère personnelle, le sexisme vécu par les résidentes et les modifications législatives ayant eu cours durant la collecte de données.

4.9.1 Le choix de la médecine de famille comme spécialité

Comme premier thème qui a émergé, nous avons été en mesure de documenter quantitativement comment le choix ou le non-choix de la médecine de famille comme spécialité peut influencer les rôles exercés, mais surtout la qualité de vie et la santé.

Au niveau des rôles exercés en lien avec la résidence (*voir* tableau 4.9), les résidents dont la médecine de famille est un premier choix effectuent un nombre d'heures de soins médian plus élevé. De plus, la perception de leurs relations avec les superviseurs spécialistes est moins fréquemment empreinte d'épisodes de harcèlement et d'intimidation si la médecine de famille est choix intermédiaire plutôt qu'un dernier choix. A contrario, la reconnaissance venant des superviseurs des autres spécialités que la médecine de famille est plus fréquente si la médecine de famille est un premier choix comparativement à un dernier choix.

Tableau 4.9 Rôles exercés en lien avec la résidence selon le choix de la médecine de famille

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Nombre d'heures de soins médian (h)	Md=40	Md=26	NS	W=3581,5 (0,001)
Fréquence épisodes de harcèlement et d'intimidation des superviseurs spécialistes	NS	Md=1	Md=2	W=111 (0,002)
Reconnaissance des superviseurs spécialistes	$\bar{x}=2,38$ (SE=0,01)	NS	$\bar{x}=1,5$ (SE=0,24)	t(150)=2,62 (0,03)

Dans la sphère personnelle (*voir* tableau 4.10), il est possible de remarquer que les résidents pour qui la médecine de famille est un premier choix bénéficient de plus de temps libre que celles et ceux dont c'est le dernier choix. Pour celles et ceux qui obtiennent un choix intermédiaire lors du processus d'attribution du CaRMS, ils indiquent un nombre d'heures personnelles significativement plus élevé que pour tous les autres résidents. Par ailleurs, la proportion d'activités en compagnie des amis est moindre si la médecine de famille est un dernier choix par comparaison à ceux pour qui il s'agit d'un premier choix ou encore d'un choix intermédiaire. Plusieurs hypothèses pourraient être validées, dont le fait que les résidentes et résidents qui se trouvent à effectuer une résidence dans un choix moins désiré peuvent tenter de faire encore plus pour être en mesure d'améliorer leur dossier pour changer de choix de résidence.

Tableau 4.10 Rôles exercés non liés à la résidence selon le choix de la médecine de famille

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Nombre d'heures non liées à la résidence (h)	Md=20	Md=22	NS	W=23,5 (0,009)
	Md=20	NS	Md=8,5	W=204 (0,01)
Proportion des activités avec les amis (%)	10	NS	0	W=2854 (0,03)
	NS	15		W=42,5 (0,03)

Du point de vue de l'influence sur la qualité de vie et la qualité de vie au travail (voir tableau 4.11), il est aussi possible de remarquer qu'un dernier choix pour la médecine de famille entraîne une plus faible perception de la qualité de vie qu'un premier choix. Plus spécifiquement, la perception que la vie est agréable est aussi plus faible pour un dernier choix. Lorsqu'il est question de la satisfaction à l'égard des relations familiales, elles sont moindres pour un dernier choix et pour la satisfaction à l'égard des relations amicales, elles sont meilleures pour un premier choix. Dans un autre ordre d'idée, le fait de choisir la médecine de famille comme dernier choix entraîne une baisse de l'opinion de soi et de satisfaction de l'emploi.

Tableau 4.11 Perception de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail selon le choix de la médecine de famille

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Perception de la qualité de vie	$\bar{x}=3,4$ (SE=0,08)	NS	$\bar{x}=2,33$ (SE=0,33)	t(154)=2,69 (0,007)
Perception que la vie est agréable	$\bar{x}=3,75$ (SE=0,01)	NS	$\bar{x}=2,5$ (SE=0,25)	t(153)=3,88 (<0,001)
	NS	$\bar{x}=4,04$ (SE=0,06)		t(27)=5,41 (<0,001)
Satisfaction à l'égard des relations familiales	Md=4	NS	Md=2,5	W=123 (0,001)
	NS	Md=4		W=24 (0,01)
Satisfaction à l'égard des relations amicales	Md=4	NS	Md=2	W=180,5 (0,008)
Opinion de soi	$\bar{x}=3,45$ (SE=0,06)	NS	$\bar{x}=2,61$ (SE=0,29)	t(155)=2,63 (<0,001)
	NS	$\bar{x}=3,57$ (SE=0,16)		t(27)=2,83 (<0,001)
Satisfaction de l'emploi	Md=4	NS	Md=3	W=73 (<0,001)
	NS	Md=4		W=8,5 (0,001)

Le choix de la médecine de famille influence aussi les sentiments négatifs et l'anxiété (voir tableau 4.12). Ainsi, l'anxiété de performance cognitive et la perception des sentiments négatifs sont plus importantes pour ceux dont la médecine de famille est un dernier choix. En outre, un premier choix réduit la perception des erreurs médicales lors des transferts.

Tableau 4.12 Perception des sentiments négatifs selon le choix de la médecine de famille

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Anxiété de performance cognitive	Md=2,38	NS	Md=3,57	W=781,5 (0,005)
	NS	Md=2,25		W=117,5 (0,01)
Perception d'erreurs médicales lors du transfert	Md=2	Md=3	NS	W=89 (0,005)
		NS	Md=3	W=573 (0,01)
Perception de sentiments négatifs	Md=2	NS	Md=4	W=821 ($<0,001$)
	NS	Md=2		W=125 (0,001)

Le niveau de satisfaction de la santé fonctionnelle (*voir* tableau 4.13) se trouve aussi influencé par le choix de la spécialité. La médecine de famille comme dernier choix entraîne une satisfaction de la santé plus faible, une perception des douleurs physiques plus importante et une perception plus faible des habitudes de vie. Toutefois, la médecine de famille comme premier choix permet une meilleure perception de la capacité à réaliser les activités quotidiennes.

Tableau 4.13 Perception de la santé fonctionnelle selon le choix de la médecine de famille

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Satisfaction de la santé fonctionnelle	Md=4	-	Md=2,5	W=203,5 (0,02)
	-	$\bar{x}=3,87$ (SE=0,10)	$\bar{x}=3,64$ (SE=0,01)	t(27)=2,49 (0,02)
Douleurs physiques	Md=1	-	Md=2	W=668 (0,005)
Perception de la capacité à réaliser les tâches quotidiennes	Md=3	-	Md=2	W=201 (0,02)
		Md=2	-	W=26 (0,02)
Habitudes de vie	$\bar{x}=2,67$ (SE=0,06)	$\bar{x}=3,03$ (SE=0,17)	-	t(172)=-2,06 (0,04)
		-	$\bar{x}=2,00$ (SE=0,17)	t(155)=2,11 (0,04)
	-	$\bar{x}=3,03$ (SE=0,17)	-	t(27)=3,05 (0,005)

Finalement, le choix de la médecine de famille influence l'intention de quitter la profession médicale. Celles et ceux dont la médecine de famille est un dernier choix, ont une intention plus grande (Md=2, $\bar{x}=2,75$, SE=0,31) comparativement à celles et ceux pour qui c'est un premier choix (Md=2, $\bar{x}=1,75$, SE=0,01, W=1301,5, p.=0,003) ou un choix intermédiaire (Md=2, $\bar{x}=1,52$, SE=0,03, W=254, p.<0,001).

4.9.2 Le choix du GMF-U comme lieu de résidence

Au niveau des rôles liées à la résidence (*voir* tableau 4.14), les résidents dont le GMF-U est le dernier choix consacrent une proportion significativement plus grande de temps à l'étude. Un dernier choix de GMF-U entraîne aussi une plus grande fréquence d'épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens et spécialistes. D'un autre côté, un premier choix de GMF-U est synonyme d'une meilleure reconnaissance de la part des collègues. Cette reconnaissance facilite le climat de travail ce qui peut représenter un avantage considérable et être reconnu comme une possibilité de s'accommoder d'un choix non désiré.

L'UMF à laquelle je suis affiliée, bien qu'elle n'était pas mon premier choix, est pour moi, aujourd'hui, un modèle d'harmonie comme milieu de pratique et je souhaite ardemment retrouver ce même sentiment dans ma carrière future (Maude, R2)

Tableau 4.14 Rôles exercés en lien avec la résidence selon le choix de GMF-U

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Proportion de temps à l'étude (%)	Md=4,5	NS	Md=10	W=850 (0,009)
	NS	Md=5		W=333 (0,01)
Fréquence d'épisodes de harcèlement et d'intimidation des superviseurs omnipraticiens	Md=1	NS	Md=3	W=684 (<0,001)
	NS	Md=1		W=251,5 (<0,001)
Fréquence d'épisodes de harcèlement et d'intimidation des superviseurs spécialistes	Md=1	NS	Md=2	W=591,5 (0,002)
	NS	Md=1,5		W=213 (0,04)
Reconnaissance des collègues	$\bar{x}=3,02$ (SE=0,02)	NS	$\bar{x}=1,78$ (SE=0,29)	t(124)=3,16 (0,002)
	NS	$\bar{x}=2,77$ (SE=0,04)		t(48)=2,47 (0,02)

De plus, nous remarquons que l'ambiguïté de rôle est différente selon le choix du GMF-U ($H(2)=7,55$, $p.=0,02$). Pour les résidents dont le GMF-U est le premier choix, ils indiquent une moins grande ambiguïté ($Md=5,17$) que pour ceux dont le GMF-U est le dernier choix ($Md=4$, $W=227,5$, $p.=0,02$).

Pour les rôles qui ne sont pas liés à la résidence, dans le cas où le GMF-U est un dernier choix pour le résident, la proportion de temps accordé aux activités avec des amis sera moins importante ($Md=0$) que ceux pour qui c'est un premier choix ($Md=15$, $W=129,5$, $p.<0,001$) ou un choix intermédiaire ($Md=10$, $W=52,5$, $p.=0,002$).

Tout comme pour le choix de la médecine de famille comme spécialité, le choix du GMF-U influence la perception de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail (voir tableau 4.15). De plus, différents éléments sont influencés par le choix du GMF-U et peuvent être regroupés dans la catégorie de la qualité de vie. On retrouve alors la perception que la vie est agréable et la satisfaction à l'égard des relations familiales et amicales comme élément de la qualité de vie générale. Du côté de la qualité de vie au travail, les éléments sont la satisfaction de l'emploi, la satisfaction de la situation financière et la reconnaissance de la valeur du statut de résident. Dans tous les cas, un premier choix de GMF-U entraîne significativement plus de qualité de vie qu'un choix intermédiaire ou un dernier choix.

Tableau 4.15 Perception de la qualité de vie et de la qualité de vie au travail selon le choix de GMF-U

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Perception de la qualité de vie	$\bar{x}=3,45$ (SE=0,08)	NS	$\bar{x}=2,00$ (SE=0,40)	t(130)=3,72 (<0,001)
	NS	$\bar{x}=3,42$ (SE=0,13)		t(51)=3,64 (<0,001)
Perception que la vie est agréable	$\bar{x}=3,88$ (SE=0,01)	NS	$\bar{x}=2,5$ (SE=0,35)	t(129)=4,23 (<0,001)
	NS	$\bar{x}=3,57$ (SE=0,03)		t(51)=3,54 (<0,001)
	$\bar{x}=3,88$ (SE=0,01)		NS	t(170)=2,37 (0,02)
Satisfaction à l'égard des relations familiales	NS	Md=4	Md=2	W=56 (0,01)
Satisfaction à l'égard des relations amicales	Md=4	NS	Md=2	W=7,5 (<0,001)
Qualité de vie au travail	Md=4,33	NS	Md=3,33	W=278 (0,002)
	NS	Md=4,16		W=106 (0,005)
Satisfaction de l'emploi	Md=4	Md=2	NS	W=69 (<0,001)
Satisfaction de la situation financière	$\bar{x}=3,30$ (SE=0,02)	NS	$\bar{x}=2,00$ (SE=0,27)	t(130)=2,75 (0,007)
	NS	$\bar{x}=3,34$ (SE=0,05)		t(51)=2,79 (0,007)
Reconnaissance de la valeur du statut de résident	Md=3	NS	Md=1	W=60 (<0,001)
	NS	Md=3		W=23 (<0,001)

La perception de sentiments négatifs et les préoccupations pour les patients hors du contexte de la résidence sont plus importantes dans le cas d'un dernier choix de GMF-U (voir tableau 4.16). Du point de vue de la santé fonctionnelle, les résidents qui ont obtenu leur dernier choix de GMF-U recourent davantage à un traitement pour fonctionner au quotidien (Md=2,5) que les résidents pour qui il s'agit d'un premier choix (Md=1, W=630,5, p.<0,001) ou que ceux pour qui c'est un choix intermédiaire (Md=1, W=232,5, p.<0,001).

Tableau 4.16 Perception des sentiments négatifs selon le choix de GMF-U

	Premier choix	Choix intermédiaire	Dernier choix	Statistique (p.)
Perception de sentiments négatifs	Md=2	NS	Md=4	W=630,5 (0,002)
	NS	Md=2		W=211,5 (0,04)
Préoccupation pour le patient hors de la résidence ⁹⁶	$\bar{x}=2,40$ (SE=0,30)	NS	$\bar{x}=1,76$ (SE=0,01)	W=470,5 (0,02)

⁹⁶ Pour faciliter la comparaison, nous avons présenté les moyennes associées aux groupes, même si les données ne suivent pas une loi normale. Toutefois, la comparaison des groupes a été effectuée à l'aide du test de W de Mann-Whitney (Wilcoxon). Comme le test utilisé est basé sur une comparaison de rang des médianes, les valeurs des médianes peuvent être identiques. Dans ce cas-ci, les médianes sont de 2.

4.9.3 La profession des partenaires de rôle

Comme autre résultat émergent, nous avons observé certaines différences statistiques en fonction de la profession des partenaires de rôles de la sphère personnelle. Ces partenaires sont le conjoint, le père, la mère et un membre de la fratrie.

Comme le montre la figure 4.20, la très grande majorité des conjoints (70,19 %) occupent un emploi dans un autre secteur d'activité. Cette situation s'applique davantage aux femmes puisqu'il existe une différence très significative quant à la profession du conjoint en fonction du sexe des résidents ($t(147)=3,8551$, $p.<0,001$, $r=0,303$). Les hommes résidents sont plus souvent en couple avec des médecins que les femmes résidentes pour qui les conjoints travaillent surtout au sein d'autres secteurs d'activités.

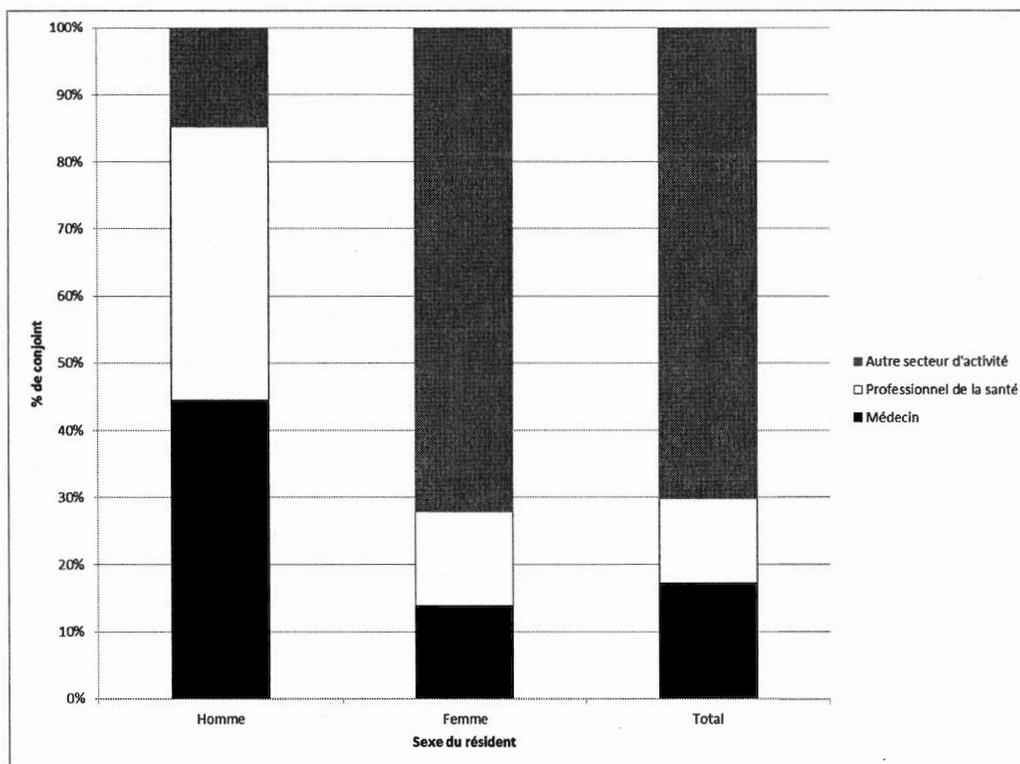


Figure 4.20 Profession des conjoints selon le sexe du résident

Cette différence selon la profession du conjoint montre une perception de la surcharge de rôle qui est plus élevée pour les résidents dont les conjoints travaillent dans d'autres secteurs d'activités que la santé ($\bar{x}=4,43$, $SE=0,03$) en comparaison à ceux dont les conjoints sont en soins infirmiers ($\bar{x}=3,17$, $SE=0,33$, $t(110)=-2,21$, $p.=0,03$, $r=0,206$) ou pour ceux dont les conjoints travaillent ou étudient en pharmacie ($\bar{x}=2,89$, $SE=0,37$, $t(110)=-2,69$, $p.=0,008$, $r=0,248$).

De plus, lorsque le conjoint est dans un autre secteur d'activité que la santé, les résidents présentent un niveau d'anxiété plus élevé ($Md=2,63$) que pour ceux dont le conjoint est en médecine ($Md=2$, $W=1923,5$, $p.=0,03$) ou que pour ceux dont le conjoint est en soins infirmiers ($Md=1,56$, $W=479$, $p.=0,02$). Ce niveau d'anxiété permet d'aborder la limite du soutien de la part de ces conjoints qui ne sont pas des professionnels de la santé. Certains résidents abordant l'incompréhension vécue par ces conjoints.

C'était peut-être un petit peu plus difficile et des fois, j'avais l'impression que [mon conjoint] ne me comprenait pas. (Chloé, R1)

Les amis aussi qui ont des copains ou des copines ou des conjoints qui ne sont pas en médecine, c'est beaucoup d'explications et de pourquoi. Des fois, [...], tu veux raconter ton histoire et ventiler sur ce qui s'est passé sans avoir à expliquer c'est quoi un préposé et c'est quoi un commis et pourquoi ce patron-là t'évaluait. (Laurence, R1)

Toutefois, si le conjoint ou la conjointe est infirmière, la consommation d'alcool du résident sera moindre ($Md=1$) que s'il travaille dans un autre secteur d'activité ($Md=2$, $W=468$, $p.=0,01$) ou encore s'il est médecin ($Md=3$, $W=28$, $p.=0,008$).

La situation à l'égard des personnes hors du milieu médical est aussi présente chez les parents puisqu'une grande majorité des parents ne travaillent pas dans le domaine de la santé (voir figure 4.21). On remarque que les pères sont plus nombreux à être médecins et les mères à occuper une profession de la santé autre que la médecine. Les membres de la fratrie sont beaucoup plus nombreux à travailler dans le domaine de la santé que les parents. Cette situation peut être une source d'incompréhension pour certains parents.

Des fois, admettons, je réponds à ma mère que je n'ai pas le temps de [la visiter dans une autre région] ou que je n'ai pas le temps de rappeler, parce qu'il fallait que j'étudie, je dois étudier plus et là, [ma mère] va me répondre que des fois dans la vie c'est important de se divertir, de relaxer et de te changer les idées [...] ça me fâche parce que ma mère n'aura jamais les horaires que j'ai et elle ne les a jamais eu. (Émilie, R1)

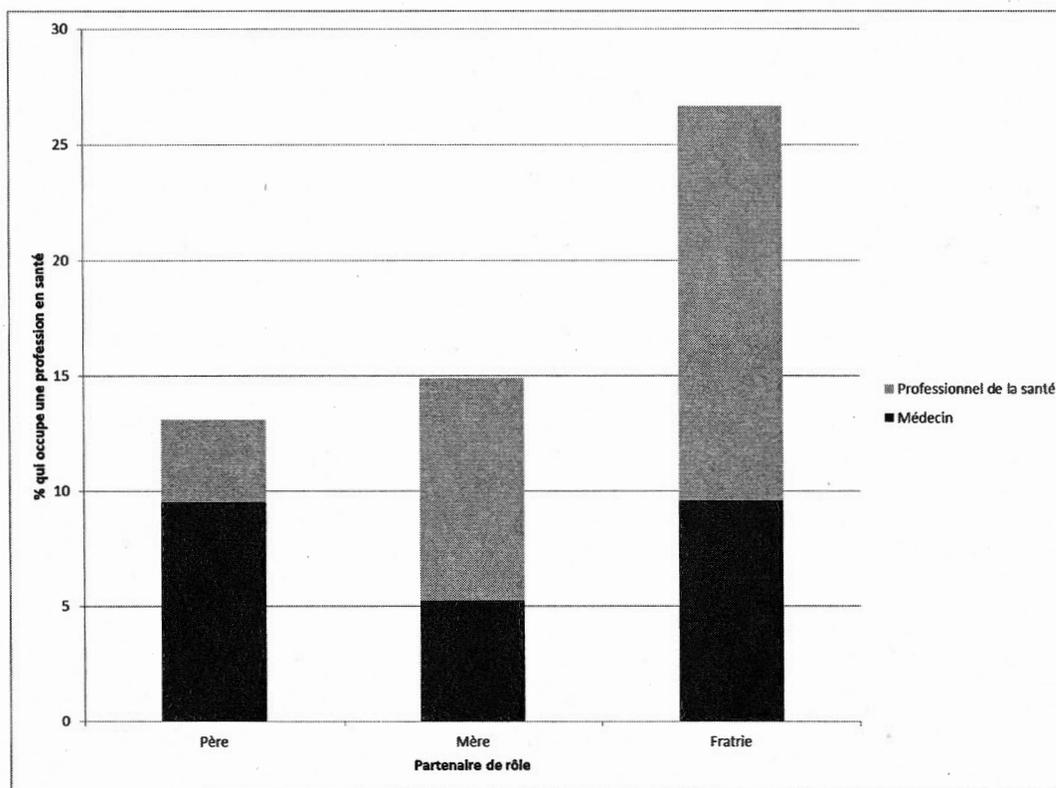


Figure 4.21 Proportion des parents et des membres de la fratrie qui sont professionnels de la santé

Malgré ces différences, la profession de la mère, surtout si elle travaille dans le domaine de la santé, permet de mieux accepter certaines contraintes de la résidence (voir tableau 4.17). À titre d'exemple, les résidents ont une perception de conflit de rôle inter-émetteur moins élevée, une plus grande satisfaction du temps personnel et de meilleures habitudes de vie si la mère est une professionnelle de la santé plutôt qu'une travailleuse d'un autre secteur d'activité. Une autre donnée qui a émergé et pour laquelle des explications sont à trouver se présente lorsque la mère est médecin, les résidents expriment être plus insatisfaits du temps consacré aux amis que pour ceux dont la mère travaille dans un autre secteur d'activité.

Tableau 4.17 Influences de la profession de la mère

	Médecin	Professionnelle de la santé	Autre secteur d'activité	Statistique (p.)
Conflit de rôle inter-émetteur	NS	$\bar{x}=3,75$ (SE=0,20)	$\bar{x}=4,50$ (SE=0,02)	t(152)=-2,07 (0,04)
Satisfaction du temps personnel	NS	Md=3,67	Md=2,67	W=481,5 (0,003)
Habitudes de vie	NS	Md=3,33	Md=2,67	W=483,5 (0,003)
Satisfaction du temps consacré aux amis ⁹⁷	$\bar{x}=2,1$ (SE=0,20)	NS	$\bar{x}=2,57$ (SE=0,20)	W=553 (0,01)

Du côté de la profession du père, l'influence se fait surtout sentir au niveau de la satisfaction des relations amicales et sur la perception des erreurs médicales. Lorsque le père est médecin, le niveau de satisfaction des relations amicales est plus faible (Md=3) que pour les pères qui travaillent dans un autre secteur d'activité (Md=4, W=1664,5, p.=0,02). Cette situation pourrait être explicable par la socialisation venant du père où l'enfant voit la charge de travail du père médecin et l'influence sur les relations amicales. Pour la perception à l'égard des erreurs médicales, elle est plus grande pour les résidents dont le père travaille dans un secteur d'activité autre (Md=2) que pour ceux dont le père est médecin (Md=1, W=1644, p.=0,004). Pour cette dernière donnée, la connaissance des possibles erreurs médicales pourrait expliquer cette plus faible perception.

⁹⁷ Pour faciliter la comparaison, nous avons présenté les moyennes associées aux groupes, même si les données ne suivent pas une loi normale. Toutefois, la comparaison des groupes a été effectuée à l'aide du test de W de Mann-Whitney (Wilcoxon). Comme le test utilisé est basé sur une comparaison de rang des médianes, les valeurs des médianes peuvent être identiques. Dans ce cas-ci, les médianes sont de 2.

Le dernier groupe de partenaire de rôle de la sphère personnelle correspond aux membres de la fratrie, soit les frères et sœurs de la résidente ou du résident. Comme présenté à la figure 4.21, ce groupe réunit un plus grand nombre de professionnels de la santé et un nombre équivalent aux pères pour ce qui est des médecins. La profession d'au moins un membre de la fratrie influence la perception de la qualité de vie et de la santé fonctionnelle ainsi que l'opinion de soi (*voir* tableau 4.18). Dans tous ces cas, lorsqu'un frère ou une sœur travaille dans les soins infirmiers ces données sont plus faibles comparativement aux membres de la fratrie qui sont d'autres professionnels de la santé. L'une des explications pouvant être que le statut social lié à la profession de chacun des membres de la fratrie influence ces perceptions. Comme les relations entre les médecins et le personnel infirmier sont plus fréquentes qu'avec les autres professionnels, cela pourrait expliquer une distinction plus marquée entre les statuts. Dans le cas des médecins dans la fratrie, une meilleure connaissance des attentes et exigences pourrait moduler les effets sur la santé et la qualité de vie. Pour les personnes travaillant au sein d'autres secteurs d'activité, la méconnaissance du milieu pourrait être en cause.

Tableau 4.18 Influences de la profession d'un membre de la fratrie

	Médecin	Soins infirmiers	Professionnel de la santé	Autre secteur d'activité	Statistique (p.)
Perception de la qualité de vie	NS	$\bar{x}=2,43$ (SE=0,34)	$\bar{x}=3,75$ (SE=0,20)	NS	t(24)=-3,04 (0,005)
	NS		NS	$\bar{x}=3,40$ (SE=0,02)	t(136)=-2,56 (0,01)
	$\bar{x}=3,50$ (SE=0,12)		NS	NS	t(17)=2,83 (0,01)
Opinion de soi	$\bar{x}=3,63$ (SE=0,18)	$\bar{x}=2,95$ (SE=0,30)	NS	NS	t(17)=2,17 (0,04)
Perception de la santé fonctionnelle	NS	$\bar{x}=2,43$ (SE=0,19)	$\bar{x}=3,79$ (SE=0,10)	NS	t(24)=-3,67 (0,001)
	NS		NS	$\bar{x}=3,66$ (SE=0,02)	t(134)=-3,20 (0,002)

Enfin, la profession du père ($H(4)=14,32$, $p.=0,006$) et celle d'un membre de la fratrie ($H(4)=11,58$, $p.=0,02$) influencent le nombre de journées de vacances prises par les résidentes et résidents. De ce fait, les résidents dont le père est médecin prennent plus de journées de vacances ($Md=2$) que ceux dont le père occupe un emploi dans un autre secteur d'activités ($Md=0$, $W=1063$, $p.<0,001$). Cette même comparaison s'applique aussi pour un membre de la fratrie. Si l'un des membres de la fratrie est médecin, le nombre de journées de vacances est plus élevé ($Md=2$) que pour ceux des autres secteurs d'activités ($Md=0$, $W=696,5$, $p.=0,01$). De plus, les résidents dont les frères et sœurs travaillent dans un autre domaine que la santé prennent moins de vacances ($Md=0$) que ceux qui côtoient d'autres professionnels de la santé ($Md=1$, $W=1056,5$, $p.=0,01$). Une connaissance du milieu et une utilisation stratégique des congés pourraient expliquer ces différences.

4.9.4 Les modifications législatives

Comme la collecte de données qualitative a été réalisée sur une période de deux ans, certaines modifications législatives provinciales ont été implantées durant cette période. Pour quelques participants, il a été possible de constater des différences entre les deux entrevues quant aux effets du dépôt des deux projets de loi 10⁹⁸ et 20⁹⁹ par le gouvernement du Québec. Comme le projet de loi 10 vise une réorganisation complète du réseau de la santé et des services sociaux par une diminution du nombre de structures, cette réorganisation est perçue par quelques résidentes et résidents comme une source de confusion et d'incertitudes.

Je pense que c'était une année particulièrement difficile à cause de la confusion du projet de loi 10 (Laurence, R1)

⁹⁸ Projet de loi 10 — *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

« Cette loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques, afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau. » (Assemblée nationale, 2015a)

⁹⁹ Projet de loi 20 — *Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.*

« Cette loi a pour but d'optimiser l'utilisation des ressources médicales et financières du système de santé afin d'améliorer l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. À cette fin, cette loi prévoit certaines obligations applicables à la pratique des médecins qui participent au régime d'assurance maladie du Québec. » (Assemblée nationale, 2015b)

Quant à lui, le projet de loi 20 génère une incertitude chez les résidents par rapport à leur avenir professionnel ou même à une modification dans leur pratique future qui pourrait être marquée par une absence de choix du lieu de pratique ou encore dans une spécialisation supplémentaire en médecine de famille.

L'incertitude liée à la pratique en médecine de famille telle qu'elle nous a été présentée depuis le début de nos études dans le contexte des politiques actuelles de Barrette¹⁰⁰ augmente grandement le stress des résidents. (Mélissa, R1)

Dans un monde idéal, si on n'était pas en projet de loi 20, si j'avais gradué il y a 10 ans, j'aurais aimé ça faire de l'urgence et de la prise en charge, pas juste de l'urgence, mais j'aurais aimé ça en faire. (Laurence, R1)¹⁰¹

Avec tout le projet de loi 20 et tout ça, ça débalançait beaucoup. Tout le monde était instable. Il n'y avait pas d'assurance et moi, je veux faire de l'hospitalisation, c'était clair. (Ana, R2)

Mais là, avec les nouveaux projets de loi, il y a plus de R3 en périnatalité. (Émilie, R1b)

Ces modifications législatives et l'incertitude qui plane sur eux amènent certains résidents à douter de leur choix de spécialité.

Si la loi 20 n'existait pas, ma carrière serait beaucoup mieux et je ne regretterais pas mon choix de spécialité. (Marie-Pierre, R2)

¹⁰⁰ M. Gaétan Barrette a été ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec du 23 avril 2013 au 18 octobre 2018. Il est l'instigateur et porteur de dossier pour les projets de loi 10 et 20.

¹⁰¹ Dans le contexte du projet de loi 20, le nombre de patients qui doivent être suivis par les omnipraticiens ne permet pas de combiner plusieurs types de pratique. Les directions régionales de médecine générale (DRMG) ont la tâche de distribuer et d'autoriser les types de pratique selon les besoins de la région.

Dans quelques cas, les résidents abordent des conflits au sein des équipes soignantes entre celles et ceux qui étaient en faveur des projets de loi proposés et ceux qui étaient contre.

Au sein de notre équipe d'UMF, il y a une ou deux personnes qui étaient pro loi 20, tout le reste était contre, donc cela a vraiment divisé les gens et moi, la personne qui était pour, à un moment donné, je travaillais beaucoup avec elle, très près, c'était comme mon mentor cette personne-là. (Ana, R2)

[Les projets de loi] ça s'est fait ressentir parce que, peut-être aussi que ça s'est fait ressentir dans l'ambiance de travail parce que c'était un stress pour tout le monde, c'était de la pression, c'était de la dévalorisation généralisée, donc je trouvais qu'après les fêtes, c'était une période difficile à l'UMF et j'avais l'impression que l'ambiance avait changée. (Chloé, R2)

En plus de la modification de l'ambiance de travail dû à ces modifications législatives, des résidents ont évoqué le jugement ressenti de la part des patients.

Ça me frustrait. Tous les efforts que je mets en ce moment, je suis ici jusqu'à 3 heures du matin, je ne dors plus, je suis stressée, j'étudie tout le temps et là, t'es en train de me dire que je vais faire un emploi où les gens vont me dire que je suis une profiteuse et une paresseuse ? (Ana, R2)

Malgré ces propos concernant les modifications législatives, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les années précédant et suivant l'entrée en vigueur des projets de loi.

4.9.5 Sexisme

Un dernier résultat émergent est la présence de comportements sexistes perçus ou vécus par les résidentes dans leurs différentes relations. Des résidentes ont abordé une différence entre le genre de certains superviseurs et celui des résidents. Les résidents hommes étant davantage pris au sérieux ou que les superviseuses féminines présentent des comportements non adéquats.

J'ai beaucoup de collègues qui ont l'impression que leurs pairs résidents ou externes, peu importe, sont souvent pris plus au sérieux par les patrons quand ce sont des garçons. (Laurence, R1)

Qu'est-ce qu'elle veut et c'est quoi les objectifs et comment tu veux que je fonctionne ? Et là [mon collègue] dit — « Ah, t'es avec Docteur unetelle », j'ai fait « ouais » et là, il dit — « Oh, c'est normal avec elle ». (Émilie, R1b)

Une résidente aborde même un manque de reconnaissance de la part des patients et de la famille des patients, principalement lié au statut de femme médecin. Ce statut de médecin est plus difficile à revendiquer, puisque les résidentes passent pour des infirmières jusqu'à preuve du contraire, même si elles portent les habits caractéristiques du médecin tels que le « scrubs ¹⁰² » ou le stéthoscope.

Même si la pagette et le stéthoscope et les « scrubs », je suis infirmière jusqu'à preuve du contraire. (Laurence, R1)

¹⁰² Les « scrubs » ou tenues de chirurgie correspondent aux vêtements utilisés pour certains actes médicaux, principalement chirurgicaux et qui peuvent être soumis à une stérilisation. Au Québec, des couleurs de ces vêtements fournissent une catégorisation des professionnels de la santé.

Finalement, le langage employé par certains résidents montre une division genrée du travail. Que ce soit d'avoir du soutien de professionnels de sexe féminin pour le travail administratif que pour les signes vitaux.

Avoir plus de soutien d'autres professionnelles pour le travail administratif et les signes vitaux, etc. (Mathieu, R1¹⁰³)

En résumé, les résultats émergents montrent que le choix de la médecine de famille comme spécialité, le choix du GMF-U et la profession des partenaires de rôle dans la sphère personnelle peuvent avoir une influence considérable sur la perception de la qualité de vie et de la santé. De plus, les modifications législatives ont entraîné certains questionnements, voire des incertitudes chez les résidents qui ont pu voir une différence entre l'avant et l'après réforme. Comme dernier point, certains comportements sexistes peuvent affecter les relations entre les résidentes et les superviseurs.

¹⁰³ Le commentaire de ce résident était écrit et n'a pas été transcrit par le chercheur.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous discutons des éléments similaires entre nos résultats et ceux identifiés dans les recherches précédentes, mais aussi des éléments novateurs qui ressortent. Tout d'abord, nous abordons le rôle unifié de résident qui entraîne une mise en veilleuse des rôles sociaux. Par la suite, nous discutons des différentes relations vécues par les résidents tant dans la vie professionnelle que personnelle qui confrontent et qui offrent aussi du soutien. Ces relations peuvent ainsi influencer la qualité de vie et la santé des résidents. Nous profitons du présent chapitre pour aborder l'effet du choix et du non-choix de la spécialité et du lieu de résidence. Finalement, nous traitons des différentes stratégies de régulation choisies par les résidents pour réussir à performer dans leur résidence.

5.1 Du rôle de résident à l'évacuation des rôles sociaux

Selon la Fédération des médecins résidents du Québec (2015), les résidentes et résidents occupent les statuts d'étudiant et de médecin. À titre d'étudiants, les résidents répondent aux attentes quant aux connaissances et aux habiletés techniques propres à la formation universitaire. En tant que médecins, ils offrent des soins à une population et répondent aux attentes prévues par les différents organismes de régulation de la pratique médicale (ex. le Collège des médecins du Québec). Lorsqu'il est question de la résidence, le discours des résidents ne démontre pas une distinction particulière entre les rôles exercés et encore moins entre les différentes sphères. Comme les soins aux patients représentent en moyenne 72,59 % des activités liées à la résidence, il devient difficile de scinder les rôles scolaires et professionnels dans le cadre de la résidence.

Les personnes rencontrées parlent d'un rôle unifié, celui de résident, qui recoupe tant les exigences et les attentes scolaires, administratives que les soins aux patients. Par l'identification à ce rôle, les résidentes et résidents lient leur identité sociale à leur appartenance à un groupe social principal. Étant donné que le groupe de référence est le même pour toutes les tâches réalisées et pour les attentes de rôle, le nombre d'heures de contact avec ce groupe de référence favorise une plus grande identification. Dans ce contexte, même si une personne occupe des rôles différents en fonction des différents groupes de référence (Hardy et Hardy, 1988), l'intégration à un groupe dominant où une personne s'identifie à un groupe qui a préséance sur l'appartenance à tous les autres groupes sociaux (Roccas et Brewers, 2002) est ce qui semble le mieux représenter la situation des résidentes et résidents.

L'identification et l'appartenance au groupe dominant, que représentent les résidents, permet d'affirmer sa distinction au statut d'étudiant en médecine et d'aspirer au statut de médecin tout en reconnaissant le rôle d'apprenant dans le cadre des soins aux patients. Cette appartenance permet de répondre à leur besoin d'existence, d'intégration et de valorisation (Lipiansky, 1992). Ils peuvent alors exister aux yeux des autres, d'être reconnus et d'avoir une valeur au sein du groupe.

Au-delà du rôle de résident, les rôles sociaux (conjoint, parents, amis, etc.) sont très brièvement abordés par les participantes et participants lors des entretiens, bien que la sphère personnelle soit une section à part entière du guide d'entretien. La faible présence de ces éléments dans le discours résonne avec le temps consacré aux activités non liées à la résidence ($\bar{x}=24,2$ h./sem.) qui correspond à moins de la moitié du temps consacré aux activités liées à la résidence ($\bar{x}=59,1$ h./sem.).

Les données recueillies concordent avec celles de certains auteurs (Edward et Puddester, 2011; Ratanawongsa, Wright et Carrese, 2007) qui indiquent que les résidents acceptent, durant leur résidence, de vivre un déséquilibre temporaire dans leur vie personnelle pour se concentrer sur leur vie professionnelle. Ce déséquilibre étant surtout temporel.

Malgré l'acceptation de ce déséquilibre, une insatisfaction a été documentée chez les résidents à l'égard de leur temps personnel. Chez les résidents interrogés, 51,67 % expriment qu'ils sont insatisfaits du temps accordé aux activités non liées à la résidence. L'analyse de cette insatisfaction du temps personnel montre que celles et ceux qui sont en couple ou qui ont des personnes à charge évoquent une plus grande insatisfaction que les autres résidents. En plus de cela, nos données montrent que la satisfaction du temps personnel influence la qualité de vie ($b=0,31$ $p.<0,001$) et la satisfaction du sommeil ($b=0,24$ $p.<0,001$). Ces données résonnent donc avec celles de Boulé et Girard (2005) qui énoncent que l'amputation du temps personnel pour terminer des tâches professionnelles, se répercute sur les tâches de la vie quotidienne ainsi que sur les activités de loisirs et sur la pratique de sports.

De façon générale, lorsque les résidents s'accordent du temps personnel, ils culpabilisent de ne pas être performants dans leurs tâches scolaires et de ne pas étudier, réviser ou faire des lectures en rapport avec la résidence. Ce sentiment de culpabilité a aussi été documenté par Boulé et Girard (2003). Par ailleurs, considérant le peu de temps disponible, ce sentiment de culpabilité les oblige à choisir entre les différents rôles et satisfaire à toutes les attentes des partenaires de rôle. Considérant qu'une personne exercera un rôle en fonction de l'ordre d'anticipation des conséquences (Stryker et Statham, 1985), lorsqu'il y a des enfants à charge, le sentiment de culpabilité mettra en relief les conséquences possibles de l'impossibilité de passer du temps de qualité en famille, surtout dans les semaines où la charge de travail est la plus intense.

Finalement, l'insatisfaction quant au temps personnel n'est pas étrangère au fait que les résidents effectuent presque la moitié moins d'activités entre amis qu'individuellement ou en couple. La difficulté de trouver des moments communs avec les amis est la principale raison évoquée. En outre, plusieurs auteurs (Edwards et Puddester, 2011; Reuben, 1983; Roman et Prévost, 2015; Tomioka *et al.*, 2011; Veasy *et al.*, 2002) s'entendent pour dire que la contrainte de temps, l'isolement social, la grande interférence entre le travail et la vie personnelle ainsi que la perte d'activités non reliées au domaine médical sont des éléments qui peuvent mener vers la dépression ou l'épuisement professionnel des médecins. Bien que nous n'ayons pas documenté la perception de la dépression ou l'épuisement professionnel des résidents en médecine de famille, l'ensemble de ces facteurs de risque ont été répertoriés chez les résidentes et résidents en médecine de famille.

5.2 Des relations qui confrontent et qui soutiennent

Pour plusieurs chercheurs (Firth-Cozens, 2003; Girard *et al.*, 1991; Tomioka *et al.*, 2011), les interactions avec les partenaires de rôles représentent un facteur de risque quant à la dépression. Tout comme pour les facteurs de risque précédemment cités, les interactions ont été documentées que ce soit avec les superviseurs, les autres membres de l'équipe soignante, les patients, mais aussi avec les partenaires de rôle de la sphère personnelle. Ces derniers partenaires de rôle ayant fait l'objet de peu de considération dans les recherches antérieures.

5.2.1 Avec les superviseurs pour un apprentissage sécuritaire

De tous les soins aux patients, près de la moitié (49,88 %) sont réalisées sous la supervision directe ou indirecte d'un superviseur. Nos résultats montrent que les interactions avec les superviseurs, tant omnipraticiens que spécialistes, sont caractérisées par la hiérarchie médicale, par une perception d'écoute déficiente de la part de certains superviseurs et par une difficulté pour certains résidents de pouvoir s'exprimer.

Comme le soulignent Olmos-Vega et Dolmans (2017), un environnement d'apprentissage sécuritaire doit faire appel à une équipe soignante et à des superviseurs qui sont ouverts au dialogue et qui sont intéressés par l'opinion des résidentes et résidents. Les propos des résidentes et résidents participants à la recherche démontrent un manque d'ouverture au dialogue et d'intérêt à l'égard de l'opinion des résidents rendant, de ce fait, l'environnement d'apprentissage moins sécuritaire. Les résidents expriment donc les contraintes qui sont liées à l'adoption de conduites spécifiques selon le superviseur, l'obligation de taire des commentaires ou d'éviter de s'affirmer auprès des superviseurs pour éviter des répercussions futures.

Au-delà de l'environnement d'apprentissage sécuritaire, les épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs ont été documentés. Cohen et Patten (2005), sans distinction pour le champ de spécialité des superviseurs, évaluent que 42,4 % des résidents indiquent avoir vécu un épisode de harcèlement ou d'intimidation. Pour notre part, nos résultats montrent que 22,28 % de ces épisodes concernent les superviseurs omnipraticiens et que 44,57 % sont liés aux superviseurs des autres spécialités. Cette grande différence, de près du double, entre les champs de spécialités permet de mettre de l'avant la présence de la hiérarchie médicale entre les omnipraticiens et les autres spécialités. De plus, l'incongruité de rôle, qui représente un certain choc de valeurs, est influencée par les épisodes de harcèlement et

d'intimidation perçus de la part des superviseurs spécialistes ($b=0,54$, $p.<0,001$). En présence de ce type de comportement de la part des superviseurs en spécialité, certains résidents optent pour des stratégies de régulation d'acceptation imaginaire ou de rationalisation de la situation au détriment de leurs valeurs (Maisonneuve, 2000). Ils choisissent ainsi de se dire que ce n'est qu'un mauvais moment à passer avec ces superviseurs et que ces derniers ne seront pas des collègues immédiats par la suite.

D'un autre côté, les épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens sont identifiés comme des facteurs explicatifs de l'ambiguïté de rôle ($b=-0,61$, $p.<0,001$) et de la surcharge de rôle ($b=0,41$, $p.=0,008$). L'ambiguïté de rôle peut s'expliquer par une fréquence plus élevée d'interactions avec les superviseurs omnipraticiens et par le fait que ces partenaires de rôle sont ceux qui dictent principalement les attentes de rôle aux résidents. En fonction de l'interprétation et de la perception de la communication de ces attentes, il est plus probable que des résidents perçoivent un manque de clarté des attentes dans les interactions ce qui peut être interprété comme des épisodes de harcèlement et d'intimidation et ainsi contribuer à l'ambiguïté de rôle.

Par ailleurs, les attentes provenant des superviseurs correspondent surtout aux conduites de soins à tenir. Ces conduites reflètent les normes véhiculées par les interactions sociales et qui définissent ce qui est acceptable ou non pour un groupe social donné. Ces conduites visent à une conformité aux normes par une coopération ou par une contrainte de la part des partenaires de rôles (Holder, 1998; Rimal et Real, 2003; Stryker et Statham, 1985). Comme l'indique Renaud *et al.* (2007), le rôle est caractérisé par des normes institutionnelles ou plus spécifiquement par des normes régulatrices selon lesquelles un comportement doit être adopté en fonction des lois et règles édictées par des organisations.

Les contraintes organisationnelles, issues des normes institutionnalisées, entraînent les résidents dans un dilemme entre leurs valeurs et celles promues par l'organisation. Ce dilemme étant documenté comme l'incongruité de rôle (Genest, 2012; Hardy et Hardy, 1988; Kahn, 1964; Maslach *et al.*, 2001; Quintin, 2011). Dans ce cas-ci, les règles et les valeurs proviennent des lignes directrices de soins, mais aussi des exigences des organisations de contrôle de la pratique médicale (ex. Collège des médecins). Ces attentes à l'égard des tâches à réaliser sont habituellement connues des résidentes et résidents puisqu'elles s'inscrivent en fonction des temps de résidence. Il arrive que certaines attentes ne soient pas claires (ex. méconnaissance d'un fonctionnement) ou qu'elles soient implicites ou inconnues (ex. habillement, cheveux).

Par ailleurs, l'incongruité de rôle peut mener à une souffrance éthique qui correspond à l'exigence de résultat qui est difficile à atteindre considérant les ressources disponibles ou qui se confrontent à certaines valeurs plus humaines de la médecine de famille. Ce conflit entre les valeurs permet d'expliquer l'importance du nombre d'heures total et de la proportion de soins aux patients avec des enseignements dans la perception d'incongruité de rôle. Par des soins avec des enseignements, les résidents sont en mesure de valider, avec d'autres partenaires de rôle, les exigences et attentes de rôles ainsi que des conflits éthiques pouvant en découler. Comme l'exprime Quintin (2011), ces conflits éthiques peuvent représenter un deuil par rapport à un idéal de soins rêvé. En partageant avec d'autres partenaires ce deuil, les résidentes et résidents sont en mesure de limiter l'incongruité de rôle.

Les interactions entre le résident et le superviseur dépendent aussi de l'interprétation par le superviseur des normes émises par les différentes organisations. De façon générale, les résidents expriment que les attentes sont claires et explicites, mais il arrive que certains superviseurs en fixent d'autres que celles prévues à la résidence. L'ajout de nouvelles attentes peut expliquer une perception de surcharge de rôle pour les résidents, surtout en ce qui concerne les soins aux patients qui dépendent d'une supervision plus soutenue ou constante.

Afin de faciliter les interactions avec les superviseurs, les résidents expriment qu'il est nécessaire de cerner le superviseur afin de connaître les conduites à tenir. En plus de cela, il importe pour certains de clarifier les attentes dès le premier contact avec un nouveau superviseur. En agissant de la sorte, les résidents négocient leurs rôles et les attentes associées pour être en mesure de jongler avec les exigences, de saisir les opportunités, d'obtenir de l'information concernant les attentes de rôle ou de réduire l'incertitude (Goode, 1966; Hardy et Hardy, 1988; Kadushin, 1981 in Wellman et Wortley, 1990; Lin et Westcott, 1991; Skinner *et al.*, 2003; Zhou *et al.*, 2016). Cette négociation permet aussi de reconnaître les positions de chacun et de définir au sein des relations le style d'échange qui sera approprié (Le Breton, 2012; Maisonneuve, 2000; Strauss, 1992). Ces actions permettent de favoriser un environnement d'apprentissage sécuritaire puisque les résidents agissent pour ne pas nuire à leurs apprentissages, aux enseignements reçus et aux évaluations. Toutefois comme il s'agit d'un contexte très régulé, l'exercice du pouvoir et l'autonomie des résidents se trouvent réduits et déterminés par les statuts et les rôles prévus selon la hiérarchie médicale. De ce fait, la structure hiérarchique favorise la dépendance des résidents à l'égard des superviseurs (Landry, 2012; Valiquette, 1997).

Malgré certaines difficultés vécues avec les superviseurs, la reconnaissance venant de leur part est nommée et documentée par plusieurs résidents. Les résidentes et résidents font état de la reconnaissance qui s'exprime par des commentaires positifs qui marquent une appréciation de leur autonomie et de leur motivation au travail. La reconnaissance est très différente en fonction du lieu de la résidence, mais aussi du nombre de résidents dans le même GMF-U. Un GMF-U de plus petite taille et qui est situé en région offre donc plus de reconnaissance que les plus gros GMF-U en milieu urbain¹⁰⁴.

Étant donné que cet élément est nouveau et qu'il n'est pas documenté par d'autres chercheurs, il est possible d'avancer que ces milieux permettent un apprentissage plus sécuritaire, surtout au niveau de l'apprentissage informel comme l'indiquent certains résidents. La reconnaissance de la part des superviseurs spécialistes, plus fréquente dans ces petits milieux en région, viendrait offrir un environnement d'apprentissage sécuritaire par une diminution du risque ou de l'anticipation d'événements humiliants. De plus, cette reconnaissance permet aux résidents d'être reconnus comme tels et de se sentir valorisés (Paugman, 2009).

Comme dernier point concernant les relations avec les superviseurs, celles et ceux qui aplanissent la hiérarchie médicale, qui considèrent les résidents comme des pairs et qui favorisent l'autonomie sont perçus comme des modèles de rôle. L'apport des modèles de rôle se fait surtout ressentir dans le développement personnel et dans les choix professionnels des résidents à l'égard de leur pratique future ce qui correspond aux recherches antérieures (Goldie, 2012; Hughes, 1956; Pratt *et al.*, 2006). En contribuant aux apprentissages complémentaires sans réelles portées médicales, les modèles de rôle

¹⁰⁴ Un GMF-U en milieu urbain correspond à un GMF-U qui se trouve dans la même ville que l'université d'attache.

s'inscrivent dans le curriculum caché, soit l'ensemble des actions de socialisation qui permettent de comprendre la culture organisationnelle, mais aussi de faciliter l'intégration dans le domaine médical (Hafferty, 1998; Lempp et Seale, 2004).

Notre étude montre que les superviseurs qui agissent comme modèles de rôle en médecine de famille sont celles et ceux qui ont un profil de pratique similaire à celui auquel aspirent les résidents. Ces résultats sont contraires à ceux documentés par bon nombre de chercheurs et qui font état du choix des modèles de rôle selon le genre des modèles. Pour ces auteurs, les hommes sont choisis pour les tâches techniques alors que les femmes le sont pour leurs qualités interpersonnelles (Brownell et Côté, 2001; Ficklin *et al.*, 1988; Firth-Cozens, 2003; Goldie, 2012; Lempp et Seale, 2004; Riese *et al.*, 2017; Skeff et Mutha, 1998; Weber, 1983; Wilson *et al.*, 2013; Wright, 1996; Wright *et al.*, 1998).

Nos résultats permettent de renforcer le fait que le rôle du résident est une intégration à un groupe dominant. À l'instar de Roccas et Brewers (2002), la femme médecin se définit davantage à son groupe professionnel qu'à son genre.

5.2.2 Avec les autres partenaires de rôle au travail

Alors que les superviseurs jouent un rôle officiel dans l'évaluation des résidentes et résidents, les autres professionnels de la santé influencent de façon officieuse l'évaluation. C'est notamment le cas de l'équipe soignante qui peut agir sur les attentes de rôle des superviseurs et par le fait même sur la surcharge de rôle du résident. De part leur rôle dans le maintien du climat de travail, mais aussi des commentaires qu'ils peuvent émettre, les membres de l'équipe soignante peuvent avoir une incidence sur les conflits de rôle inter-émetteur auxquels sont exposés les résidents.

Par souci de préserver le climat ou pour éviter des problèmes, les résidentes et résidents expriment qu'ils marchent sur des œufs ou même qu'ils ne doivent pas remettre en question l'expertise de ces professionnels. Comparativement à Cohen et Patten (2005) pour qui les épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part du personnel infirmier sont vécus par 55 % des résidents, nos résultats montrent une fréquence un peu plus faible soit de 41,3 %. Il est à noter que nos données concernent l'ensemble des professionnels de la santé qui composent l'équipe de soins, tels que les préposés aux bénéficiaires, les ergothérapeutes, physiothérapeute, etc.

Pour ce qui est des collègues résidents, ils représentent de façon générale une source de soutien importante. Nos données montrent que 94,67 % des résidents reçoivent de la reconnaissance des résidents de la même année qu'eux ou de ceux qui sont juniors. En plus d'offrir de la reconnaissance, ces résidents offrent du soutien au niveau des groupes d'étude pour valider certains acquis ou même pour se comparer ce qui correspond à une forme de soutien instrumental en présence d'un manque d'information (Saint-Charles et Mongeau, 2009).

Deux éléments peuvent influencer le soutien reçu de la part des résidents seniors, soient l'année de résidence et la spécialité des résidents seniors. Nos données quantitatives montrent que les résidents de deuxième année en médecine de famille offrent un soutien et une reconnaissance qui fait appel à l'affinité entre les partenaires de rôle. Comme l'exprime Maisonneuve (2000), cette affinité n'exigera pas une affection considérant que cette relation est surtout basée sur des critères instrumentaux comme l'entraide. Toutefois, comme l'entourage de résidents est concerné par la même situation, il est plus probable qu'un développement des liens forts s'opère et que des stratégies de régulation similaires soient adoptées (Gottlieb et Wagner, 1991; Wellman et Wortley, 1990).

L'aide reçue de la part des résidents de deuxième année vise surtout à mieux connaître le milieu, les attentes et les exigences du rôle. Compte tenu de leur apport de nouvelles informations, ces résidents seniors représentent un réseau cognitif ou lié à la tâche (Saint-Charles et Mongeau, 2009). Cela est d'autant plus applicable dans le contexte de la formation en médecine de famille qui ne débute que lors de la résidence. Les vastes connaissances requises et la relation à long terme avec le patient représentent une réalité nouvelle que les résidents découvrent pour la première fois. Lors de la formation prédoctorale, les étudiants en médecine n'ont pas de contacts avec ces caractéristiques de la médecine de famille (Rodriguez *et al.*, 2015).

Cohen et Patten (2005) montrent une différence statistique en fonction de l'appartenance à la même spécialité entre les résidents juniors et les résidents seniors. Bien qu'une utilisation exclusive de nos données quantitatives ne permet pas de valider cette affirmation, nos données mixtes peuvent pointer dans le même sens. Les résidents seniors qui sont une source d'intimidation ou de harcèlement pour 17,78 % des répondants correspondent surtout aux résidents dans les autres spécialités puisque les données qualitatives montrent que ces résidents tentent de rabaisser leurs collègues aux yeux des autres et surtout auprès des superviseurs en spécialité. Cette situation se trouve plus difficile considérant que les résidents seniors peuvent se trouver dans une relation hiérarchique où ils sont en mesure de superviser la tâche des résidents dans certaines spécialités.

Comme dernier partenaire de rôle dans la sphère professionnelle, on retrouve les patients et les familles des patients. La reconnaissance venant des patients est identifiée, tant par d'autres chercheurs (Richardson et Burke, 1991; Wallace et Lemaire, 2007) que par nos résultats comme une source de satisfaction et de motivation au travail et comme un facteur qui influence positivement la perception de la qualité de vie ($b=0,18$, $p=0,002$). Comme l'indiquent Pitkala et Mantyranta (2003), la rétroaction des patients permet de définir l'identité professionnelle.

Néanmoins, 41,85 % des résidents indiquent avoir subi un épisode de harcèlement ou d'intimidation de la part des patients ce qui ressemble aux données de Cohen et Patten (2005) qui ont répertorié un taux de 45,3 %. Nos résultats montrent, par ailleurs, que le genre du résident semble influencer ces épisodes. Cet effet de genre a été répertorié par Pitkala et Mantyranta (2003) qui énoncent qu'il est plus facile pour les hommes de s'intégrer puisqu'ils bénéficient d'un soutien des infirmières qui les confirment dans le rôle de médecin, ce à quoi les femmes ont moins accès. Alors que les résidentes en médecine de famille au Québec, compte tenu de cégep, sont plus jeunes que dans le reste du Canada, ce plus jeune âge pourrait que les jeunes femmes médecins sont davantage considérée comme des infirmières et qu'elles peuvent subir des épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des patients. Malgré cela, ce sont les résidents de deuxième année, donc légèrement plus âgés et plus expérimentés qui font le plus état de ce type d'épisodes.

5.2.3 Avec les partenaires de la sphère personnelle

Alors que le temps passé avec les partenaires de la sphère personnelle est moindre que pour celui passé avec les partenaires de la sphère professionnelle, les résidentes et résidents expriment tout de même une bonne qualité de leurs relations personnelles. Bien que la fréquence des interactions est nécessaire au développement et au maintien des relations et plus spécifiquement de liens forts (Gottlieb et Wagner, 1991; Lazega, 2014; Wellman et Wortley, 1990), la qualité des relations semblent dépendre

de la mise en veilleuse des relations durant la période de résidence. Cette situation permettrait ainsi aux résidentes et résidents de ne pas changer leurs relations et de les percevoir comme étant encore très bonnes.

Tel qu'exprimé par Reis *et al.* (2000), pour favoriser le développement de relations, les personnes doivent avoir l'occasion de discuter de sujets personnels, mais aussi de participer à des activités partagées, plaisantes et agréables. Considérant le peu de temps des résidents pour développer des liens durables et solides avec les collègues résidents, la protection et la reconnaissance que peut offrir le réseau social composé de relations de proximité n'est pas négligeable. Bien que Degenne et Lebeaux (2005) indiquent que le renouvellement des réseaux non familiaux, en début d'âge adulte, est favorisé par la mobilité géographique et par un niveau de scolarité élevé, ce qui est le cas pour les résidents, le fait d'avoir peu d'activités sociales et de ne pas pouvoir découvrir les qualités personnelles des collègues limitent le développement de nouvelles relations. Dans ce cas, les relations qui persistent sont celles qui permettent des échanges où la confiance, la confiance et un passé commun partagé sont présents (Bourdon, 2011). De ce fait, les relations de la sphère personnelle qui sont moins fréquentes pour les résidents persistent davantage.

Les partenaires de rôle de la sphère personnelle (conjoint, famille, amis) sont considérés par les résidents comme des sources importantes de soutien. Pour ces partenaires, les chercheurs indiquent surtout qu'il s'agit de soutien émotionnel et d'estime qui s'expriment sous la forme d'écoute, de soins et d'affection (Carver *et al.*, 1989; Fraser, 1990; Gottlieb et Bergen, 2010; Habermas, 1978; Kosciulek, 2007; Paugam, 2008; Wellman et Wortley, 1990). Les résidents rencontrés expriment qu'il peut être difficile de recevoir du soutien émotionnel et d'estime de la part des partenaires de la sphère personnelle. La principale raison est l'incompréhension du milieu médical par les partenaires qui ne sont pas issus du

domaine de la santé. Avec ces personnes, il est difficile pour la résidente ou le résident de s'exprimer sur les situations vécues, puisqu'ils doivent tout expliquer et contextualiser. Par exemple, ils doivent expliquer le rôle de chaque membre de l'équipe ou encore les raisons de tels gestes. Dans la situation où les partenaires ne connaissent pas le milieu, il devient plus difficile d'obtenir du soutien en lien avec le travail réalisé.

En situation de recherche de soutien, il est reconnu que les partenaires offrent davantage de soutien social si leurs actions sont complémentaires à une stratégie basée sur une résolution de problèmes (Carver *et al.*, 1989; Eckenrode, 1991). Dans la mesure où les partenaires ne comprennent pas bien la situation ou encore qu'ils proposent des solutions aux problèmes qui sont peu adaptées au contexte ou qui peuvent être rejetées par le résident, le soutien émotionnel ou d'écoute peut être difficile à obtenir de leur part.

Comme le soutien avec les partenaires de la sphère personnelle peut représenter une tâche exigeante, les résidents limitent la recherche de soutien auprès d'eux. C'est ainsi que Boulé et Girard (2003) parlent du fait de ventiler avec des amis en médecine comme solution pour composer avec les difficultés rencontrées dans le cadre de la résidence. Cela rappelle ce que Gottlieb et Wagner (1991) expriment à l'égard du faible soutien de la part du partenaire de vie qui oblige la personne à rechercher du soutien auprès de personnes rencontrées ou côtoyer dans le cadre du travail.

Toutefois, les partenaires de la sphère personnelle pourront offrir du soutien, principalement quand le résident se trouve en présence d'une situation d'ambiguïté où un trop grand nombre d'informations est disponible. Comme l'expriment Saint-Charles et Mongeau (2009), dans ce type de situation, les personnes font appel à leur réseau qui peut être qualifié d'« affectif » et pour lequel les partenaires de rôle offrent un soutien émotionnel ou d'écoute dans un contexte où les résidents ont déjà l'ensemble de l'information.

L'analyse des données à l'égard de la profession du conjoint, lorsque celui-ci est en médecine¹⁰⁵, montre une réduction de la perception de la surcharge de rôle. Au contraire, si le conjoint travaille dans un autre domaine, l'anxiété de performance cognitive s'en trouve plus élevée. Pour expliquer l'apport de la profession du conjoint sur ces deux éléments, il convient de se référer aux facteurs explicatifs de l'anxiété de performance cognitive (voir figure 4.8). Cette représentation graphique montre que la perception de sentiments négatifs et la perception de l'opinion de soi sont deux facteurs qui expliquent simultanément la surcharge de rôle et l'anxiété de performance cognitive. De plus, la surcharge de rôle influence l'anxiété de performance cognitive.

Dans ce contexte, un conjoint en médecine peut agir sur les sentiments négatifs et l'opinion de soi puisqu'il compose le réseau « affectif » (Saint-Charles et Mongeau, 2009) et qu'il offre un niveau de confiance élevé et un soutien par rapport à la réalité de la médecine de famille qui représente une somme trop importante d'informations. De plus, ce conjoint fournit de la protection et de la reconnaissance par l'affectivité dans la relation (Paugman, 2009). Étant donné que nos données montrent que les femmes ont significativement plus de conjoints dans un autre domaine que la santé et que les relations de proximité sont celles qui offrent un meilleur soutien émotionnel (Gottlieb et Bergen, 2010), les femmes peuvent alors être davantage isolées ou ne pas avoir accès à du soutien dans le quotidien de leur foyer.

Même si une très faible proportion (entre 5,24 % et 9,52 %, voir figure 4.21) des résidents interrogés a des parents ou un membre de la fratrie qui est médecin, la profession médicale de ces partenaires de rôle influence plusieurs aspects. Ainsi, un père médecin entraînera une diminution de l'anxiété de performance cognitive. Pour les répondantes et répondants dont l'un des membres de la fratrie est médecin, ils

¹⁰⁵ Le conjoint est médecin dans 17,3 % des cas (n=36).

rapportent une meilleure opinion d'eux-mêmes, une meilleure perception de leur qualité de vie et de leur santé. Si le père ou un membre de la fratrie est médecin, les résidents prendront plus de journées de vacances. Par ailleurs, une mère qui occupe un emploi dans le domaine de la santé autre que médecin favorise la satisfaction du temps personnel ainsi que les meilleures habitudes de vie.

Toutes ces données nous permettent de documenter la socialisation familiale. Comme l'exprime Dubar (2003) la socialisation correspond à une intériorisation des valeurs, des normes et des dispositions qui font de l'individu un être socialement identifiable. La socialisation permet ainsi d'acquérir des connaissances spécifiques à un rôle sous forme de vocabulaire, de champs sémantiques ou de conduites et d'être préparé à rencontrer les exigences établies par un groupe social pour y effectuer les comportements attendus (Berger et Luckman, 1966/2014; Brim, 1960). Comme la socialisation primaire est la première socialisation vécue par l'enfant en regard des proches immédiats, surtout la famille, la construction ou la consolidation de l'identité sociale permet une meilleure expression de l'identité et de la prise de rôle. En plus d'une individualisation grâce à laquelle il devient membre de la société, la socialisation secondaire est l'acquisition de connaissances ou de compétences spécifiques à un rôle (Dubar, 2003; Maisonneuve, 2000).

Dans la mesure où un membre de la famille travaille dans le domaine de la santé, il est plus facile pour le résident d'acquérir le vocabulaire, les conduites ou les comportements attendus. Tel que le souligne Hurley-Wilson (1978), la socialisation est un processus interactionnel. Ainsi, par des interactions entre le résident et des personnes issues du domaine, et qui possèdent les connaissances spécifiques, la socialisation est alors facilitée. Comme la présence d'un membre de la famille permet de réduire l'anxiété de performance cognitive, d'augmenter l'opinion de soi et de la qualité de vie et d'opter pour des stratégies de gestion de congé, cela suggère que la socialisation fournit une connaissance à l'égard des attentes et des effets de ces attentes

durant le parcours de formation. De surcroît, le processus de socialisation s'effectue par un maintien, une modification et une restructuration de la réalité en utilisant des contre-définitions qui ne font qu'augmenter le processus de structuration (Berger et Luckmann, 1966/2014).

5.3 Des relations et des conflits de rôle

Tel qu'exprimé par Baszanger (1981), la formation médicale peut entraîner des conflits de rôle, de l'ambiguïté ou de l'incongruité étant donné que les statuts d'étudiant et celui de jeunes professionnels, ainsi que les rôles associés, peuvent être discordants. Alors que cette auteure et bien d'autres se sont intéressés aux conflits entre les statuts d'étudiants et de jeunes professionnels sur la base des caractéristiques de l'environnement et du travail, la présente thèse permet aussi de documenter les relations avec les partenaires de rôles et leurs influences sur les conflits de rôles vécus (voir figure 4.11).

Dans la mesure où les relations de pouvoir au sein de la profession médicale sont influencées par de multiples lignes d'autorité et par une hiérarchie médicale et une hiérarchie administrative (Rizzo, House et Lirtzman, 1970; Zawacki, 1963), la réponse aux attentes des partenaires de rôle suivra une priorisation qui tient compte de ces rapports de pouvoir, mais aussi des rapports de place (Hardy et Conway, 1988; Kahn, 1964; Maisonneuve, 2000; Truchot, 2015). En plus de la priorisation des attentes qui peuvent dépendre des partenaires de rôle, la grosseur et la complexité de l'organisation, mais aussi la structure sociale modifient l'interprétation des rôles, de leurs attentes et de leurs exigences de la part de la personne en rôle.

Étant donné que les superviseurs omnipraticiens sont les partenaires de rôle les plus présents dans la formation médicale des résidentes et résidents en médecine de famille, il va de soi que les résidents priorisent les demandes de ces superviseurs. En agissant de la sorte, ils limitent les conflits de rôle provenant d'une discordance des attentes ou des conduites de rôles difficilement compatibles qui peuvent provenir d'un même partenaire de rôle (intra-émetteur) ou de plusieurs partenaires de rôle (inter-émetteur).

Considérant que les superviseurs omnipraticiens peuvent ajouter de nouvelles attentes aux résidents dans un contexte particulier ou encore restreindre le temps de réponse aux attentes, cela peut mener à une surcharge de rôle, soit à une difficulté de répondre à toutes les attentes prévues dans un rôle ou de répondre à trop d'attentes dans une période de temps limitée (Kahn, 1964; Örtqvist et Wincent, 2006; Truchot, 2015). Les relations avec l'équipe soignante, et plus spécifiquement le personnel infirmier peut aussi entraîner des conflits de rôle inter-émetteur si le résident reçoit des demandes incompatibles provenant de plusieurs personnes qui occupent des places différentes dans la hiérarchie médicale.

Étant donné que plusieurs attentes sont définies par le curriculum de formation, celles qui s'ajoutent en fonction du superviseur peuvent augmenter l'ambiguïté tant par un manque de clarté dans les attentes émises que par un manque d'information ou de ressources pour répondre aux attentes (Hardy et Hardy, 1988; Kahn, 1964; Rizzo, House et Lirtzman, 1970; Schulz, 2013; Zhou *et al.*, 2016). Cela est d'autant plus important si les résidents perçoivent ces demandes comme des épisodes de harcèlement ou d'intimidation ou qu'ils trouvent que les demandes sont exprimées de façon à leur faire perdre la face.

Par ailleurs, l'apport constant de nouvelles connaissances et l'incertitude médicale augmentent aussi l'ambiguïté de rôle (Bloy, 2008). Cette situation n'est pas étrangère à ce que Rodriguez *et al.* (2015) indiquent à l'égard de l'incertitude qui peut être vécue par les résidents en médecine de famille qui sont en contact pour la première fois avec ce champ de spécialité.

En ce qui concerne les relations avec les superviseurs spécialistes, la reconnaissance de leur part, qui peut moduler les conflits inter-émetteur, démontre que la hiérarchie médicale joue un rôle important. La perception d'épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs spécialistes augmente l'incongruité de rôle ce qui n'est pas étranger à la hiérarchie médicale et au classement des spécialités médicales. Dans le contexte où les contacts avec les superviseurs spécialistes peuvent faire émerger un conflit de valeurs entre les différentes spécialités médicales, ce conflit de valeurs ou le dilemme entre les valeurs personnelles et celles liées à un devoir ou à une aspiration professionnelle sont les principaux éléments qui expliquent l'incongruité de rôle (Genest, 2012; Hardy et Hardy, 1988; Kahn, 1964; Maslach *et al.*, 2001).

Finalement, un élément protecteur de la surcharge et de l'ambiguïté de rôle est la perception d'une bonne opinion de soi à l'égard des relations avec l'ensemble des partenaires de rôle. Comme cet indicateur augmente en deuxième année, il est possible de croire que le résident voit son opinion de soi-même augmenter et ainsi être en mesure de clarifier les attentes auprès des partenaires de rôle, de valider sa compréhension qu'il a de lui-même et de se comparer de façon plus objective avec les autres, sans trop se laisser atteindre par les commentaires des superviseurs ou d'autres partenaires de rôle.

5.4 Une santé et une qualité de vie dépendante des conflits de rôle et des relations

Plusieurs problèmes de santé et de qualité de vie découlant de conflits, d'ambiguïtés ou d'incongruïtés de rôle ont été répertoriés depuis environ 30 ans (Hardy et Hardy, 1988; Lee et Ashforth, 1996; Örtqvist et Wincent, 2006; Truchot, 2015). Parmi ceux que nous avons pu documenter dans nos résultats, on retrouve l'anxiété, les sentiments négatifs et certains symptômes dépressifs ou d'épuisement émotionnel ou professionnel. De plus, l'insatisfaction au travail qui peut être liée aux différents conflits de rôle peut aussi être alimentée par des tensions avec des partenaires de rôle qui s'expriment par une perte de confiance et de respect et par une diminution de la fréquence et la qualité des échanges (Hardy et Hardy, 1988; Kahn, 1964; Örtqvist et Wincent, 2006; Richardsen et Burke, 1991; Rizzo, House et Lirtzman, 1970; Schulz, 2013; Walker, Churchill et Ford, 1975).

En unifiant les rôles des sphères professionnelle et scolaire dans le rôle de résidents, les résidents peuvent percevoir une augmentation de leur surcharge de rôle. Les données récoltées nous permettent de voir que cette surcharge influence très significativement la qualité de vie ($b=-0,14$, $p.<0,001$) et l'anxiété de performance cognitive ($b=0,10$, $p.=0,008$). Alors que la surcharge se trouve elle-même influencée par les épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens et de l'équipe soignante, la perception de sentiments négatifs entraîne une augmentation de la surcharge de rôle et de l'anxiété de performance cognitive. Comme l'indique Pitkala et Mantyranta (2003), l'humiliation pouvant être vécue durant la résidence est une source d'anxiété. On remarque toutefois qu'une perception d'une bonne opinion de soi permet de réduire la surcharge de rôle et l'anxiété de performance cognitive. Ainsi, les résidents qui démontreront une plus grande assurance pourront avoir plus d'aisance à gérer des situations de surcharge ou d'anxiété.

Bien que Pomaki, Supeli et Verhoeven (2007) indiquent que l'adoption de saines habitudes de vie permet de compenser les effets des conflits de rôle sur les symptômes dépressifs ou encore l'épuisement émotionnel, les résidents en médecine de famille rencontrés ou interrogés dans le cadre de cette recherche montrent qu'il est difficile d'adopter de saines habitudes de vie, surtout lors des gardes. Comme cela est relativement difficile dans un contexte où la surcharge est connue, acceptée et qu'elle fait partie de la culture médicale, quelques-uns opteront pour une consommation de certaines substances pour faciliter le sommeil et de certaines autres pour tenter de rester éveillés. Les résidentes et résidents vivent alors dans un cycle où les effets des substances se contrecarrent ce qui permet de répondre aux attentes à court terme.

Finalement, même si nous n'avons pas explicitement documenté la dépression, l'épuisement professionnel ou les problèmes de santé psychosociale, nos résultats montrent plusieurs facteurs de risque qui ont déjà été identifiés par d'autres auteurs (Cathébras *et al.*, 2004; Degen *et al.*, 2014; Estry-Béhar, 2010; Estry-Béhar *et al.*, 2011; Maranda *et al.*, 2006; Roman et Prévost, 2015, Truchot, 2015). Les résidents en médecine de famille étant tout autant à risque que les autres résidents de développer ce genre de problèmes ou même d'être à risque de suicide.

5.5 Entre choix et non-choix de la médecine de famille

Comme présenté dans les résultats émergents (*voir* section 4.9), le choix ou le non-choix de la médecine de famille a une influence sur les relations ainsi que sur plusieurs variables liées à la qualité de vie et à la santé. Nos résultats concordent donc avec ceux de Young (1997) qui aborde qu'un jumelage à un programme non choisi peut entraîner une perte d'intérêt, une faible performance et une diminution des relations professionnelles. Nos données sont encore plus surprenantes du fait que seuls 3,2 % des répondants ont indiqué la médecine de famille comme dernier choix en comparaison aux 83,7 % qui en ont fait un premier choix.

À titre de rappel, lorsque la médecine de famille est un dernier choix, les relations avec les superviseurs spécialistes sont plus fréquemment marquées par des épisodes de harcèlement ou d'intimidation. Dans la sphère personnelle, la qualité des relations avec la famille et les amis s'en trouve affectée. Par ailleurs, les éléments qui ont été documentés à la baisse en fonction d'un dernier choix de spécialité sont : la perception de la qualité de vie, la perception de la vie agréable, l'opinion de soi et la satisfaction de l'emploi.

Ce non-choix augmente aussi l'anxiété de performance cognitive, la perception d'erreurs médicales et les sentiments négatifs. De plus, la santé fonctionnelle est concernée avec une augmentation de douleurs physiques, une diminution de la perception de la capacité à réaliser des activités quotidiennes et par une diminution de la perception de bonnes habitudes de vie.

De l'autre côté, un premier choix pour la médecine de famille est synonyme d'une augmentation de la reconnaissance des superviseurs spécialistes et de la satisfaction du temps personnel, mais aussi de la qualité de vie, de la qualité des relations amicales et familiales et de l'opinion de soi et de la satisfaction de l'emploi.

Pour expliquer ces éléments nouveaux, il convient de s'intéresser aux déterminants dans le choix de la spécialité médicale qui ont été documentés par plusieurs auteurs (Norredam et Album, 2007; Pianosi, Bethune et Hurley, 2016; Scott *et al.*, 2007; Scott *et al.*, 2011; Senf *et al.*, 2003; Wright *et al.*, 2004; Young, 1997). Ces auteurs ont identifié les politiques gouvernementales de distribution territoriale des médecins, les mesures incitatives ou dissuasives en regard de la rémunération, les déplacements migratoires des candidats ainsi que certaines variables sociodémographiques (âge et sexe) comme des déterminants du choix de la spécialité.

Pour certains autres chercheurs (Scott *et al.*, 2007; Scott *et al.*, 2011; Senf *et al.*, 2003; Wright *et al.*, 2004), des caractéristiques personnelles peuvent aussi influencer le choix de spécialité. Ils ont répertoriés que le potentiel de haut revenu, la sécurité financière et le prestige des spécialités chirurgicales, médicales ou de laboratoire sont en contradiction avec un niveau plus élevé d'incertitude, de connaissances nécessaires et d'engagement social de la médecine générale. Ces éléments étant même des raisons évoquées de rejet de la médecine de famille.

Comme l'étendue des connaissances requises en médecine de famille (Boulé et Girard, 2003; Senf *et al.*, 2003) peut représenter une source d'incertitude (Wright *et al.*, 2004), ces éléments peuvent être des contraintes ou des sources de stress supplémentaires qui peuvent impliquer une plus grande perception de la surcharge de rôle ou de l'incongruité de rôle. Même si nos résultats ne pointent pas directement ces deux éléments, la perception d'erreurs médicales lors des transferts, la diminution de l'opinion de soi, la perception de sentiments négatifs et l'augmentation des épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs spécialistes sont plusieurs variables qui sont liées à ces éléments (*voir* figure 4.6).

Selon Norredam et Album (2007), le prestige est une hiérarchisation subjective de perceptions collectives basée sur un respect, une admiration, ou une opinion favorable d'une profession. Dans le domaine médical, il est possible de départager chacune des spécialités médicales selon les caractéristiques générales de la spécialité (temps, efforts, habiletés, utilisation de la technologie, etc.), des patients (difficulté des cas) et des médecins (ex. genre). Ainsi, les spécialités avec le plus haut prestige sont celles qui requièrent des actions ou efforts physiques, des compétences et connaissances biomédicales spécialisées, qui font appel à une utilisation de technologies et qui concernent des organes situés dans la partie supérieure du corps humain pour des patients jeunes ou d'âge moyen. De plus, ces spécialités sont celles qui sont majoritairement pratiquées par des hommes (Norredam et Album, 2007).

En plus de représenter une plus longue période de formation et un accès plus restrictif, une spécialité ou une profession médicale plus prestigieuse apporte du capital financier, de l'influence et du pouvoir d'agir (Creed *et al.*, 2010, Scott *et al.*, 2007). Une profession prestigieuse augmente donc l'estime personnelle de celles et ceux qui l'occupent en plus d'entraîner des interactions sociales plus positives, un meilleur soutien social et des sentiments positifs. De plus, l'engagement à l'égard de l'emploi est plus fort pour celles et ceux qui occupent une profession prestigieuse (Fujishiro, Xu et Gong, 2010).

Comme l'indiquent Creed *et al.* (2010), la médecine de famille est moins prestigieuse puisque les professionnels qui y travaillent ne s'intéressent pas aux mêmes aspects médicaux que les autres professionnels quant aux soins aux patients. De plus, il s'agit d'une spécialité où le potentiel d'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle est plus élevé permettant aux professionnels de passer plus de temps avec leur famille. La différence entre ces spécialités amène Boulé et Girard (2003) à parler du dénigrement de la médecine de famille.

L'appropriation d'une identité ou d'une série d'identités doit prendre en compte l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs, mais aussi le choix ou l'exercice d'une profession, le degré de réussite, le statut socioéconomique (Dubar, 2013; Foote, 1951; Lipiansky, 1992). Dans le cas de nos résidentes et résidents, le non-choix de la médecine de famille peut être lié au fait qu'il s'agit pour eux d'une spécialité moins prestigieuse, qui représente un statut socioéconomique plus faible et un degré de réussite moindre. L'ensemble de ces situations peut modifier la perception de la personne sur ses propres capacités et sur son désir d'être associée à cette profession, ce qui peut même mener à une remise en question identitaire.

En outre, comme l'appartenance doit répondre aux besoins d'existence, d'intégration, de valorisation, de contrôle et d'individuation de la personne, un engagement plus fort à une profession prestigieuse entraînera un meilleur sentiment d'appartenance. Dans le cas contraire, une appartenance à un groupe social qui ne répond pas vraiment à ses besoins, surtout à ceux d'existence, d'intégration et de valorisation peut être plus difficile. Par ailleurs, le fait de se faire imposer un dernier choix permet de se questionner sur l'implication que cela a pu avoir sur le résident quant à l'appréciation de ses capacités et à la réalisation de ses désirs.

L'augmentation de l'anxiété de performance cognitive, des sentiments négatifs, des épisodes de harcèlement et d'intimidation ainsi que la diminution de l'opinion de soi montrent bien que les résidents qui réalisent leur résidence en fonction de leur dernier choix ne considèrent pas cette spécialité comme prestigieuse. Étant donné que nos données ne montrent pas de différences marquées pour le choix intermédiaire, si le résident considère la médecine de famille comme une spécialité prestigieuse, il pourrait vivre les mêmes bienfaits qu'un premier choix.

Comme dernier point, Young (1997) fait état du facteur humain qui influence le processus de sélection du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Ainsi, le candidat doit être en mesure de convaincre un directeur de programme quant à sa capacité de répondre à toutes les obligations de la spécialité désirée. Pour y parvenir, le candidat doit soumettre une lettre de motivation, des lettres de recommandation et participer à une entrevue avec le directeur de programme ou un comité de sélection. Cette capacité de se vendre pourrait être liée à l'opinion de soi et peut aussi expliquer que des résidents ne soient pas en mesure d'accéder à un premier choix de spécialité. Il devient alors difficile de savoir s'il y a une opinion de soi plus faible lors du dépôt de candidature ce qui oblige les résidents à se rabattre sur leur dernier choix ou si le fait d'être jumelé à un dernier choix entraîne des conséquences sur la perception de soi. Dans tous les cas, nos résultats montrent un lien significatif entre le choix de la spécialité et la perception de soi-même lors de la résidence.

5.6 Entre choix et non-choix du lieu de résidence

En plus du choix de la spécialité, une particularité québécoise est l'attribution d'un GMF-U pour réaliser la résidence qui s'effectue selon un choix des résidents. Le processus d'attribution de ces choix n'étant pas généralisé pour l'ensemble des universités québécoises, l'attribution du lieu est dépendante des règles de chaque faculté de médecine. Malgré cela, on remarque dans nos résultats plusieurs effets d'un dernier choix sur la qualité de vie et sur la qualité de vie au travail.

Les résidentes et les résidents, qui se trouvent à pratiquer dans un lieu qui correspond à un dernier choix, présentent une diminution de leur qualité de vie au travail. Cette qualité de vie est aussi influencée par la diminution de différentes variables, dont la satisfaction de l'emploi, la reconnaissance des superviseurs omnipraticiens et la valeur du statut de résident, mais aussi par une augmentation des épisodes de harcèlement et d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens, de l'ambiguïté de rôle, des

préoccupations à l'égard des patients en dehors des heures de soins et du temps d'études. Compte tenu de l'incertitude liée à un nouveau milieu, la recherche de soutien instrumental peut s'avérer plus difficile, ce qui se remarque par une diminution de la reconnaissance de la part des collègues.

De plus, les résidents dont le GMF-U est un dernier choix démontrent aussi une diminution de leur qualité de vie par une diminution de la perception de la vie agréable et une augmentation des sentiments négatifs. Cette diminution de la qualité de vie peut être explicable par un éloignement du réseau social, surtout si le résident est contraint à un GMF-U localisé à distance de son cercle amical ou familial. Une perte ou un éloignement du réseau social représente aussi une perte de soutien d'estime, émotionnel et instrumental (écoute, soins et affection) ce qui peut être une source de détresse pour les médecins (Dyrbye *et al.*, 2005; Hobfoll *et al.*, 1994).

Il convient ici de rappeler qu'en l'absence d'un partenaire de vie, la recherche de soutien s'effectue dans les engagements sociaux (Gottlieb et Wagner, 1991) ce qui peut être plus difficile à installer dans un nouveau milieu considérant le peu de temps disponible à l'extérieur du travail. Par ailleurs, les résidentes et résidents, qui se trouvent dans un GMF-U qui n'est pas choisi, expriment aussi qu'ils passent peu de temps avec les amis. Cette situation peut causer une diminution du soutien social. En effet, des contacts fréquents sont nécessaires au développement des liens forts, eux-mêmes essentiels pour un recours effectif au soutien social (Gottlieb et Wagner, 1991; Wellman et Wortley, 1990).

5.7 Aller au-delà des stratégies individuelles pour améliorer la résidence

En plus de toutes les stratégies de régulation individuelles pouvant être mises en œuvre par les résidentes et résidents (Boulé et Girard, 2003), certaines stratégies de renoncement peuvent être adoptées. À cet effet, il s'agit de s'accommoder de l'inconfort par une acceptation imaginaire ou une rationalisation de la situation (Maisonneuve, 2000). Les résidentes et résidents expriment donc que ce n'est qu'un mauvais moment à passer, qu'ils doivent se concentrer sur le positif ou sur les petites victoires durant la résidence. Malgré cela, l'intention de quitter la profession, qui a été documentée par Wallace *et al.* (2009), est exposée par 62,11 % des résidents, soit plus de 10 % de plus que ce que dit la littérature. Tout comme Roman et Prévost (2015), nos résultats montrent que l'insatisfaction de l'emploi et plus spécifiquement d'un stage est une des principales causes de cette intention de quitter. Par ailleurs, nos résultats montrent que la surcharge de travail, les échanges difficiles avec les superviseurs, les sentiments négatifs et une opinion défavorable de soi-même augmentent le recours à cette stratégie.

Au-delà des stratégies individuelles, relationnelles et de renoncement présentées dans les résultats, les résidentes et résidents évoquent certaines propositions d'amélioration de la résidence. Ainsi, ils expriment la nécessité d'avoir accès à des périodes de temps protégé pour réaliser des tâches médico-administratives, de l'étude ou encore des activités d'apprentissage, mais aussi pour être en mesure de gérer plus efficacement leur temps personnel ou même pour socialiser avec les autres résidents et ainsi avoir du soutien social au moment opportun.

De plus, en accord avec Rodriguez *et al.* (2015) qui expriment le caractère nouveau de la réalité de la médecine de famille lors de la résidence, les résidents expriment le besoin que la résidence représente leur pratique future. En pouvant perfectionner certains aspects de leur pratique, ils faciliteraient leur compréhension de cette nouvelle

réalité, puisqu'ils ne toucheront pas à l'ensemble des spécialités vues dans leur résidence que ce soit par choix ou par type de pratique. De ce fait, ils aimeraient pouvoir choisir leurs stages ou encore leur parcours de formation lorsqu'ils sont conscients que certains actes ne correspondent pas à leurs désirs d'engagement professionnel ou que les modifications législatives les empêcheront de pratiquer dans certains domaines.

5.8 Retour sur les objectifs de la recherche

Pour conclure notre discussion, nous considérons important de faire un rappel de nos objectifs de recherche énoncés à la section 1.5.2. Afin de répondre à notre premier objectif qui est de « décrire les statuts et les rôles durant la formation postdoctorale », nous sommes en mesure d'indiquer que la présence du rôle unifié de résident et l'évacuation des rôles sociaux sont empreints des exigences prévues dans les différents rôles et des attentes énoncées explicitement ou implicitement par les différents partenaires de rôles. Les relations avec ces multiples acteurs ont été documentées et permettent de voir que certaines peuvent être confrontantes alors que d'autres sont réconfortantes. Dans tous les cas, les partenaires de rôles influencent le parcours de résidence tant pour leur contribution à un environnement sécuritaire d'apprentissage et de travail que pour un soutien social nécessaire à ce que la résidence soit un moment agréable et que les résidentes et résidents s'accomplissent durant leur formation postdoctorale.

Notre second objectif qui est de documenter la santé et la qualité de vie ainsi que les interactions entre les statuts, les rôles, la santé et la qualité de vie montre que la santé et la qualité de vie sont liés aux conflits, à l'ambiguïté et à l'incongruité de rôle. Les éléments de sentiments négatifs, d'anxiété de performance, d'opinion de soi sont aussi à considérer lorsqu'il est question de la santé fonctionnelle et de la qualité de vie des résidentes et résidents en médecine de famille au Québec. Même si nos résultats ne

permettent pas de dresser un portrait de la détresse ou des effets négatifs sur la santé des résidents, nous sommes en mesure d'identifier des facteurs qui peuvent influencer négativement la santé et la qualité de vie.

Compte tenu de notre troisième objectif qui est d'identifier les stratégies de régulation choisies par les résidents durant la formation afin de réduire ou de limiter les impacts sur la santé et la qualité de vie, nous avons pu identifier plusieurs stratégies. Ces stratégies peuvent alors s'appliquer que pour la personne elle-même (ex. gestion du temps) ou encore s'inscrire au sein des différentes relations et interactions avec les partenaires de rôle. Les stratégies de régulation relationnelles permettent donc aux résidentes et résidents de limiter les conflits, ambiguïté et incongruité de rôle qui affectent la santé et la qualité de vie. Plusieurs stratégies ont été identifiées par les résidents eux-mêmes. On n'a qu'à penser au fait de clarifier les attentes avec les superviseurs ou encore de taire certains commentaires pour éviter qu'une situation se tourne contre eux.

En plus de nos objectifs, il importe de rappeler les éléments nouveaux qui sont ressortis des analyses qualitatives et quantitatives, mais surtout de la comparaison entre ces données dans le cadre de la convergence du devis mixte. De ce fait, nous avons pu voir l'importance que revêt le choix et le non-choix de la spécialité que représente la médecine de famille ainsi que du milieu de pratique où s'effectue la résidence. Dans les deux cas, un non-choix influence la santé et la qualité de vie, mettant en jeu la résidence.

CONCLUSION

Au terme de l'écriture de la présente thèse, il nous apparaît d'avoir contribué à une meilleure connaissance de l'expérience des résidentes et résidents en médecine de famille et de leurs préoccupations durant leur parcours de formation postdoctorale. Certaines difficultés de ces résidentes et résidents avaient été révélées par la couverture médiatique d'incidents dramatiques, notamment des suicides qui pointaient vers un parcours de formation parsemé d'embûches.

Un tour d'horizon de la littérature scientifique qui fait état de la santé des médecins et plus particulièrement des résidents nous a révélé certaines failles dans les connaissances. D'abord peu d'études s'étaient penchées de manière spécifique sur les résidentes et résidents en médecine de famille et aucune n'a été réalisée au Québec. Pour les recherches qui abordent ce sujet, la santé psychologique, l'épuisement professionnel et la dépression sont les thèmes de recherche et permettent surtout de détailler les facteurs de risques auxquels sont contraints les résidents.

L'approche interdisciplinaire et la méthodologie mixte retenues, nous ont fourni des éléments utiles pour répondre à notre question de recherche qui, rappelons-le, est la suivante : *comment les multiples rôles agissent-ils sur la santé et la qualité de vie des résidentes et résidents en médecine de famille ?*

Tout d'abord, nous sommes en mesure de dire que dans la sphère professionnelle, les résidentes et résidents perçoivent leur rôle comme un tout unifié, soit celui de résident, ce qui est cohérent avec leur statut de résident. Ce rôle unifié de résident s'accompagne d'attentes de rôle qui sont relativement claires quant au parcours traditionnel et aux différentes tâches qu'ils doivent exécuter. Par contre, les dynamiques relationnelles, qui ont été peu documentées, sont très significatives quant aux attentes de rôle. Notre analyse nous a permis de voir l'importance des relations par l'apparition du conflit de rôle inter-émetteur au sein de l'échelle de conflits de rôle de Rizzo, House et Lirtzman (1970). De plus, nous avons constaté qu'une perception négative des relations avec plusieurs partenaires de rôle augmentent la surcharge de rôle, l'incongruité de rôle, le conflit de rôle inter-émetteur et l'ambiguïté de rôle. Cette perception négative est encore plus révélatrice lorsque les relations sont marquées par des épisodes de harcèlement ou d'intimidation de la part des superviseurs omnipraticiens, spécialistes ou encore de l'équipe soignante.

L'importance du rôle de résident dans la sphère professionnelle contraint aussi à mettre en veilleuse les rôles de la sphère personnelle ce qui a une implication négative sur la qualité de vie et la santé. Comme l'indiquent certains auteurs, les résidents démontrent qu'ils acceptent de mettre en veilleuse leur vie personnelle tant qu'ils expriment une satisfaction au travail. En cohérence avec ces auteurs, nos données mènent à cette même conclusion.

Par ailleurs, l'opinion de soi n'est pas à négliger. Le fait d'avoir une meilleure opinion de soi-même permet de moduler les effets sur la qualité de vie et la qualité de vie au travail. Il importe toutefois de préciser que l'opinion de soi est fortement influencée par le choix ou le non-choix de la médecine de famille comme spécialité, mais aussi du GMF-U où les résidents complètent leur formation.

L'obligation de s'investir dans une spécialité qu'ils considèrent moins prestigieuse en plus de devoir s'intégrer à une spécialité qui est non choisie affecte l'image de soi et rend difficile l'acceptation de la situation tout en nuisant aux différentes relations. Par ailleurs, le fait d'être localisé dans un GMF-U loin de son réseau social entraîne des risques quant à l'accessibilité du soutien social, augmentant les risques de détresse psychologique.

L'adoption de stratégies de régulation individuelles est essentielle pour que les résidentes et résidents puissent réduire les conflits de rôle et ainsi améliorer leur perception de leur qualité de vie ou de leur santé. Compte tenu du manque de temps à consacrer aux rôles dans la sphère personnelle, les résidents tentent de gérer leur temps pour réduire les attentes ou pour augmenter le temps nécessaire pour répondre aux attentes et exigences de rôle. Comme la culture médicale encourage un dépassement de soi et un engagement important, voire exclusif, l'adoption de certaines stratégies visera à répondre à des besoins pressants ou immédiats sans nécessairement favoriser le développement ou l'adoption de stratégies optimales à long terme. Comme l'indiquent Ratanawongsa, Wright et Carrese (2007), les stratégies choisies lors de la résidence seront celles qui seront adoptées pour le reste de la pratique médicale.

Au-delà de ces stratégies individuelles et de l'ajout de certains cours sur la résilience, le bien-être ou la méditation, les résidents indiquent le besoin de voir des modifications organisationnelles pour faciliter leur travail. Bien qu'ils ne s'attendent pas à moins travailler, ils croient que certaines améliorations pourraient leur permettre de travailler sur les éléments essentiels de leur travail. Ils expriment le besoin d'avoir des plages de temps protégées pour faciliter la gestion de leur horaire et ne pas devoir emprunter si régulièrement sur leur temps personnel. De plus, ils aimeraient voir leur résidence adaptée à la pratique future qu'ils souhaitent exercer.

Ils sont conscients qu'ils ne pratiqueront pas une médecine faisant appel à toutes les connaissances acquises pendant leur résidence et certains perçoivent déjà qu'ils n'ont pas eu l'occasion de développer leurs compétences dans certains domaines qui les intéressent pour une pratique future.

Limites de la recherche

Pour répondre aux limites méthodologiques présentées en section 3.13, il devient important de considérer que l'enquête en ligne devrait être raccourcie pour permettre un meilleur taux de réponse effectif, mais aussi pour valider statistiquement les relations explorées dans le cadre de cette thèse. En rendant plus bref cet outil méthodologique, il aurait été possible d'augmenter le taux de réponse des diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) et des autres résidents qui présentent un profil bien différent (ex. les mères, les proches aidants). Comme ces résidents exercent plusieurs autres rôles dans leur sphère personnelle et que ces rôles prennent beaucoup plus de place, cela limite encore plus leur temps à consacrer à une étude. Dans tous les cas, il aurait été intéressant de connaître la réalité de ces résidents.

Parmi les autres limites de cette recherche, il y a la sous-représentation des résidents de l'Université McGill qui peut s'expliquer par un questionnaire en ligne en français uniquement. De plus, aucun contact n'a pu être établi avec une personne responsable dans cette université pour favoriser la promotion de la recherche et faciliter le recrutement comme cela a été le cas dans les autres universités québécoises.

En outre, les différentes modifications législatives qui ont eu cours durant la réalisation de cette thèse ont mis en évidence que l'environnement sociopolitique ou législatif peut avoir une influence sur les résidents. La prise en compte des effets sur la santé et la qualité de vie des résidents et la promotion de la santé mentale tant dans la population en générale que chez les professionnels de la santé ne peut qu'être bénéfique dans une phase ultérieure de cette recherche.

Pistes de recherche

Considérant l'élément novateur des effets sur la qualité de vie et la santé du dernier choix pour la médecine de famille et pour le GMF-U, il serait intéressant de mieux documenter cet aspect qui pourra s'accroître avec les modifications législatives en vigueur. Au regard de nos résultats, nous formulons l'hypothèse que le faible prestige attaché à la médecine de famille pourrait aggraver les effets négatifs de l'attribution du troisième choix. De plus, comme l'absence ou l'éloignement du réseau social joue un rôle dans le choix du GMF-U, il serait opportun de connaître les apports et les développements du réseau social pour les résidentes et résidents qui les éloignent ou les coupent des réseaux sociaux où ils puisent habituellement le soutien nécessaire pour faire face aux exigences de leur parcours scolaire et professionnel.

Pour ce qui est du rôle unifié dans la sphère professionnelle et de l'évacuation des rôles dans la sphère personnelle, une comparaison entre les résidents en médecine de famille et les résidents des autres spécialités serait intéressante pour vérifier dans quelle mesure la médecine de famille est différente des autres spécialités ou si l'importance de cet élément est plus marquée en médecine de famille compte tenu du fait que la résidence n'est que d'une durée de deux années.

Finalement, un développement théorique et une validation sur une plus grande population serait de mise quant aux deux nouvelles échelles de conflits de rôle inter-émetteur et d'incongruité de rôle qui sont ressorties de nos analyses factorielles. Alors que Lachance (1998) a validé cette échelle avec du personnel soignant non médical, les médecins et surtout les résidentes et les résidents semblent avoir un profil différent qui met de l'avant cette scission dans l'échelle originale des conflits de rôle.

Piste d'intervention

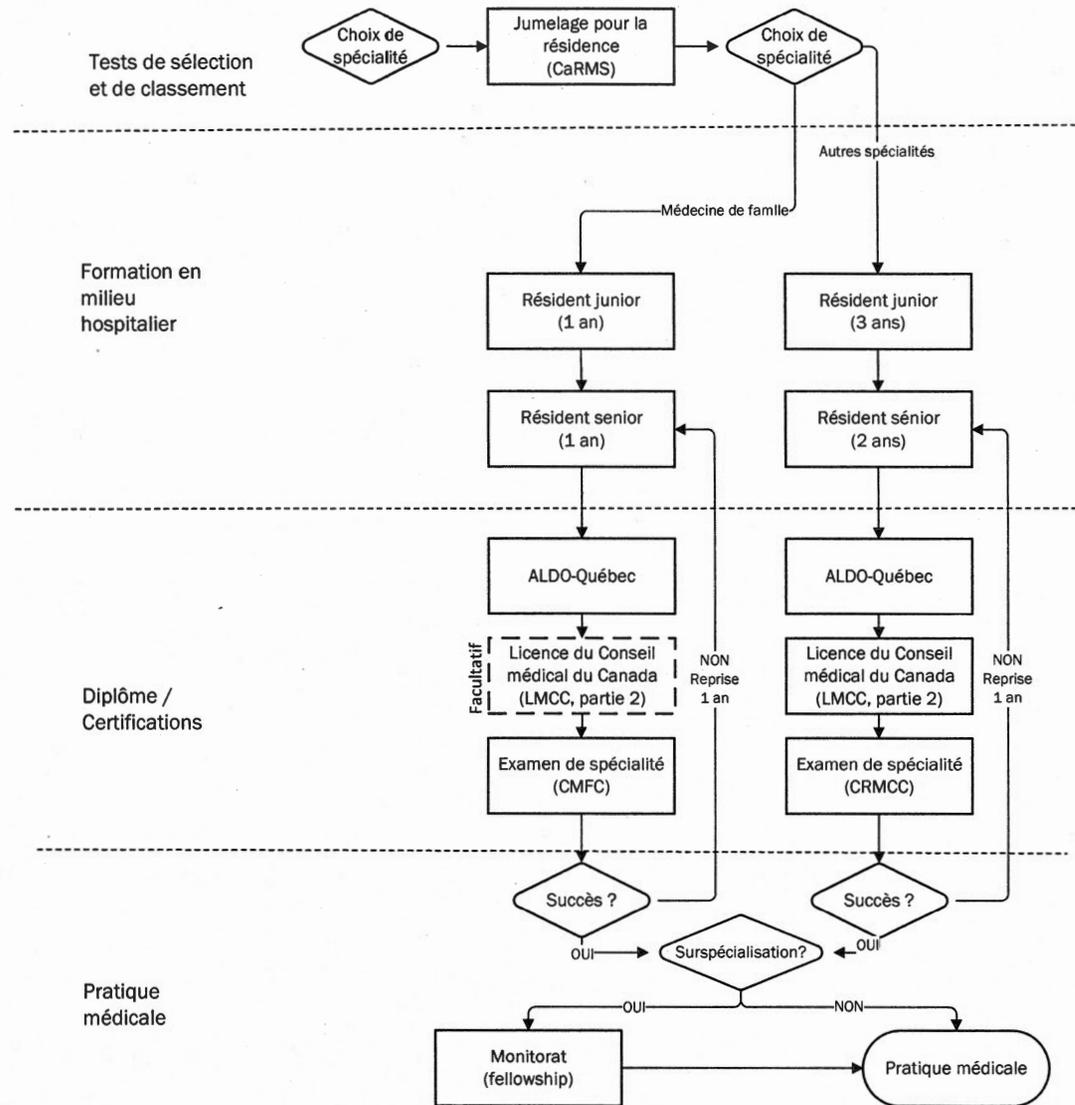
Afin que les résidentes et résidents puissent bénéficier des retombées de cette recherche, plusieurs pistes d'interventions ou d'actions pourraient être développées par les différentes instances concernées par la santé et la qualité de vie des résidents en médecine de famille. Tout d'abord, comme cela a été le cas dans certains milieux, il serait pertinent de voir la possibilité d'intégrer une plage de temps protégé pour permettre aux résidents d'y intégrer les tâches médico-administratives ou encore les activités liées aux rôles d'apprenant.

Pour faciliter l'intégration des résidents qui désirent un profil de pratique particulier ou pour soutenir les résidents contraints à la spécialité en médecine de famille, les milieux pourraient réfléchir à l'adaptation du parcours de résidence ou, tout au moins, à la possibilité de choisir des stages à option qui correspondent mieux à la pratique souhaitée. En somme, pour celles et ceux qui se trouvent dans un milieu ou dans une spécialité qui n'est pas choisie, les instances auraient avantage à réfléchir sur les façons d'intégrer ces résidents ou encore de mettre en place des actions qui permettent le développement d'un réseau social de soutien.

Enfin, nous profitons de cette dernière section pour attirer l'attention sur la place de la recherche non médicale dans l'enceinte de la médecine. Bien que certaines difficultés s'appliquent à un chercheur non-médecin, plusieurs avantages peuvent être retirés de ce genre de recherche. Dès le départ, il importe de bâtir une crédibilité auprès des acteurs et des participants concernés. Comme cette crédibilité est régulièrement mise à l'épreuve par les acteurs, une excellente connaissance du milieu médical est nécessaire. Dès que la crédibilité est acquise, il devient possible de mobiliser plusieurs acteurs afin de s'assurer que la recherche reflète la réalité vécue. Par ailleurs, la crédibilité et le fait d'être à l'extérieur du milieu favorisent l'accès à certaines données qui peuvent être considérées comme acquises par certains chercheurs médecins ou encore que les résidents taisent de peur d'être jugés ou stigmatisés. Finalement, il convient de mentionner qu'une perspective différente de ce type de recherche ne peut qu'améliorer les situations vécues par les résidentes et les résidents, et principalement celles et ceux en médecine de famille.

ANNEXE A

PORTRAIT DE LA FORMATION MÉDICALE



ANNEXE B

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES TÉMOIGNAGES

Pseudonyme	Université	Site distant	Année de résidence
Marie-Andrée	Laval	Non	R1
Marilyn	Laval	Non	R1
Mathilde	Laval	Non	R1
Maggy	McGill	Oui	R1
Marianne	Montréal	Oui	R1
Marie-Hélène	Montréal	Oui	R1
Martine	Montréal	Non	R1
Mélanie	Montréal	Non	R1
Mélodie	Montréal	Oui	R1
Marc-André	Sherbrooke	Oui	R1
Mathieu	Sherbrooke	Oui	R1
Mélissa	Sherbrooke	Oui	R1
Maude	-	-	R2
Maria*	Laval	Oui	R2
Marie-Claude	Laval	Oui	R2
Meaghan	McGill	Non	R2
Marie-Ève	Montréal	Non	R2

Marie-Josée	Montréal	Non	R2
Marie-Pierre	Montréal	Non	R2
Mark	Montréal	Non	R2
Martin	Montréal	Non	R2
Mireille	Montréal	Non	R2
Myriam	Montréal	Non	R2
Marcio*	Sherbrooke	Oui	R2
Marie-Michèle	Sherbrooke	Oui	R2
Marilou	Sherbrooke	Non	R2
Maryse	Sherbrooke	Oui	R2
Michaël	Sherbrooke	Oui	R2
Mylène	Sherbrooke	Oui	R3

* ces participants sont des diplômés hors-Canada et États-Unis (DHCEU)

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

Le présent questionnaire a pour but de recueillir vos impressions générales sur votre résidence ainsi que de collecter certaines données sociodémographiques.

SECTION 1. STATUT DE RÉSIDENT

Q1. En quelle année de résidence êtes-vous ?

- R1
 R2
 R3 (fellow)

Q2. En quelle année avez-vous débuté votre résidence ?

Q3. À quelle université êtes-vous présentement inscrit pour votre résidence ?

- Université Laval
 Université de Montréal
 Université McGill
 Université de Sherbrooke
 Autre _____

Q4. Êtes-vous rattaché à un site distant de votre université (site régional ou satellite) ?

- Oui
 Non

Q5. Au total, combien de résidents se trouvent dans votre UMF ?

- Moins de 6
- 6 à 10
- 11 à 15
- 16 à 20
- 21 à 25
- 26 à 30
- Plus de 30

SECTION 2. RÉPARTITION DU TEMPS

Q6. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures totales avez-vous consacrées à des activités liées à votre résidence ?

Inclure les heures de soins aux patients, d'activités médico-administratives, d'enseignement, de cours suivis et donnés, de périodes d'études, de recherche et les congrès.

Q7. Dans les 7 derniers jours, quelle proportion de vos activités liées à votre résidence était consacrée aux activités suivantes :

- _____ Soins aux patients AVEC activités d'enseignement données aux externes
- _____ Soins aux patients AVEC activités d'enseignement reçues par les patrons
- _____ Soins aux patients SANS activités d'enseignement reçues par les patrons
- _____ Activités médico-administratives (dossier, rapport, appels, etc.)
- _____ Assistance à un cours
- _____ Période d'étude (personnelle ou en groupe)
- _____ Enseignement donné en classe
- _____ Recherche
- _____ Congrès

Q8. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures ont été consacrées à des activités NON liées à votre résidence ?

Exclure les heures de sommeil

Q9. Dans les 7 derniers jours, des heures consacrées aux activités NON liées à votre résidence, quelle proportion était consacrée à des activités :

_____ individuelles

_____ en couple

_____ avec la famille

_____ avec les amis

SECTION 3. LA RÉSIDENCE

Q10. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

1 = Fortement en désaccord ... 7 = fortement en accord

	1	2	3	4	5	6	7
Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés							
Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement							
Mes responsabilités sont clairement définies							
Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches							
Je sais exactement ce qu'on attend de moi							
Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes							
On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter							
Les explications de ce que je dois faire sont claires							

Q11. De façon générale, vous avez peur de faire une erreur médicale

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Tous les jours

Q12. De façon générale, vous pensez avoir fait des erreurs dans la prise en charge médicale de vos patients

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Tous les jours

Q13. De façon générale, vous pensez avoir fait des erreurs lors de transferts de patients

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Tous les jours

Q14. De façon générale, vous êtes préoccupé par vos patients hors du contexte professionnel

- Jamais
 Parfois
 Souvent
 Très souvent
 Tous les jours

Q15. En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne...

1 = Très insatisfait ... 5 = Très satisfait

	1	2	3	4	5
... les apprentissages faits jusqu'à maintenant					
... la nature de vos tâches					
... le climat de travail					

Q16. Avez-vous déjà envisagé de quitter la médecine ?

- Jamais
 Parfois
 Souvent
 Très souvent
 Tous les jours

SECTION 4. QUALITÉ DE VIE, BIEN-ÊTRE ET SANTÉ

Q17. En général, comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

- Très mauvaise
- Mauvaise
- Ni bonne, ni mauvaise
- Bonne
- Très bonne

Q18. Vos croyances personnelles (valeurs, morale, religion) donnent-elles un sens à votre vie ?

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Complètement

Q19. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait...

1 = Très insatisfait ... 5 = Très satisfait

	1	2	3	4	5
... de votre emploi					
... de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes					
... de vos activités de loisirs					
... de votre situation financière					
... de vous-même					
... de l'apparence de votre corps					
... de vos relations avec les membres de votre famille					
... du temps consacré à vos relations familiales					
... de vos relations avec vos amis					
... du temps consacré à vos relations amicales					

Q20. De façon générale, êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

- Pas du tout satisfait/satisfaite
- Légèrement satisfait/satisfaite
- Modérément satisfait/satisfaite
- Très satisfait/satisfaite
- Extrêmement satisfait/satisfaite

Q21. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes de vie sont :

- excellentes
- très bonnes
- bonnes
- passables
- mauvaises

SECTION 5. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Q22. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

Q23. Quel âge avez-vous ?

Q24. Quel est votre état matrimonial actuel ?

- Marié
- En union libre ou conjoint de fait
- Veuf
- Séparé
- Divorcé
- Célibataire, jamais marié

Q25. Avez-vous des personnes à charge ?

- Non
- Oui

Q25a. Si oui, indiquez le nombre de personnes selon les catégories suivantes :

- _____ Enfants
- _____ Père, mère
- _____ Frère, soeur
- _____ Autre

Q26. Quel est votre lieu de naissance ?

Q27. Êtes-vous diplômé hors-Canada, États-Unis (DHCEU) ?

- Oui
- Non

Q28. Quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la résidence ?

Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Aucun
- Équivalent d'un diplôme d'études collégiales
- Équivalent d'un baccalauréat ès sciences
- Équivalent d'un baccalauréat ès arts
- Équivalent d'une maîtrise (M.A ou M.Sc)
- Équivalent d'un doctorat (M.D., Ph.D, D.M.D, D.M.V, O.D., D.Pharm, etc.)
- Autre: _____

Q29. Dans quelle université avez-vous complété vos études prédoctorales (M.D.) ?

- Université Laval
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université de Sherbrooke
- Autre

ANNEXE D

ENQUÊTE EN LIGNE

Situation actuelle

Q1. En quelle année de résidence êtes-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- R1
- R2
- R3 (fellow)

Q2. À quelle période de votre résidence êtes-vous rendu ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Q3. En quelle année avez-vous débuté votre résidence ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Q4. À quelle université êtes-vous présentement inscrit pour votre résidence ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Université Laval
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université de Sherbrooke
- Autre

Q5. Êtes-vous rattaché à un site distant de votre université (site régional ou satellite) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q6. AU TOTAL, combien de résidents se trouvent dans votre UMF ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 6
 - 6 à 10
 - 11 à 15
 - 16 à 20
 - 21 à 25
 - 26 à 30
 - Plus de 30
-

Rapport à la profession**Q7. En fonction du CaRMS, votre orientation en médecine de famille était votre:**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1er choix
- 2e choix
- 3e choix
- Autre choix
- Dernier choix

Q8. L'UMF à laquelle vous êtes rattaché correspond auquel de vos choix d'UMF?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1er choix
- 2e choix
- 3e choix
- 4e choix
- 5e choix

Q9. Avez-vous déjà envisagé de quitter la médecine ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Très souvent
- Tous les jours

Q10. En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne...

Choisissez la réponse appropriée [très insatisfait / insatisfait / ni insatisfait ni satisfait / satisfait / très satisfait] pour chaque élément :

- ... les apprentissages faits durant la résidence
- ... la nature de vos tâches
- ... le climat de travail

Q11. La résidence représente-t-elle un obstacle à la maternité / paternité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

Q12. Laquelle des professions suivantes s'appliquent aux membres de votre famille ?

Choisissez la réponse appropriée [médecine / soins infirmiers / pharmacie / autre professionnel de la santé / autre secteur d'activité] pour chaque élément :

- père
- mère
- au moins 1 membre de votre fratrie
- conjoint/ conjointe actuel

Si ces personnes sont retraitées ou décédées, indiquez leur principale occupation au moment où ils travaillaient

Activités réalisées – 7 derniers jours**Q13. Quel stage effectuez-vous présentement ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Stage intégré en médecine de famille
- UMF
- Cardiologie
- Chirurgie
- Obstétrique
- Hospitalisation
- Locomoteur
- Médecine familiale en région
- Médecine interne
- Pédiatrie
- Périnatalité
- Psychiatrie
- Soins aux personnes âgées (gériatrie)

- Soins critiques / soins intensifs
- Soins palliatifs
- Stage de nuits
- Urgence

Q14. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à des activités liées à votre résidence ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Inclure les heures de soins aux patients, d'activités médico-administratives, d'enseignement, de cours suivis et donnés, de périodes d'études, de recherche et les congrès.

Q15. Dans les 7 derniers jours, quelle proportion de vos activités liées à votre résidence était consacrée aux activités suivantes :

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Soins aux patients AVEC activités d'enseignement données aux externes
- Soins aux patients AVEC activités d'enseignement reçues par les patrons
- Soins aux patients SANS activités d'enseignement
- Activités médico-administratives (dossier, rapport, appels, etc.)
- Période d'étude (personnelle ou en groupe)
- Assistance à un cours
- Enseignement donné en classe
- Recherche
- Congrès

Q16. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures ont été consacrées à des activités NON liées à votre résidence ? (Exclure les heures de sommeil)

Veillez écrire votre réponse ici :

Q17. Dans les 7 derniers jours, des heures consacrées aux activités NON liées à votre résidence, quelle proportion était consacrée à des activités : (Exclure les heures de sommeil)

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- individuelles
- en couple
- avec la famille
- avec les amis

Q18. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures de sommeil avez-vous eues ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément : [choix de réponse : moins de 4 heures / de 4 heures à moins de 5 heures / de 5 heures à moins de 6 heures / de 6 heures à moins de 7 heures / de 7 heures à moins de 8 heures / De 8 heures et plus]

- Jour 1
- Jour 2
- Jour 3
- Jour 4
- Jour 5
- Jour 6
- Jour 7

Q19. En fonction de la question précédente (Q18), quelle (s) journée (s) étaient des journées de garde pour lesquelles votre sommeil a été affecté ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Jour 1
- Jour 2
- Jour 3
- Jour 4
- Jour 5
- Jour 6
- Jour 7

Q20. De façon générale, êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout satisfait/satisfaite
 - Légèrement satisfait/satisfaite
 - Modérément satisfait/satisfaite
 - Très satisfait/satisfaite
 - Extrêmement satisfait/satisfaite
-

Activités réalisées – Mois dernier

Q21. Le mois dernier, étiez-vous dans un stage différent ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q21a. Quel stage avez-vous effectué ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question Q21. (Le mois dernier, étiez-vous dans un stage différent ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Stage intégré en médecine de famille
- UMF
- Cardiologie
- Chirurgie
- Obstétrique
- Hospitalisation
- Locomoteur
- Médecine familiale en région
- Médecine interne
- Pédiatrie
- Périnatalité
- Psychiatrie
- Soins aux personnes âgées (gériatrie)
- Soins critiques / soins intensifs
- Soins palliatifs
- Stage de nuits
- Urgence

Q22. Le mois dernier, combien de gardes en établissement de 3 heures (pont ou « buffer ») avez-vous effectuées ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

Q23. Le mois dernier, excluant les ponts (« buffers »), combien de gardes en établissement avez-vous effectuées ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

Q24. Le mois dernier, combien de gardes à domicile avez-vous effectuées ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

Q25. Le mois dernier, avez-vous géré votre horaire à l'aide d'un BlackBerry, d'un iPhone ou d'un autre appareil de poche sans fil (p. ex., iPod Touch, Palm Pre)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q25a. Quelles sont les autres méthodes de gestion d'horaire que vous utilisez ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Non' à la question Q25.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Mémorisation
- Agenda
- Calendrier
- Feuilles libres
- Horaires reçus
- Autre:

Q26. Le mois dernier, combien de journées avez-vous prises comme congé pour études ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7 et plus

Q27. Le mois dernier, combien de journées avez-vous prises comme congé pour congrès ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 9-10
- Plus de 10

Q28. Le mois dernier, combien de fins de semaine (week-end) avez-vous eues ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- 4

Q29. Le mois dernier, combien de journées de vacances avez-vous prises ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- Une semaine
- Deux semaines

Q30. Le mois dernier, combien de jours de maladie avez-vous pris ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8

Stress professionnels

Q31. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :

Choisissez la réponse appropriée [fortement en désaccord / en désaccord / légèrement en désaccord / ni en désaccord ni en accord / légèrement en accord / en accord / fortement en accord] pour chaque élément :

- Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail
- Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés
- Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement
- Je sais que j'ai bien réparti mon temps
- On m'attribue une tâche sans la main-d'oeuvre nécessaire pour la compléter
- Mes responsabilités sont clairement définies
- Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches
- Je travaille avec deux ou plusieurs groupes de personnes qui fonctionnent assez différemment
- Je sais exactement ce qu'on attend de moi
- Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes
- Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres
- On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter
- Les explications de ce que je dois faire sont claires
- Je dois travailler sur des choses peu importantes
- Je n'ai pas le temps de finir mon travail
- On me presse de faire mon travail
- J'ai beaucoup de temps libres dans mon travail
- On me donne assez de temps pour faire ce qu'on attend de moi au travail

- Souvent, il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne
- À mon travail, les standards de performance sont trop élevés

Q32. De façon générale,

Choisissez la réponse appropriée [jamais / parfois / souvent / très souvent / tous les jours] pour chaque élément :

- ... vous avez peur de faire une erreur médicale
- ... vous pensez avoir fait des erreurs dans la prise en charge médicale de vos patients
- ... vous pensez avoir fait des erreurs lors de transfert de patients
- ... vous êtes préoccupé par vos patients hors du contexte professionnel

Q33. Estimez-vous avoir vécu un épisode de harcèlement ou d'intimidation de la part...

Choisissez la réponse appropriée [jamais / parfois / souvent / très souvent / tous les jours] pour chaque élément :

- ... de vos patients
- ... de la famille de vos patients
- ... de vos externes
- ... de l'équipe soignante (autre que MD)
- ... de résidents juniors
- ... des résidents de la même année que vous
- ... de résidents seniors
- ... du résident coordonnateur
- ... de vos patrons omni
- ... de vos patrons spécialistes

Q34. Indiquez dans quelle mesure les phrases suivantes décrivent ce que vous ressentez à l'instant même :

Choisissez la réponse appropriée [pas du tout / un peu / moyen / beaucoup] pour chaque élément :

- Je doute de moi
- J'ai peur de ne pas être à la hauteur lors de la résidence
- J'ai peur d'échouer
- J'ai peur d'échouer à cause de la pression
- J'ai peur d'être peu performant(e)
- J'ai peur de ne pas atteindre mon but
- J'ai peur de décevoir par un mauvais résultat

Reconnaissance

Q35. Estimez-vous que le statut de résident est reconnu à sa juste valeur (position sociale, charge de travail, rémunération, etc.) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Tout à fait

Q36. Dans quelle mesure, estimez-vous recevoir de la reconnaissance de la part...

Choisissez la réponse appropriée [pas du tout / un peu / modérément / beaucoup / extrêmement] pour chaque élément :

- ... de vos patients
- ... de la famille de vos patients
- ... de vos externes
- ... de l'équipe soignante (autre que MD)
- ... de résidents juniors
- ... des résidents de la même année que vous
- ... de résidents séniors
- ... du résident coordonnateur
- ... de vos patrons omni
- ... de vos patrons spécialistes

Qualité de vie**Q37. En général, comment trouvez-vous votre qualité de vie ?**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très mauvaise
- Mauvaise
- Ni bonne, ni mauvaise
- Bonne
- Très bonne

Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait...

Choisissez la réponse appropriée [très insatisfait / insatisfait / ni satisfait ni insatisfait / satisfait / très satisfait] pour chaque élément :

- ... de votre emploi
- ... de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes
- ... de vos activités de loisirs
- ... de votre situation financière
- ... de vous-même
- ... de l'apparence de votre corps
- ... de vos relations avec les membres de votre famille
- ... du temps consacré à vos relations familiales
- ... de vos relations avec vos amis
- ... du temps consacré à vos relations amicales

Q39. En général, êtes-vous capable de vous concentrer ?

Choisissez la réponse appropriée [jamais / parfois / souvent / très souvent / tous les jours] pour chaque élément :

- ... dans vos tâches professionnelles
- ... dans votre étude
- ... dans vos activités quotidiennes

Q40. En général, trouvez-vous la vie agréable ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

Complètement

Q41. Vos croyances personnelles (valeurs, morale, religion) donnent-elles un sens à votre vie ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Complètement

Q42. En général, avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Extrêmement

Q43. En général, estimez-vous que vous consacrez suffisamment de temps à votre entourage

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Q44. Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le « blues », le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Très souvent
 - Toujours
-

Habitudes de vie et santé

Q45. En général, êtes-vous satisfait de votre santé ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout satisfait
- Pas satisfait
- Ni satisfait, ni insatisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Q46. La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Complètement

Q47. Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup
- Complètement

Q48. Dans les 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des sports de façon régulière?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q49a. Quels sports avez-vous pratiqué ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question Q48. (Dans les 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des sports de façon régulière ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Q49b. Dans l'ensemble, à quelle fréquence avez-vous pratiqué ces sports ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question Q48. (Dans les 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des sports de façon régulière ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 2 à 3 fois par mois
- 1 à 2 fois par semaine
- 3 fois et plus par semaine
- Ne sait pas

Q49c. Dans l'ensemble, participez-vous à ces sports principalement pour la compétition ou de façon récréative ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question Q48. (Dans les 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des sports de façon régulière ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Compétition
- Façon récréative
- Ne sait pas

Q50. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes de vie sont

:

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- excellentes
- très bonnes
- bonnes
- passables
- mauvaises

Q51. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- excellentes
- très bonnes
- bonnes
- passables
- mauvaises

Q52. Depuis le début de votre résidence, avez-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Gardé presque le même poids
- Pris du poids
- Perdu du poids
- Pris et perdu du poids à plusieurs reprises (fait le yoyo)

Q53. À quelle fréquence conduisez-vous lorsque vous vous sentez fatigué ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Q54. En général, combien de portion de caféine consommez-vous par jour ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- 1 à 2
- 3 à 4
- 5 à 6
- 6 et plus
- Autre

Une portion équivaut à un café, un thé ou une pilule de caféine

Q55. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- 2 à 3 fois par mois
- Une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine
- Autre

Q56. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à DORMIR :

Choisissez la réponse appropriée [pas consommé / Moins d'une fois par mois / Environ une fois par mois / 1 ou 2 fois par semaine / 3 à 6 fois par semaine / Tous les jours] pour chaque élément :

- ... de l'alcool
- ... des analgésiques
- ... des anti-inflammatoires
- ... des anti-histaminiques
- ... des relaxants musculaires
- ... des antidépresseurs
- ... des anxiolytiques
- ... des antipsychotiques
- ... des barbituriques
- ... des opiacés
- ... des produits naturels (ex. mélatonine)
- ... des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich)
- ... des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.)
- ... autres médicaments ou substances

Q57. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à RESTER ÉVEILLÉ : inspirée de 1,6,7,11

Choisissez la réponse appropriée [pas consommé / Moins d'une fois par mois / Environ une fois par mois / 1 ou 2 fois par semaine / 3 à 6 fois par semaine / Tous les jours] pour chaque élément :

- ... de la caféine
- ... des boissons énergisantes
- ... de la nicotine
- ... des analgésiques
- ... des anti-inflammatoires
- ... des psychostimulants (Ritalin, amphétamines, etc)
- ... des molécules pour dysfonctions érectiles
- ... des opiacés
- ... des pilules pour maigrir
- ... des stéroïdes anabolisants
- ... des produits naturels
- ... des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich)
- ... des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.)
- ... autres substances

Q58. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à FONCTIONNER AU QUOTIDIEN (ex. relaxer, passer d'une activité à une autre, se rendre disponible, etc.) :

Choisissez la réponse appropriée [pas consommé / Moins d'une fois par mois / Environ une fois par mois / 1 ou 2 fois par semaine / 3 à 6 fois par semaine / Tous les jours] pour chaque élément :

- ... de la caféine
 - ... de l'alcool
 - ... de la nicotine
 - ... des boissons énergisantes
 - ... des vitamines
 - ... des suppléments ou substituts alimentaires
 - ... des analgésiques
 - ... des anti-inflammatoires
 - ... des médicaments contre les brûlures d'estomac
 - ... des psychostimulants (Ritalin, amphétamines, etc)
 - ... des molécules pour dysfonctions érectiles
 - ... des anxiolytiques
 - ... des opiacés
 - ... des pilules pour maigrir
 - ... des stéroïdes anabolisants
 - ... des produits naturels
 - ... des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich)
 - ... des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.)
 - ... autres substances
-

Pistes d'amélioration et d'intervention

Q59. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les mesures d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être qui sont présentés dans la liste suivante :

Choisissez la réponse appropriée [pas du tout d'accord / pas d'accord / ni en désaccord ni d'accord / d'accord / tout à fait d'accord] pour chaque élément :

- Diminution de la charge de travail
- Augmentation de l'autonomie du résident
- Attribution d'un tuteur sénior à chaque résident
- Mise en place de groupe de soutien entre les pairs
- Mise en place d'activités sociales et sportives au sein de l'UMF
- Diminution de la durée de la période de garde
- Augmentation de ressources pour les soins aux patients
- Augmentation de la durée de la résidence
- Modification de l'organisation du travail dans les soins
- Modification de l'organisation du travail dans la gestion administrative
- Formation obligatoire sur l'équilibre de vie
- Collaboration et concertation entre les facultés, la FMRQ, le ministère, etc.

Q59a. Autres solutions proposées :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Données sociodémographiques

Q60. Quel est votre sexe ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Q60a. Vous considérez-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Hétérosexuel(le)
- Homosexuel(le), c'est-à-dire gai ou lesbienne
- Bisexuel(le)
- Autre

Q61. Quel âge avez-vous

Veillez écrire votre réponse ici :

Q62. Quel est votre état matrimonial actuel ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Marié
- En union libre ou conjoint de fait
- Veuf
- Séparé
- Divorcé
- Célibataire, jamais marié

Q63. Durant votre résidence, avez-vous eu une grossesse ou êtes-vous enceinte en ce moment?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je suis enceinte
- J'ai eu une grossesse rendue à terme
- J'ai eu une grossesse non rendue à terme
- Ne s'applique pas

Q64. Avez-vous des personnes à charge ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Q64a. Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge ?
(précisez le nombre)**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Oui' à la question Q64. (Avez-vous des personnes à charge ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Enfants
- Père, mère
- Frère, soeur
- Autre

Q64b. Dans quels groupes d'âge, les enfants à votre charge, se situent-ils ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est à la question Q64a. (Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge ? (précisez le nombre))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Moins de 5 ans
- 5-12 ans
- 13-18 ans
- 19-29 ans
- 30 ans et plus

Q64c. Dans quels groupes d'âge, les frères et soeurs à votre charge, se situent-ils ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est à la question Q64a. (Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge ? (précisez le nombre))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Moins de 5 ans
- 5-12 ans
- 13-18 ans
- 19-29 ans
- 30 ans et plus

Q64d. Dans quels groupes d'âge, les parents à votre charge, se situent-ils ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est à la question Q64a. (Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge ? (précisez le nombre))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- moins de 35 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans
- 50-54 ans
- 55-59 ans
- 60-64 ans
- 65-69 ans
- 70-74 ans
- 75 ans et plus

Q64e. Dans quels groupes d'âge, les autres personnes à votre charge, se situent-elles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est à la question Q64a. (Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge ? (précisez le nombre))

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Moins de 5 ans
- 5-12 ans
- 13-18 ans
- 19-29 ans
- 30 ans et plus

Q65. Quel est votre lieu de naissance ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Indiquez un pays, une province, un état ou une ville

Q66. Quel est votre statut au Canada ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Citoyen canadien
- Résident permanent (immigrant reçu)
- Visa étudiant
- Visa de travail
- Autre

Q67. Êtes-vous diplômé hors-Canada, États-Unis (DHCEU) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Q68. Quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la faculté de médecine ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse est 'Non' à la question Q67.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucun
- Diplôme d'études collégiales (DEC du cégep)
- Baccalauréat ès sciences
- Baccalauréat ès arts
- Autre baccalauréat
- Maîtrise
- Doctorat (Ph.D, D.M.D, D.M.V, O.D., D.Pharm, etc.)

Autre:

Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

Q68a. Quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la résidence ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est 'Oui' à la question Q67.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Aucun
- Équivalent d'un diplôme d'études collégiales
- Équivalent d'un baccalauréat ès sciences
- Équivalent d'un baccalauréat ès arts
- Équivalent d'une maîtrise (M.A ou M.Sc)
- Équivalent d'un doctorat (M.D., Ph.D, D.M.D, D.M.V, O.D., D.Pharm, etc.)
- Autre:

Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

Q68b. Avez-vous eu à compléter une partie ou la totalité de la formation prédoctorale avant d'être admis à la résidence ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est 'Oui' à la question Q67.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, en totalité
- Oui, en partie
- Non

Q68c. Dans quelle université avez-vous complété cette formation prédoctorale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est 'Oui, en totalité' ou 'Oui, en partie' à la question Q68b. (Avez-vous eu à compléter une partie ou la totalité de la formation prédoctorale avant d'être admis à la résidence ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Université Laval
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université de Sherbrooke
- Ailleurs au Canada
- Ailleurs aux États-Unis
- Autre

Q69. Dans quelle université avez-vous complété vos études prédoctorales (M.D.)

?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse est 'Non' à la question Q67. (Êtes-vous diplômé hors-Canada, États-Unis (DHCEU) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Université Laval
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université de Sherbrooke
- Autre

ANNEXE E

CANEVAS D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ

Bloc 1 – Questionnaire d'entrevue et impressions (15 min.)

Nous vous invitons ici à répondre au questionnaire d'entrevue qui nous permet d'avoir quelques impressions sur votre résidence et de compiler des données sociodémographiques.

Prenez le temps de remplir le questionnaire d'entrevue.

N'hésitez pas à me faire part de vos impressions sur les questions. Nous partirons de vos impressions pour définir l'ordre des sphères de vie à aborder.

1. Qu'est-ce qui vous a fait réagir dans ce questionnaire ?
2. Qu'est-ce qui vient vous atteindre plus qu'autre chose ?

Bloc 2 – Sphère professionnelle (durée selon l'ordre d'importance)

Nous souhaitons ici documenter votre sphère professionnelle.

3. Comment se passe votre résidence à ce jour ?
4. Qu'est-ce qui vous stress en ce moment ?
5. Qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfait (e) dans ce que vous faites ?
6. Qu'est-ce qui cause de l'insatisfaction ?
7. Dans votre vie professionnelle, quelles sont les attentes et exigences que l'on a par rapport à vous ?
8. Dans votre vie professionnelle, qui sont les personnes les plus significatives ?
9. Quelles sont leurs attentes ?

Bloc 3 – Sphère académique (durée selon l'ordre d'importance)

Nous souhaitons ici documenter votre sphère académique.

10. Du point de vue académique, comment se passe votre résidence à ce jour ?
11. Qu'est-ce qui vous stress en ce moment ?
12. Qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfait (e) dans ce que vous faites ?
13. Qu'est-ce qui cause de l'insatisfaction ?
14. Dans votre vie académique, quelles sont les attentes et exigences que l'on a par rapport à vous ?
15. Dans votre vie académique, qui sont les personnes les plus significatives ?
16. Quelles sont leurs attentes ?

Bloc 4 – Sphère personnelle (durée selon l'ordre d'importance)

Nous souhaitons ici documenter votre sphère personnelle.

17. Du point de vue personnel, comment se passe votre résidence à ce jour ?
18. Qu'est-ce qui vous stress en ce moment ?
19. Qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfait (e) dans ce que vous faites ?
20. Qu'est-ce qui cause de l'insatisfaction ?
21. Dans votre vie personnelle, quelles sont les attentes et exigences que l'on a par rapport à vous ?
22. Dans votre vie personnelle, qui sont les personnes les plus significatives ?
23. Quelles sont leurs attentes ?

Bloc 5 – Impacts sur la qualité de vie, le bien-être et la santé et stratégies

Nous souhaitons ici documenter les impacts des attentes et exigences ainsi que vos stratégies que vous mettez en place.

24. Comment faites-vous pour répondre aux exigences des différentes personnes qui sont significatives pour vous ?
25. Quels sont les impacts sur votre gestion du temps ?
26. Quels sont les impacts sur votre qualité de vie ?
27. Quels sont les impacts sur votre santé ?
28. Dans un monde meilleur, comment pourrait-on améliorer l'équilibre entre les exigences qui pèsent sur vous ?

Bloc 6 – Synthèse et prospective (10 min.)

Nous vous invitons, dans ce dernier moment de l'entrevue, à faire le bilan de la rencontre et à nous dire ce que vous entrevoyez comme avenir du point de vue de votre résidence pour les prochaines années à venir.

29. Comment envisagez-vous les prochaines années de votre résidence?
30. Que retenez-vous de l'échange que nous venons d'avoir?
31. Les questions qui vous viennent?
32. Les questions que vous auriez aimé que l'on vous pose?

ANNEXE F

VARIABLES, DÉFINITIONS OPÉRATOIRES, DIMENSIONS ET ÉNONCÉS
CORRESPONDANTS

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Profil du résident	<p>Le profil du résident correspond aux caractéristiques du résident quant à sa résidence.</p> <p>Les dimensions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La séniorité 2. La période de résidence 3. Orientation en médecine de famille 4. Choix du milieu de la résidence 	<p>Q1. En quelle année de résidence êtes-vous?</p> <p>Variable nominale : 1=R1, 2=R2, 3=R3 (fellow) Source : question originale</p> <p>Q2. À quelle période de résidence êtes-vous rendu?</p> <p>Variable discrète Source : question originale</p> <p>Q3. En quelle année avez-vous débuté votre résidence?</p> <p>Variable discrète Source : question originale</p> <p>Q7. En fonction du CaRMS, votre orientation en médecine de famille était votre :</p> <p>Variable nominale : 1=1^{er} choix, 2=2^e choix, 3=3^e choix, 4=Autre choix, 5=Dernier choix Source : question originale</p> <p>Q8. L'UMF à laquelle vous êtes rattaché correspond auquel de vos choix d'UMF :</p> <p>Variable nominale : 1=1^{er} choix, 2=2^e choix, 3=3^e choix, 4=Autre choix, 5=Dernier choix Source : question originale</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Profil du résident (suite)	<p>Le profil du résident correspond aux caractéristiques du résident quant à sa résidence.</p> <p>Les dimensions sont :</p> <p>5. Le stage effectué lors de l'enquête</p> <p>6. Le stage effectué le mois précédent l'enquête</p>	<p>Q13. Quel stage effectuez-vous présentement?</p> <p>Variable nominale : 1=Stage intégré en médecine de famille, 2=UMF, 3=Cardiologie, 4=Chirurgie, 5=Obstétrique, 6=Hospitalisation, 7=Locomoteur, 8=Médecine familiale en région, 9=Médecine interne, 10=Pédiatrie, 11=Périnatalité, 12= Psychiatrie, 13=Soins aux personnes âgées (gériatrie), 14=Soins critiques /soins intensifs, 15=Soins palliatifs, 16=Stage de nuit, 17=Urgence</p> <p>Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>
		<p>Q21. Le mois dernier, étiez-vous dans un stage différent?</p> <p>Variable dichotomique : 0=non 1=oui</p> <p>Source : question originale</p>
		<p>Q21a. Quel stage avez-vous effectué?</p> <p>Variable nominale : 1=Stage intégré en médecine de famille, 2=UMF, 3=Cardiologie, 4=Chirurgie, 5=Obstétrique, 6=Hospitalisation, 7=Locomoteur, 8=Médecine familiale en région, 9=Médecine interne, 10=Pédiatrie, 11=Périnatalité, 12= Psychiatrie, 13=Soins aux personnes âgées (gériatrie), 14=Soins critiques/soins intensifs, 15=Soins palliatifs, 16=Stage de nuit, 17=Urgence</p> <p>Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Profil du milieu de résidence	Caractéristiques du milieu où se déroule la résidence. Les dimensions sont : <ol style="list-style-type: none"> 1. L'université d'attache 2. L'éloignement par rapport à l'université 3. Le nombre de résidents (collègues) 	Q4. À quelle université êtes-vous présentement inscrit pour votre résidence? Variable nominale : 1=Université Laval, 2=Université de Montréal, 3=Université McGill, 4=Université de Sherbrooke, 5=Université d'Ottawa Source : Sondage national des médecins (2010)
		Q5. Êtes-vous rattaché à un site distant de votre université (site régional ou satellite)? Variable dichotomique : 0=non 1=oui Source : adaptée de Sondage national des médecins (2010)
		Q6. Au total, combien de résidents se trouvent dans votre UMF? Variable ordinale : 1=Moins de 6, 2=6 à 10, 3=11 à 15, 4=16 à 20, 5=21 à 25, 6=26 à 30, 7=plus de 30 Source : Sondage national des médecins (2010)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Charge de travail du résident	Cette variable combine les éléments qui permettent de déterminer la charge de travail du résident.	Q14. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à des activités liées à votre résidence?
	Les dimensions sont :	Variable discrète Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le nombre d'heures travaillées 2. La répartition des heures travaillées 3. Jour de garde pour modulation du sommeil 	Q15. Dans les 7 derniers jours, quelle proportion de vos activités liées à votre résidence était consacrée aux activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Soins aux patients avec activités d'enseignement données aux externes - Soins aux patients avec activités d'enseignement reçues par les patrons - Soins aux patients sans activités d'enseignement - Activités médico-administratives (dossier, rapport, appels, etc.) - Période d'étude (personnelle ou en groupe) - Assistance à un cours - Enseignement donné en classe - Recherche - Congrès Variable continue Source : adaptée de Sondage national des médecins (2004)
		Q19. En fonction de la question précédente (Q18), quelle(s) journée(s) étaient des journées de garde pour lesquelles votre sommeil a été affecté? <ul style="list-style-type: none"> - Jour 1 - Jour 5 - Jour 2 - Jour 6 - Jour 3 - Jour 7 Variable dichotomique: 0=non, 1=oui Source : question originale

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Charge de travail du résident (suite)	<p>Cette variable combine les éléments qui permettent de déterminer la charge de travail du résident.</p> <p>Les dimensions sont :</p> <p>3. Le nombre de gardes</p>	<p>Q22. Le mois dernier, combien de gardes en établissement de 3 heures (pont ou « buffer ») avez-vous effectuées ?</p> <p>Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=plus de 5</p> <p>Source : question originale</p>
		<p>Q23. Le mois dernier, excluant les ponts (« buffers »), combien de gardes en établissement avez-vous effectuées ?</p> <p>Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=plus de 5</p> <p>Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)</p>
		<p>Q24. Le mois dernier, combien de gardes à domicile avez-vous effectuées ?</p> <p>Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=plus de 5</p> <p>Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Rôles sociaux	Caractéristiques des rôles sociaux exercés par le résident.	Q16. Dans les 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous consacrées à des activités NON liées à votre résidence
	Les dimensions sont :	Variable continue Source : question originale
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'heures hors de la résidence 2. Proportion des activités personnelles 3. Personnes à charge 	Q17. Dans les 7 derniers jours, des heures consacrées aux activités NON liées à votre résidence, quelle proportion était consacrée à ces activités <ul style="list-style-type: none"> - individuelles - en couple - avec la famille - avec les amis Variable continue Source : question originale
		Q64. Avez-vous des personnes à charge? Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Rôles sociaux (suite)	Caractéristiques des rôles sociaux exercés par le résident. Les dimensions sont : 4. Personnes à charge	Q64a. Dans quelles catégories se retrouvent les personnes à votre charge (précisez le nombre) : - Enfants - Père, mère - Frère, sœur - Autre Variable discrète Source : question originale
		Q64b. Dans quels groupes d'âge, les enfants à votre charge se situent-ils: - Moins de 5 ans - 5-12 ans - 13-18 ans - 19-29 ans - 30 ans et plus Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale
		Q64c. Dans quels groupes d'âge, les membre de la fratrie à votre charge se situent-ils: - Moins de 5 ans - 5-12 ans - 13-18 ans - 19-29 ans - 30 ans et plus Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Rôles sociaux (suite)	Caractéristiques des rôles sociaux exercés par le résident. Les dimensions sont : 5. Personnes à charge	Q64d. Dans quels groupes d'âge, les parents à votre charge, se situent-ils: <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 35 ans - 35-39 ans - 40-44 ans - 45-49 ans - 50-54 ans - 55-59 ans - 60-64 ans - 65-69 ans - 70-74 ans - 75 ans et plus Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale
		Q64e. Dans quels groupes d'âge, les autres personnes à votre charge, se situent-elles: <ul style="list-style-type: none"> - Moins de 5 ans - 5-12 ans - 13-18 ans - 19-29 ans - 30 ans et plus Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Ambiguïté de rôle	Désaccord entre les attentes associées à un statut ou un manque de clarté dans les attentes émises.	<p>Q31. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail - Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés - Je sais que j'ai bien réparti mon temps - Mes responsabilités sont clairement définies - Je sais exactement ce qu'on attend de moi - Les explications de ce que je dois faire sont claires <p>Variable ordinale : 1=Fortement en désaccord, 2=En désaccord, 3=Légèrement en désaccord, 4=Ni en désaccord, ni en accord, 5=Légèrement en accord, 6=En accord, 7= Fortement en accord</p> <p>Source : Lachance (1998), adaptation de Rizzo <i>et al.</i> (1970)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Conflit de rôle	<p>Congruence ou compatibilité entre la performance du rôle et les attentes prévues pour ce rôle.</p> <p>Les dimensions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le conflit intrarôle 2. Le conflit interrôle 	<p>Q31. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement - On m'attribue une tâche sans la main d'œuvre nécessaire pour la compléter - Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches - Je travaille avec deux ou plusieurs groupes de personnes qui fonctionnent assez différemment - Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes - Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres - On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter - Je dois travailler sur des choses peu importantes <p>Variable ordinale : 1=Fortement en désaccord, 2=En désaccord, 3=Légèrement en désaccord, 4=Ni en désaccord, ni en accord, 5=Légèrement en accord, 6=En accord, 7= Fortement en accord</p> <p>Source : Lachance (1998), adaptation de Rizzo <i>et al.</i> (1970)</p> <hr/> <p>Q11. La résidence représente-t-elle un obstacle à la maternité/paternité</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Extrêmement</p> <p>Source : Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Surcharge de rôle	Demandes légitimes, venant de plusieurs personnes, qui sont rattachées à plusieurs tâches à accomplir dans une même période de temps	<p>Q31. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les énoncés suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai pas le temps de finir mon travail - On me presse de faire mon travail - J'ai beaucoup de temps libres dans mon travail (inversé) - On me donne assez de temps pour faire ce qu'on attend de moi au travail (inversé) - Souvent, il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne - À mon travail, les standards de performance sont trop élevés <p>Variable ordinale : 1=Fortement en désaccord, 2=En désaccord, 3=Légèrement en désaccord, 4=Ni en désaccord, ni en accord, 5=Légèrement en accord, 6=En accord, 7= Fortement en accord</p> <p>Source : Lachance (1998), adaptation de Beehr <i>et al.</i> (1976) et de Bacharach, Bamberger et Conley (1990)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Partenaire de rôle	Profession des partenaires de rôles dans la sphère personnelle	<p>Q12. Laquelle des professions suivantes s'appliquent aux membres de votre famille?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Père - Mère - Au moins un membre de la fratrie - Conjoint <p>Variable nominale : 1=Médecine, 2=Soins infirmiers, 3=Pharmacie, 4=Autre professionnel de la santé, 5=Autre secteur d'activité</p> <p>Source : adaptée de Sondage national des médecins (2004;2007)</p>
Harcèlement et intimidation	Perception de la part des résidents à l'égard d'épisodes de harcèlement ou d'intimidation vécus par différentes personnes avec lesquels ils interagissent	<p>Q33. Estimez-vous avoir vécu un épisode de harcèlement ou d'intimidation de la part...</p> <ul style="list-style-type: none"> - De vos patients - De la famille de vos patients - De vos externes - De l'équipe soignante (autre que MD) - De résidents juniors - Des résidents de la même année que vous - De résidents séniors - Du résident coordonnateur - De vos patrons omnipraticiens - De vos patrons spécialistes <p>Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours</p> <p>Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Reconnaissance	<p>Perception de reconnaissance à l'égard du statut de résident ou d'épisodes de reconnaissance de la part de différentes personnes avec lesquelles le résident interagit.</p> <p>Les dimensions sont:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La reconnaissance du statut 2. Les épisodes de reconnaissances par des partenaires de rôle 	<p>Q35. Estimez-vous que le statut de résident est reconnu à sa juste valeur (position sociale, charge de travail, rémunération, etc.):</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Tout à fait</p> <p>Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p> <hr/> <p>Q36. Dans quelle mesure, estimez-vous recevoir de la reconnaissance de la part...</p> <ul style="list-style-type: none"> - De vos patients - De la famille de vos patients - De vos externes - De l'équipe soignante (autre que MD) - De résidents juniors - Des résidents de la même année que vous - De résidents séniors - Du résident coordonnateur - De vos patrons omnipraticiens - De vos patrons spécialistes <p>Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours</p> <p>Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Anxiété de performance cognitive	Perception reliée au souci et au fait de gérer les attentes négatives et les préoccupations cognitives concernant <i>Soi</i> , la situation ou les conséquences potentielles Les dimensions sont : <ol style="list-style-type: none"> 1. Anxiété de performance cognitive 2. Préoccupation hors du contexte professionnel 3. Perception d'erreurs médicales 	Q34. Indiquez dans quelle mesure les phrases suivantes décrivent ce que vous ressentez à l'instant même : <ul style="list-style-type: none"> - Je doute de moi - J'ai peur de ne pas être à la hauteur lors de la résidence - J'ai peur d'échouer - J'ai peur d'échouer à cause de la pression - J'ai peur d'être peu performant(e) - J'ai peur de ne pas atteindre mon but - J'ai peur de décevoir par un mauvais résultat Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Moyen, 4=Beaucoup Source : Cury <i>et al.</i> (1999) adaptée de Martens, Vealey et Burton (1990)
		Q32. De façon générale... vous êtes préoccupés par vos patients hors du contexte professionnel Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)
		Q32. De façon générale... vous pensez avoir fait des erreurs dans la prise en charge médicale de vos patients Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Anxiété de performance cognitive (suite)	Perception reliée au souci et au fait de gérer les attentes négatives et les préoccupations cognitives concernant <i>Soi</i> , la situation ou les conséquences potentielles	<p>Q32. De façon générale... vous pensez avoir fait des erreurs lors du transfert de vos patients</p> <p>Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>
	Les dimensions sont : 3. Perception d'erreurs médicales	<p>Q32. De façon générale... vous avez peur de faire une erreur médicale</p> <p>Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : adaptée de Le Tourneur et Kolmy (2011)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement. Les dimensions sont : 1. La satisfaction à l'égard de la résidence	Q10. En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne... les apprentissages faits durant votre résidence Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2=Insatisfait, 3=Ni insatisfait, ni satisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : question originale
		Q10. En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne... la nature de vos tâches Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2=Insatisfait, 3=Ni insatisfait, ni satisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : question originale
		Q10. En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne... le climat de travail Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2=Insatisfait, 3=Ni insatisfait, ni satisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : question originale
		Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de votre emploi Variable ordinale: 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	<p>Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement.</p> <p>Les dimensions sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Le nombre d'heures de sommeil 3. La satisfaction du sommeil 	<p>Q18. Dans les 7 derniers jours, combien d'heure [de sommeil] avez-vous eues?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jour 1 - Jour 2 - Jour 3 - Jour 4 - Jour 5 - Jour 6 - Jour 7 <p>Variable ordinale : 1=Moins de 4 heures, 2=De 4 heures à moins de 5 heures, 3=De 5 heures à moins de 6 heures, 4=De 6 heures à moins de 7 heures, 5=De 7 heures à moins de 8 heures, 6 = 8 heures et plus Source : adaptée de Baldwin <i>et al.</i> (2004)</p> <p>Q20. De façon générale, êtes-vous satisfait de votre sommeil?</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout satisfait/satisfaite, 2=Légèrement satisfait/satisfaite, 3=Modérément satisfait/satisfaite, 4=Très satisfait/satisfaite, 5=Extrêmement satisfait/satisfaite Source : WHOQOL-BREF (1993)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement. La dimension est : <ol style="list-style-type: none"> 4. La présence de congés 5. La perception générale de la qualité de vie 	Q28. Le mois dernier, combien de fins de semaine (week-end) avez-vous eues? Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1, 2=2, 3=3, 4=4 Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
		Q29. Le mois dernier, combien de journées de vacances avez-vous prises? Variable ordinale : 0=Aucun, 1=1-2, 2=3-4, 3=5-6, 4=une semaine, 5=deux semaines Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
		Q37. En général, comment trouvez-vous votre qualité de vie? Variable ordinale : 1=Très mauvaise, 2=Mauvaise, 3=Ni bonne, ni mauvaise, 4=Bonne, 5=Très bonne Source : WHOQOL-BREF (1993)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement. Les dimensions sont : <ol style="list-style-type: none"> 6. La satisfaction des activités de loisir 7. La satisfaction du temps passé avec les amis et la famille 	Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de vos activités de loisirs Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
		Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... du temps consacré à vos relations familiales Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
		Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... du temps consacré à vos relations amicales Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement.	Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de vos relations avec vos amis Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
	Les dimensions sont : 8. La satisfaction des relations avec les amis et la famille 9. La satisfaction de la situation financière	Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de vos relations avec les membres de votre famille Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)
		Q43. En général, estimez-vous que vous consacrez suffisamment de temps à votre entourage Variable ordinale : 1=Pas du tout d'accord, 2=Pas d'accord, 3=Ni en désaccord, ni en accord, 4=D'accord, 5=Tout à fait d'accord Source : WHOQOL-BREF (1993)
		Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de votre situation financière Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement. Les dimensions sont : 10. La satisfaction de soi-même 11. La vie agréable 12. Les croyances personnelles	<p>Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de vous-même</p> <p>Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait</p> <p>Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)</p>
		<p>Q42. En général, avez-vous une bonne opinion de vous-même</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Tout à fait</p> <p>Source : WHOQOL-BREF (1993)</p>
		<p>Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de l'apparence de votre corps</p> <p>Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait</p> <p>Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)</p>
		<p>Q40. En général, trouvez-vous la vie agréable?</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Tout à fait</p> <p>Source : WHOQOL-BREF (1993)</p>
		<p>Q41. Vos croyances personnelles (valeurs, morale, religion) donnent-elles un sens à votre vie?</p> <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Tout à fait</p> <p>Source : WHOQOL-BREF (1993)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Qualité de vie (suite)	Perception des objectifs, des attentes, des normes et des inquiétudes dans les composantes telles la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances personnelles et la relation avec les spécificités de l'environnement	<p>Q39. En général, êtes-vous capable de vous concentrer...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans vos tâches professionnelles - Dans votre étude - Dans vos activités quotidiennes <p>Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : inspirée de WHOQOL-BREF (1993)</p>
	<p>Les dimensions sont :</p> <p>13. La concentration</p> <p>14. Les sentiments négatifs</p>	<p>Q44. Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le « blues », le désespoir, l'anxiété ou la dépression?</p> <p>Variable ordinale: 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Toujours Source : WHOQOL-BREF (1993)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
La perception générale de la santé	Perception à l'égard d'une santé fonctionnelle	Q30. Le mois dernier, combien de jours de maladie avez-vous pris?
	Les dimensions sont :	Variable ordinale : 0=Aucun, 1=1-2, 2=3-4, 3=5-6, 4=7-8, 5=9 et plus
	1. Les jours de maladie	Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
	2. La satisfaction quant aux tâches quotidiennes	Q38. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait... de votre capacité à accomplir vos tâches quotidiennes
	3. La satisfaction générale de la santé	Variable ordinale : 1=Très insatisfait, 2= Insatisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait
4. La présence de douleur physique	Source : adaptée de Statistique Canada (2008) et de WHOQOL-BREF (1993)	
5. La prise de traitement quotidien	Q45. En général, êtes-vous satisfait de votre santé?	
	Variable ordinale : 1=Pas du tout satisfait, 2= Pas satisfait, 3=Ni satisfait, ni insatisfait, 4=Satisfait, 5=Très satisfait	
	Source : WHOQOL-BREF (1993)	
	Q46. La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire?	
	Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Complètement	
	Source : WHOQOL-BREF (1993)	
	Q47. Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours?	
	Variable ordinale : 1=Pas du tout, 2=Un peu, 3=Modérément, 4=Beaucoup, 5=Complètement	
	Source : WHOQOL-BREF (1993)	

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Habitudes de vie	Comportements ayant une influence sur la santé et la qualité de vie	Q48. Dans les 12 derniers mois, avez-vous pratiqué des sports de façon régulière?
	Les dimensions sont : 1. La pratique du sport 2. Perception générale des habitudes de vie	Variable dichotomique : 0=non 1=oui, Source : WHOQOL-BREF (1993)
		Q49. Quels sports avez-vous pratiqué? Variable nominale sans choix de réponse Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)
		Q49b. Dans l'ensemble, à quelle fréquence avez-vous pratiqué ces sports? Variable ordinale : 1=2 à 3 fois par mois, 2=1 à 2 fois par semaine, 3=3 fois et plus par semaine, 4=ne sait pas Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)
		Q49c. Dans l'ensemble, participez-vous à ces sports principalement pour la compétition ou de façon récréative? Variable nominale : 1=compétition, 2=façon récréative, 3=ne sait pas Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)
		Q50. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes de vie sont : Variable ordinale : 1=excellentes, 2=très bonnes, 3=bonnes, 4=passables, 5=mauvaises Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Habitudes de vie (suite)	Comportements ayant une influence sur la santé et la qualité de vie Les dimensions sont : 3. Les habitudes alimentaires 4. La perception du poids 5. Les comportements à risque 6. Consommation de caféine 7. Consommation d'alcool	Q51. Depuis le début de votre résidence, diriez-vous que vos habitudes alimentaires sont : Variable ordinale : 1=excellentes, 2=très bonnes, 3=bonnes, 4=passables, 5=mauvaises Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)
		Q52. Depuis le début de votre résidence, avez-vous : Variable nominale : 1=gardé presque le même poids, 2=pris du poids, 3=perdu du poids, 4=pris et perdu du poids à plusieurs reprises (fait le yoyo) Source : inspirée de Statistique Canada (2007a)
		Q53. À quelle fréquence conduisez-vous lorsque vous vous sentez fatigué? Variable ordinale : 1=souvent, 2=parfois, 3=rarement, 4=Jamais Source : inspirée de Baldwin <i>et al.</i> (2004)
		Q54. En général, combien de portion de caféine consommez-vous par jour? Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1 à 2, 2=3 à 4, 3=5 à 6, 4=6 et plus, 5=autre Source : question originale
		Q55. Au cours des derniers 12 mois, combien de fois avez-vous bu 5 verres ou plus d'alcool à une même occasion? Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Moins d'une fois par mois, 3=Une fois par mois, 4= 2 à 3 fois par mois, 5=Une fois par semaine, 6= plus d'une fois par semaine, 7=autre Source : Statistique Canada (2007a)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Habitudes de vie (suite)	<p>Comportements ayant une influence sur la santé et la qualité de vie</p> <p>Les dimensions sont :</p> <p>8. Consommation de substance pour dormir</p>	<p>Q56. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à dormir?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcool - Analgésiques - Anti-inflammatoire - Anti-histaminiques - Relaxants musculaires - Antidépresseurs - Anxiolytiques - Antipsychotiques - Barbituriques - Opiacés - Produits naturels (ex. mélatonine) - Des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich) - Des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.) - Autres médicaments et substances <p>Variable nominale : 1=Pas consommé, 2=Moins d'une fois par mois, 3=Environ une fois par mois, 4=1 ou 2 fois par semaine, 5=3 à 6 fois par semaine, 6= Tous les jours</p> <p>Source : inspirée de Baldwin <i>et al.</i> (2004); RISQ (2013); Statistique Canada (2007a)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Habitudes de vie (suite)	<p>Comportements ayant une influence sur la santé et la qualité de vie</p> <p>Les dimensions sont :</p> <p>9. La consommation de substance pour rester éveillé</p>	<p>Q57. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à rester éveillé?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caféine - Boissons énergisantes - Nicotine - Analgésiques - Anti-inflammatoire - Psychostimulants (Ritalin, amphétamines, etc.) - Molécules pour dysfonctions érectiles - Opiacés - Pilules pour maigrir - Stéroïdes anabolisants - Produits naturels (ex. mélatonine) - Des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich) - Des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.) - Autres médicaments et substances <p>Variable nominale : 1=Pas consommé, 2=Moins d'une fois par mois, 3=Environ une fois par mois, 4=1 ou 2 fois par semaine, 5=3 à 6 fois par semaine, 6= Tous les jours</p> <p>Source : inspirée de Baldwin <i>et al.</i> (2004); RISQ (2013); Statistique Canada (2007a)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Habitudes de vie (suite)	<p>Comportements ayant une influence sur la santé et la qualité de vie</p> <p>Les dimensions sont :</p> <p>10. La consommation de substance pour fonctionner au quotidien</p>	<p>Q58. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé les substances suivantes pour vous aider à fonctionner au quotidien (ex. relaxer, passer d'une activité à une autre, se rendre disponible, etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caféine - Alcool - Nicotine - Boissons énergisantes - Vitamines - Suppléments ou substituts alimentaires - Analgésiques - Anti-inflammatoire - Médicaments contre les brûlements d'estomac - Psychostimulants (Ritalin, amphétamines, etc.) - Molécules pour dysfonctions érectiles - Anxiolytiques - Opiacés - Pilules pour maigrir - Stéroïdes anabolisants - Produits naturels - Des drogues douces (marijuana, cannabis, haschich) - Des drogues dures (cocaïne, héroïne, LSD, etc.) - Autres médicaments et substances <p>Variable nominale : 1=Pas consommé, 2=Moins d'une fois par mois, 3=Environ une fois par mois, 4=1 ou 2 fois par semaine, 5=3 à 6 fois par semaine, 6= Tous les jours</p> <p>Source : inspirée de Baldwin <i>et al.</i> (2004); RISQ (2013); Statistique Canada (2007a)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Stratégies de régulation	Comportements, savoir-faire, attitudes, émotions, pensées développés et mis en œuvre pour parvenir à maintenir l'équilibre avec l'environnement	Q9. Avez-vous déjà envisagé de quitter la médecine? Variable ordinale : 1=Jamais, 2=Parfois, 3=Souvent, 4=Très souvent, 5=Tous les jours Source : Le Tourneur et Kolmy (2011)
	Les dimensions sont : 1. Pensée à l'égard de quitter la médecine 2. L'utilisation d'appareil électronique pour la gestion de temps 3. Prise de congés	Q25. Le mois dernier, avez-vous géré votre horaire à l'aide d'un BlackBerry, d'un iPhone ou d'un autre appareil de poche sans fil (p.ex. iPod Touch, Palm Pre)? Variable dichotomique : 0=non, 1=oui, Source : question originale
		Q25a. Quelles sont les autres méthodes de gestion d'horaire que vous utilisez? - Mémorisation - Agenda - Calendrier - Feuilles libres - Horaires reçus Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : question originale
		Q26. Le mois dernier, combien de journées avez-vous prises comme congé pour études? Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1-2, 2=3-4, 3=5-6, 4=7 et plus Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)
		Q27. Le mois dernier, combien de journées avez-vous prises comme congé pour congrès? Variable ordinale : 0=Aucune, 1=1-2, 2=3-4, 3=5-6, 4=7-8, 5=9-10, 6=Plus de 10 Source : inspirée de l'entente collective FMRQ-MSSS (2011)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Variables sociodémographiques	Caractéristiques personnelles du résident.	Q60. Quel est votre sexe?
	Les dimensions sont :	Variable dichotomique : 1=Féminin, 2=Masculin Source : Statistique Canada (2007a)
	1. Le sexe	Q60a. Vous considérez-vous :
	2. L'orientation sexuelle	Variable nominale : 1=Hétérosexuel(le), 2=Homosexuel(le), 3=Bisexuel(le)
	3. L'âge	Source : Statistique Canada (2007b)
4. L'état matrimonial	Q61. Quel âge avez-vous?	
5. Le lieu de naissance	Variable discrète Source : question originale	
		Q62. Quel est votre état matrimonial actuel?
		Variable nominale : 1=Marié, 2=En union libre ou conjoint de fait, 3=Veuf, 4=Séparé, 5=Divorcé, 6=Célibataire, jamais marié Source : Statistique Canada (2007a)
		Q65. Quel est votre lieu de naissance?
		Variable nominale sans choix de réponse Source : inspirée de Statistique Canada (2007b)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Variables sociodémographiques (suite)	Caractéristiques personnelles du résident Les dimensions sont : 6. Le statut de nationalité /immigration 7. La diplomation	Q66. Quel est votre statut au Canada? Variable nominale : 1=Citoyen canadien, 2=Résident permanent (immigrant reçu), 3=Visa étudiant, 4=Visa de travail Source : Sondage national des médecins (2010)
		Q67. Êtes-vous diplômé hors-Canada, États-Unis (DHCEU) Variable dichotomique : 0=non 1=où, Source : question originale
		Q68. Quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la faculté de médecine? - Aucun - Diplôme d'études collégiales (DEC du cégep) - Baccalauréat ès sciences - Baccalauréat ès arts - Autre baccalauréat - Maitrise - Doctorat (Ph.D, D.M.D, D.M.V, O.D, D.Pharm, etc.) - Autre Variable dichotomique : 0=non, 1=où Source : Sondage national des médecins (2010)

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Variables sociodémographiques (suite)	Caractéristiques personnelles du résident Les dimensions sont : 7. La diplomation	<p>Q68a. Quels grades ou diplômes avez-vous obtenus avant d'entrer à la résidence?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équivalent d'un diplôme d'études collégiales - Équivalent d'un baccalauréat ès sciences - Équivalent d'un baccalauréat ès arts - Équivalent d'une maîtrise - Équivalent d'un doctorat (Ph.D, D.M.D, D.M.V, O.D, D.Pharm, etc.) - Autre <p>Variable dichotomique : 0=non, 1=oui Source : Sondage national des médecins (2010)</p>
		<p>Q68b. Avez-vous eu à compléter une partie ou la totalité de la formation prédoctorale avant d'être admis à la résidence?</p> <p>Variable nominale : 1=oui en totalité, 2=oui en partie, 3=non Source : question originale</p>
		<p>Q68c. Dans quelle université avez-vous complété cette formation prédoctorale?</p> <p>Q69. Dans quelle université avez-vous complété vos études prédoctorales (M.D.)?</p> <p>Variable nominale : 1=U. Laval, 2=U. de Montréal, 3=U. McGill, 4=U. Sherbrooke, 5=Ailleurs au Canada, 6=Ailleurs aux Etats-Unis, 7=U. d'Ottawa Source : Sondage national des médecins (2010)</p>

Variables	Définition opératoire	Indicateurs
Propositions de pistes d'amélioration	Pistes d'amélioration à l'égard de la résidence qui pourrait être mises en place par les milieux	<p>Q59. Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les mesures d'amélioration de la qualité de vie et du bien-être qui sont présentés dans la liste suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la charge de travail - Augmentation de l'autonomie du résident - Attribution d'un tuteur sénior à chaque résident - Mise en place de groupe de soutien entre les pairs - Mise en place d'activités sociales et sportives au sein de l'UMF - Diminution de la durée de la période de garde - Augmentation de ressources pour les soins aux patients - Augmentation de la durée de la résidence - Modification de L'organisation du travail dans les soins - Modification de l'organisation du travail dans la gestion administrative - Formation obligatoire sur l'équilibre de vie - Collaboration et concertation entre les facultés, la FMRQ, le ministère, etc. <p>Variable ordinale : 1=Pas du tout d'accord, 2=Pas d'accord, 3=Ni en désaccord, ni en accord, 4=D'accord, 5=Tout à fait d'accord</p> <p>Source : question originale</p>

ANNEXE G

ANALYSE FACTORIELLE POUR AMBIGÜITÉ, CONFLITS ET SURCHARGE
DE RÔLE

Énoncés	Dimensions			
	1	2	3	4
1. Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail	0,60	0,12	-0,15	-0,14
2. Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés	0,78	-0,11	-0,02	-0,20
3. Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement	-0,03	0,66	0,07	0,17
4. Je sais que j'ai bien réparti mon temps	0,47	-0,02	-0,54	0,05
5. On m'attribue une tâche sans la main-d'œuvre nécessaire pour la compléter	-0,19	0,81	0,04	0,06
6. Mes responsabilités sont clairement définies	0,84	-0,19	-0,14	-0,07
7. Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches	-0,08	0,65	0,10	0,11
8. Je travaille avec deux ou plusieurs groupes de personnes qui fonctionnent assez différemment	-0,11	0,24	0,08	0,67
9. Je sais exactement ce qu'on attend de moi	0,84	-0,11	-0,14	-0,11
10. Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes	-0,12	0,19	0,16	0,81
11. Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres	-0,20	0,15	0,06	0,78
12. On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter	-0,31	0,71	0,13	0,22
13. Les explications de ce que je dois faire sont claires	0,83	-0,13	-0,16	-0,08
14. Je dois travailler sur des choses peu importantes	0,17	0,58	0,16	0,15
16. On me presse de faire mon travail	-0,20	0,15	0,74	0,21
19. Souvent, il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne	-0,10	0,28	0,81	-0,00
20. À mon travail, les standards de performance sont trop élevés	-0,10	0,05	0,82	0,17
Alpha de Cronbach	0,86	0,77	0,80	0,72

ANNEXE H

ANALYSE FACTORIELLE POUR LA QUALITÉ DE VIE

	Dimensions		
	1	2	3
Énoncés sur la satisfaction (Q38)			
De vos activités de loisirs	0,70	0,32	0,10
De vous-même	0,14	0,78	0,26
Du temps consacré à vos relations familiales	0,80	0,03	0,20
Du temps consacré à vos relations amicales	0,79	0,14	0,13
Énoncés sur la qualité de vie			
Q41. Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?	0,09	0,77	0,08
Q42. En général, avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	0,21	0,85	0,05
Q43. En général, estimez-vous que vous consacrez suffisamment de temps à votre entourage	0,86	0,12	0,10
Énoncés sur la qualité de vie au travail (Q10.)			
En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne les apprentissages faits durant la résidence	0,14	0,02	0,85
En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne la nature des tâches	0,15	0,42	0,58
En général, quel est votre niveau de satisfaction en ce qui concerne le climat de travail	0,15	0,14	0,81
Alpha de Cronbach	0,79	0,80	0,74

ANNEXE I

ANALYSE FACTORIELLE POUR L'ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE

Énoncés	Dimension
	1
1. Je doute de moi	0,77
2. J'ai peur de ne pas être à la hauteur lors de la résidence	0,82
3. J'ai peur d'échouer	0,84
4. J'ai peur d'échouer à cause de la pression	0,82
5. J'ai peur d'être peu performant	0,86
6. J'ai peur de ne pas atteindre mon but	0,78
7. J'ai peur de décevoir par un mauvais résultat	0,76
Q32. De façon générale, vous avez peur de faire une erreur médicale	0,65
Alpha de Cronbach	0,91
Alpha de Cronbach en supprimant la Q32	0,91

ANNEXE J

ANALYSE FACTORIELLE POUR LA RECONNAISSANCE

Énoncés	Dimensions		
	1	2	3
1. De vos patients	0,093	0,038	0,949
2. De la famille de vos patients	0,225	0,127	0,920
4. De l'équipe soignante (autre que MD)	0,258	0,699	0,106
5. De résidents juniors	0,843	0,364	0,092
6. Des résidents de la même année que vous	0,922	0,089	0,089
7. De résidents séniors	0,767	0,460	0,159
8. Du résident coordonnateur	0,789	0,262	0,348
9. De vos patrons omnipraticiens	0,456	0,689	0,065
10. De vos patrons spécialistes	0,109	0,846	0,044
Alpha de Cronbach	0,928	0,705	0,880

ANNEXE K

THÈMES D'ANALYSE QUALITATIVE

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-administration	73	administrateur, administratif, administration, gestionnaire, gestion, diriger
th-aimer	428	adorer, aimer, apprécier, chérir, affectionner, aimé, fan
th-amélioration	277	amélioration, amélioré, améliorer, évolution, mieux, progression
th-ami	387	ami, ami de médecine, ami en médecine, ami en psychiatrie, amical, amitié
th-amoureux	74	amour, amoureux, chéri, copain, flirt, flirter
th-anxiété	191	angoisse, angoisser, anxiété, anxieux, anxiogène, appréhender, appréhension, crainte, inquiet, inquiétant, inquiéter, inquiétude, nerveux, peur, peureux, préoccupation, préoccuper, souci, soucier, soucieux
th-apparence	27	allure, apparence
th-appel	194	appel, appelé, appeler
th-appliquer	88	applicable, appliquer
th-apprentissage	397	académique, acquis, acquisition, apprendre, apprentissage, éducatif, éducation, enseignement, formation, initiation, pédagogie, pédagogique, préparation, qualification, scolaire
th-attendre	366	attendant, attendre, attente, prévision, stand-by

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-attente-exigences	238	exigé, exigence, obligatoire, exiger, obligation, nécessité, obligé, obliger, obligatoirement, imposer, pointilleux, corvée, engagement, objectif, but, attente particulière, attente personnelle
th-banal	158	banal, fréquent, général, ***médecin général / général, ***médecine générale / général, habituel, normal, ordinaire, quelconque
th-bureau	147	bureau, prise en charge
th-changement	309	change, changé, changeant, changement, changer, devenir, modification, transformation, variation
th-climat-de-travail	9	ambiance de travail, climat de travail
th-collectif	28	commun, Communautaire
th-collègue	122	colleague, collègue, collègue de résidence, collègue résident
th-complet	275	absolu, accompli, complet, complètement, compléter, complétion, entier, exhaustif, fini, plein, total
th-conduite	65	conduite, attitude, comportement, comporter
th-conflit	104	conflit, conflictuel, différend, désaccord, guerre, contradiction, divergence, incompatibilité, contradictoire, contredire, contredit, incompatible, compatible, adverse, contraire, opposé, contester, obstiner, contesté
th-conge-arret	119	arrêt de travail, congé, grève, pause, congé de maladie, congé maladie
th-conseiller-pédagogique	27	conseiller pédagogique, mentor pédagogique, tuteur
th-considération	102	attentif, attention, ***déficit d'attention / attention, considération, considérer, égard
th-demande	254	demande, demandé, demander
th-description	161	décrire, détailler, observation, observer, regarder, vérifier

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-difficile	362	ardu, complexe, compliqué, délicat, difficile, difficilement, difficulté, dur, exigeant, laborieux, obscur, pénible
th-dir-prog-umf	129	adjoint, chef, ***assistance résidente chéfesse / chef, codirecteur, codirection, directeur, directeur de l'UMF, directeur de programme, direction, direction du programme
th-echec	37	échec, échouer, rater, foirer
th-emploi	92	boulot, emploi, job, métier, occupation
th-equipe	83	gang, équipe
th-etude-examen	533	étude, étudier, examen, studieux
th-étudiant-en-médecine	166	doc, doctorat, étude en médecine, étudiant de médecine, étudiant en médecine, étudier...médecine, externat, externe
th-evaluation	377	CanMeds, évaluation, évaluer, juger, mesurer, réévaluer, formatif, formel, formateur, formellement, supervision, superviser, évaluation à la Mi-Stage, évaluation de Mi-Stage
th-extraordinaire	348	démesuré, énorme, énormément, étonnamment, excellent, exceptionnel, exceptionnellement, extra, extraordinaire, fabuleux, fantastique, formidable, génial, immense, incroyable, meilleur, merveilleux, parfait, super, superbe, superman, unique
th-famille	276	parent, parental, belle-famille, proche, ***voyage proche / proche, ***ami proche en commun / proche, ***ami proche / proche, dépense familiale, difficulté familiale, milieu familial, niveau familial, obligation familiale, pression familiale, problème familial, relation familiale, trou revenu familial, unité familiale complète, vie familiale, États-Unis avec la famille, exigence de famille, famille à faire, famille à voir, famille au besoin, famille de l'UMF, famille du Canada, famille immédiate, famille médicale, famille orientale, famille tissée serrée, grande famille, monde de la famille, petite famille, relation avec la famille

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-fatigue	50	fatigue, fatigué, fatiguer
th-fonction	119	fonction, fonctionnel, fonctionnement, fonctionner
th-garde	220	garde, horaire de garde, post-garde
th-gens	677	gens, individu, personne
th-gestion-temps	25	gérer...moment, gérer...temps, gestion de temps, gestion du temps
th-habitudes	39	habitude, ***UMF d'habitude / habitude, ***changement d'habitude de selle / habitude, mcdo
th-hospitalisation	78	hospitalisation, semaine à l'hospitalisation
th-important	160	considérable, important, essentiel, importance, influent, indispensable, essentiellement, nécessaire
th-incertitude	5	incertain, douteux, aléatoire
th-inférieur	108	inférieur, infériorité, faiblesse, mauvais, sous
th-intention-désir	109	aspirer, désir, désirer, envie, envier, espérer, goût, intention, intentionné, projeter, souhaiter, volonté
th-intérêt	359	avantage, avantageux, bénéfice, bénéficiaire, bénéfique, désavantagé, désavantager, efficace, faveur, favorable, gain, intéressant, intéressé, intéresser, intérêt, passe-droit, passionnant, payant, privilège, productif, produit, profitable, profiter, rentabiliser, rentable, revenu, utile, utilité
th-lieu-pratique	55	Hopital
th-logement	92	appartement, demeure, domicile, logement, maison, résider
th-loi-20	37	loi 20, projet de loi
th-manquer	91	manquer, manque, manqué, absence, lacune
th-méchant	59	arrogant, blessant, orgueilleux, orgueil, critique, autocritique, critiquer, blâme, harcèlement, méchant, agressif, méchamment, zèle, zélé

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-médecine-familiale	254	médecin de famille, médecin de la famille, médecine de famille, médecine des familles, médecine familiale, omni, omnipraticien, omnipratique
th-médicament	64	antibiotique, médicament, médication, prescription
th-milieu	17	environnement de travail, milieu de travail, environnement médical, milieu médical
th-modelage	61	modèle, idéal, standard, ***utilisation de guide de pratique standard / standard, ***cabinet standard / standard, inspirant
th-monde-idéal	32	monde idéal, monde meilleur
th-moyen	256	acceptable, convenable, correct, correctement, décent, équitable, honnête, moyen, satisfaisant
th-option	278	alternative, choisi, choisir, choix, élection, liberté, opter, option, optionnel, possibilité, sélection
th-patience	4	impatient, patience, patienter
th-patient	588	patient, suivi de patient, suivi des patients, suivre...patient
th-patron	821	patron, patronat, patronner, docteur, superviseur, ***médecin superviseur / superviseur, enseignant, pédagogue, professeur, maître, patrons de l'UMF, patron de l'UMF, patrons à l'UMF
th-période	1321	époque, laps, moment, P1, p2, p3, p4, p7, période, phase, temps
th-personnalité	45	personnalité
th-personnel	180	individuel, individuellement, personnel, personnalisé, personnaliser, personnellement, impersonnel
th-pleinair	17	plein air
th-point-de-vue	169	aspect, avis, biais, opinion, perspective, point de vue
th-pouvoir	106	!pouvoir, !pouvoir de, !pouvoir à, pouvoir à l'hôpital, relation de pouvoir, source de pouvoir
th-prem	46	prem, prime
th-pression	200	contrainte, creux, dépressif, dépression, déprime, déprimer, force, imprimer, intimidation, menace, presse, presser, pression, tension

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-problématique	172	barrière, écueil, frein, gêne, obstacle, problématique, problème
th-profession	60	carrière, profession, professionnellement, contexte professionnel, développement professionnel, entourage professionnel, modèle professionnel, relation professionnelle, réseau professionnel, rôle professionnel, service professionnel, sphère professionnelle, univers professionnel, vie professionnelle
th-professionnels-santé	141	ergothérapeute, infirmier, infirmière, interprofessionnel, pharmacien, physiothérapeute, psychologie, psychologue, travailleur social, travailleuse sociale, staff, travail social
th-projet-d-érudition	27	projet d'érudition
th-qualité-de-vie	43	qualité de vie
th-question	335	interrogation, interroger, question, questionnaire, questionnement, questionner
th-relation	236	affinité, harmonie, relation, attache, attachement, lien, contact, entente, lier, relationnel, interpersonnel
th-résidence-en-médecine	928	non-résident, résidence, résidence en médecine, résident, résident à médecin, résident de médecine, résident en médecine, résident médecin, résider...médecin, résider...médecine
th-resident-coordo	23	assistance résidente, assistant, assistant résident, assistant-résident, résident coordonnateur, résident-coordonnateur
th-rôle	48	rôle
th-santé-mentale	30	santé mentale
th-satisfait	272	aise, comblé, content, heureux, insatisfait, joyeux, satisfaire, satisfait
th-sentiment	497	émotion, impression, sentiment, sentir
th-sentiment-de-culpabilité	16	sentiment de culpabilité, sentir...coupable, sentir...culpabilisation, sentir...culpabilité
th-sérieux	67	sérieux, grave, sévère, dangereux, dramatique, élevé

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-seul	78	seul, solitaire
th-solution	13	solution
th-sortir	374	enlever, partir, quitter, ressortir, sortie, sortir
th-source-d- insatisfaction	8	cause d'insatisfaction, source d'insatisfaction
th-soutien	326	aidant, aider, apport, appui, appuyer, bienveillance, collaborer, conforter, conseil, consoler, contribuer, dépanner, encourager, entraide, épauler, faciliter, favoriser, participation, recommandation, réconfort, reconforter, soutenir, soutien, support
th-spécialistes	91	chirurgien, gériatre, médecin interne, médecin interniste, obstétricien, pédiatre, psychiatre, spécialiste, urgentologue
th-spécialité	391	soin intensif, soin palliatif, gériatrie, gériatrique, pédiatrie, psy, psychiatrie, psychiatrique, spécialité, obstétrique, gynéco-obstétrique, chirurgie, chirurgical, médecine interne
th-stage-mf	21	stage de médecin, stage de médecine, stage en médecine, mois de stage d'UMF, mois de stage, mois d'UMF, stage à l'UMF, stage d'UMF, stage UMF, stage de médecin de famille rurale, stage rural, stage de médecine familiale

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-stage-specialites	106	stage à l'urgence, stage d'urgence, stage en urgence, stage de gériatrie, stage en gériatrie, stage de pédiatrie, stage en pédiatrie, stage en psychiatrie, stage de psychiatrie, ajout de stage à option, stage à option, stage en option, stage optionnel, année supplémentaire de stage optionnel, deuxième stage de médecine interne, stage à l'étranger, stage à l'extérieur, stage à option en psychiatrie, option en psychiatrie, stage à option en urgence, option en urgence, stage de cardiologie, stage de chirurgie, stage en chirurgie, stage de chirurgie orthopédique, stage d'orthopédie, stage de médecine obstétrique, stage d'obstétrique, stage de néphrologie, stage de pédiatrie sociale, stage de soin, stage en soin, stage de soin intensif, stage de soin palliatif, stage de spécialité, stage de spécialité en ville, stage de trauma, stage en dermatologie, stage en Haïti, stage en médecine interne, stage en médecine sportive, stage en Obstétrique-Gynécologie, stage en périnatalité, stage Sarros

Thème	Fréquence	Ingrédients / Unité sémantique
th-supérieur	19	au-dessus, supérieur, en deçà
th-temps-libre	13	moment libre, période libre, temps disponible, temps libre
th-travail	78	! quart de travail, charge de travail, charge de travail supplémentaire, ouvrage, rythme de travail épouvantable, shift, stage de nuit, surcharge de travail, tâche, travail à faire, travail à la maison, travail à remettre, travail au bureau, travail aux heures, travail avec des contraintes, travail de recherche, travail de résidence, travail de stage de nuit, travail en solo, travail universitaire, truc de quart de travail
th-umf	351	UMF, unité
th-université	160	université, universitaire, Université de Montréal
th-valeur	63	dévalorisation, dévaloriser, estimation, montant, prix, valeur, valoir, valorisant, valorisation, valorisé, valoriser
th-vie	339	vie
th-vie-personnelle	41	vie personnelle
th-vie-sociale	194	loisir, sport, ***médecine du sport / sport, sportif, athlète, triathlon, triathlonien, vélo, course, courir, nage, nager, natation, ***stage en médecine sportive / sportif, ***médecine sportive / sportif
th-vivre	199	revivre, subsister, survie, survivre, vécu, vivable, vivant, vivifier, vivre

ANNEXE L

LISTE COMPLÈTE DES COOCCURRENCES SÉMANTIQUES

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-période	th-résidence-en-médecine	665	453	238
th-période	th-gens	665	362	195
th-période	th-sentiment	665	300	184
th-période	th-patron	665	356	160
th-résidence-en-médecine	th-patron	453	356	149
th-période	th-difficile	665	238	146
th-période	th-sortir	665	230	145
th-période	th-patient	665	270	137
th-résidence-en-médecine	th-gens	453	362	128
th-période	th-soutien	665	219	128
th-période	th-aimer	665	261	126
th-période	th-vie	665	218	126
th-patron	th-patient	356	270	123
th-période	th-changement	665	207	122
th-gens	th-sentiment	362	300	122
th-période	th-etude-examen	665	237	121
th-période	th-intérêt	665	240	119
th-gens	th-patron	362	356	119
th-période	th-extraordinaire	665	237	116
th-période	th-apprentissage	665	226	116

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-patron	th-sentiment	356	300	113
th-période	th-complet	665	207	110
th-résidence-en-médecine	th-difficile	453	238	110
th-résidence-en-médecine	th-sentiment	453	300	109
th-période	th-ami	665	212	106
th-période	th-amélioration	665	180	104
th-période	th-attendre	665	188	103
th-patron	th-apprentissage	356	226	103
th-résidence-en-médecine	th-sortir	453	230	101
th-période	th-satisfait	665	188	97
th-période	th-evaluation	665	183	97
th-gens	th-difficile	362	238	96
th-période	th-demande	665	173	95
th-période	th-umf	665	196	94
th-période	th-spécialité	665	181	93
th-période	th-question	665	183	92
th-résidence-en-médecine	th-soutien	453	219	92
th-résidence-en-médecine	th-umf	453	196	92
th-gens	th-extraordinaire	362	237	92
th-résidence-en-médecine	th-patient	453	270	91
th-période	th-moyen	665	172	90
th-gens	th-ami	362	212	88
th-patron	th-evaluation	356	183	87
th-gens	th-soutien	362	219	85
th-patron	th-soutien	356	219	85

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-résidence-en-médecine	th-apprentissage	453	226	84
th-gens	th-patient	362	270	84
th-sentiment	th-patient	300	270	84
th-sentiment	th-difficile	300	238	84
th-résidence-en-médecine	th-vie	453	218	83
th-patron	th-extraordinaire	356	237	83
th-résidence-en-médecine	th-changement	453	207	82
th-résidence-en-médecine	th-intérêt	453	240	80
th-résidence-en-médecine	th-extraordinaire	453	237	79
th-résidence-en-médecine	th-ami	453	212	78
th-période	th-pression	665	133	78
th-résidence-en-médecine	th-amélioration	453	180	78
th-gens	th-sortir	362	230	78
th-sentiment	th-extraordinaire	300	237	78
th-patron	th-umf	356	196	78
th-sentiment	th-soutien	300	219	78
th-résidence-en-médecine	th-etude-examen	453	237	77
th-gens	th-umf	362	196	77
th-gens	th-aimer	362	261	76
th-gens	th-vie	362	218	76
th-période	th-problématique	665	128	75
th-période	th-description	665	125	75
th-période	th-anxiété	665	119	75
th-sentiment	th-apprentissage	300	226	75
th-patron	th-demande	356	173	75

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-résidence-en-médecine	th-complet	453	207	74
th-période	th-relation	665	132	74
th-gens	th-complet	362	207	74
th-sentiment	th-vie	300	218	74
th-gens	th-intérêt	362	240	73
th-patron	th-difficile	356	238	73
th-période	th-appel	665	120	73
th-sentiment	th-sortir	300	230	73
th-période	th-important	665	118	72
th-sentiment	th-aimer	300	261	72
th-période	th-option	665	166	71
th-patron	th-aimer	356	261	71
th-gens	th-apprentissage	362	226	71
th-gens	th-changement	362	207	71
th-période	th-famille	665	153	70
th-période	th-vivre	665	117	70
th-résidence-en-médecine	th-spécialité	453	181	69
th-période	th-garde	665	119	69
th-patron	th-satisfait	356	188	68
th-aimer	th-intérêt	261	240	68
th-gens	th-moyen	362	172	68
th-période	th-médecine-familiale	665	131	67
th-patron	th-attendre	356	188	67
th-patron	th-question	356	183	67
th-sentiment	th-amélioration	300	180	67
th-gens	th-demande	362	173	66
th-période	th-banal	665	126	65
th-période	th-vie-sociale	665	105	65
th-sentiment	th-changement	300	207	65
th-résidence-en-médecine	th-aimer	453	261	64

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-patient	th-extraordinaire	270	237	64
th-patient	th-apprentissage	270	226	64
th-difficile	th-vie	238	218	64
th-patient	th-evaluation	270	183	64
th-résidence-en-médecine	th-attendre	453	188	63
th-résidence-en-médecine	th-satisfait	453	188	63
th-patron	th-changement	356	207	63
th-période	th-bureau	665	104	63
th-patron	th-sortir	356	230	62
th-extraordinaire	th-soutien	237	219	62
th-résidence-en-médecine	th-question	453	183	61
th-résidence-en-médecine	th-option	453	166	61
th-patron	th-complet	356	207	61
th-patient	th-difficile	270	238	61
th-patient	th-sortir	270	230	61
th-difficile	th-extraordinaire	238	237	61
th-sentiment	th-satisfait	300	188	61
th-patron	th-amélioration	356	180	60
th-sentiment	th-complet	300	207	60
th-patron	th-moyen	356	172	59
th-résidence-en-médecine	th-médecine-familiale	453	131	59
th-sentiment	th-demande	300	173	59
th-patient	th-attendre	270	188	59
th-sortir	th-complet	230	207	59
th-spécialité	th-médecine-familiale	181	131	59
th-période	th-attente-exigences	665	128	58

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-patron	th-intérêt	356	240	58
th-résidence-en-médecine	th-evaluation	453	183	58
th-gens	th-option	362	166	58
th-résidence-en-médecine	th-étudiant-en-médecine	453	114	58
th-intérêt	th-complet	240	207	58
th-sortir	th-vie	230	218	58
th-sentiment	th-intérêt	300	240	57
th-patient	th-aimer	270	261	57
th-gens	th-question	362	183	57
th-patron	th-spécialité	356	181	57
th-etude-examen	th-sortir	237	230	57
th-résidence-en-médecine	th-vivre	453	117	57
th-gens	th-problématique	362	128	57
th-patron	th-vie	356	218	56
th-gens	th-satisfait	362	188	56
th-gens	th-spécialité	362	181	56
th-patient	th-intérêt	270	240	56
th-sentiment	th-umf	300	196	56
th-patient	th-complet	270	207	56
th-apprentissage	th-soutien	226	219	56
th-extraordinaire	th-apprentissage	237	226	56
th-aimer	th-spécialité	261	181	56
th-aimer	th-amélioration	261	180	56
th-gens	th-attendre	362	188	55
th-gens	th-evaluation	362	183	55
th-aimer	th-difficile	261	238	55
th-difficile	th-sortir	238	230	55
th-difficile	th-apprentissage	238	226	55

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-intérêt	th-apprentissage	240	226	55
th-etude-examen	th-apprentissage	237	226	55
th-difficile	th-changement	238	207	55
th-patient	th-bureau	270	104	55
th-période	th-personnel	665	98	54
th-période	th-fonction	665	88	54
th-sentiment	th-spécialité	300	181	54
th-gens	th-pression	362	133	54
th-patron	th-problématique	356	128	54
th-extraordinaire	th-satisfait	237	188	54
th-intérêt	th-spécialité	240	181	54
th-gens	th-etude-examen	362	237	53
th-résidence-en-médecine	th-demande	453	173	53
th-résidence-en-médecine	th-relation	453	132	53
th-aimer	th-apprentissage	261	226	53
th-résidence-en-médecine	th-problématique	453	128	53
th-patient	th-changement	270	207	53
th-résidence-en-médecine	th-anxiété	453	119	53
th-période	th-pouvoir	665	75	53
th-sortir	th-soutien	230	219	53
th-patient	th-demande	270	173	53
th-apprentissage	th-evaluation	226	183	53
th-sentiment	th-pression	300	133	53
th-période	th-étudiant-en-médecine	665	114	52
th-sentiment	th-etude-ex.	300	237	52

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-gens	th-amélioration	362	180	52
th-aimer	th-complet	261	207	52
th-intérêt	th-sortir	240	230	52
th-aimer	th-vie	261	218	52
th-extraordinaire	th-vie	237	218	52
th-intérêt	th-difficile	240	238	51
th-résidence-en-médecine	th-garde	453	119	51
th-intérêt	th-vie	240	218	51
th-difficile	th-complet	238	207	51
th-soutien	th-complet	219	207	51
th-aimer	th-extraordinaire	261	237	50
th-extraordinaire	th-sortir	237	230	50
th-résidence-en-médecine	th-description	453	125	50
th-sentiment	th-option	300	166	50
th-sentiment	th-moyen	300	172	50
th-extraordinaire	th-complet	237	207	50
th-aimer	th-satisfait	261	188	50
th-soutien	th-vie	219	218	50
th-patron	th-appel	356	120	50
th-difficile	th-question	238	183	50
th-sentiment	th-evaluation	300	183	49
th-difficile	th-etude-ex.	238	237	49
th-etude-examen	th-extraordinaire	237	237	49
th-résidence-en-médecine	th-attente-exigences	453	128	49
th-intérêt	th-changement	240	207	49
th-difficile	th-soutien	238	219	49
th-gens	th-relation	362	132	49
th-vie	th-ami	218	212	49

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-apprentissage	th-satisfait	226	188	49
th-difficile	th-spécialité	238	181	49
th-soutien	th-amélioration	219	180	49
th-aimer	th-sortir	261	230	48
th-patient	th-umf	270	196	48
th-apprentissage	th-complet	226	207	48
th-extraordinaire	th-demande	237	173	48
th-extraordinaire	th-spécialité	237	181	48
th-résidence-en-médecine	th-moyen	453	172	47
th-résidence-en-médecine	th-pression	453	133	47
th-résidence-en-médecine	th-université	453	110	47
th-résidence-en-médecine	th-important	453	118	47
th-extraordinaire	th-changement	237	207	47
th-difficile	th-umf	238	196	47
th-période	th-conflit	665	71	47
th-patient	th-moyen	270	172	47
th-gens	th-description	362	125	47
th-patient	th-spécialité	270	181	47
th-apprentissage	th-demande	226	173	47
th-intérêt	th-option	240	166	47
th-sentiment	th-relation	300	132	47
th-ami	th-famille	212	153	47
th-sentiment	th-ami	300	212	46
th-période	th-professionnels-santé	665	96	46
th-intérêt	th-etude-ex.	240	237	46

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-résidence-en-médecine	th-banal	453	126	46
th-etude-examen	th-vie	237	218	46
th-résidence-en-médecine	th-bureau	453	104	46
th-difficile	th-amélioration	238	180	46
th-sortir	th-amélioration	230	180	46
th-gens	th-anxiété	362	119	46
th-résidence-en-médecine	th-collègue	453	75	46
th-attendre	th-evaluation	188	183	46
th-attendre	th-moyen	188	172	46
th-patient	th-vie	270	218	45
th-résidence-en-médecine	th-appel	453	120	45
th-gens	th-famille	362	153	45
th-intérêt	th-extraordinaire	240	237	45
th-période	th-inférieur	665	81	45
th-extraordinaire	th-ami	237	212	45
th-app.	th-vie	226	218	45
th-soutien	th-umf	219	196	45
th-difficile	th-demande	238	173	45
th-changement	th-spécialité	207	181	45
th-attendre	th-demande	188	173	45
th-résidence-en-médecine	th-famille	453	153	44
th-patient	th-soutien	270	219	44
th-patient	th-satisfait	270	188	44
th-sortir	th-ami	230	212	44
th-sortir	th-changement	230	207	44
th-patient	th-question	270	183	44
th-aimer	th-demande	261	173	44
th-difficile	th-attendre	238	188	44

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-soutien	th-satisfait	219	188	44
th-patron	th-anxiété	356	119	44
th-intérêt	th-satisfait	240	188	44
th-apprentissage	th-attendre	226	188	44
th-complet	th-umf	207	196	44
th-apprentissage	th-amélioration	226	180	44
th-sentiment	th-anxiété	300	119	44
th-difficile	th-ami	238	212	43
th-patron	th-relation	356	132	43
th-patient	th-amélioration	270	180	43
th-apprentissage	th-changement	226	207	43
th-apprentissage	th-umf	226	196	43
th-sentiment	th-problématique	300	128	43
th-apprentissage	th-moyen	226	172	43
th-vie	th-famille	218	153	43
th-patient	th-appel	270	120	43
th-période	th-université	665	110	42
th-aimer	th-soutien	261	219	42
th-sentiment	th-question	300	183	42
th-sentiment	th-attendre	300	188	42
th-intérêt	th-soutien	240	219	42
th-etude-examen	th-ami	237	212	42
th-soutien	th-changement	219	207	42
th-sortir	th-satisfait	230	188	42
th-gens	th-important	362	118	42
th-etude-examen	th-question	237	183	42
th-sentiment	th-banal	300	126	42
th-complet	th-satisfait	207	188	42

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-gens	th-bureau	362	104	42
th-patient	th-relation	270	132	42
th-umf	th-evaluation	196	183	42
th-gens	th-point-de-vue	362	79	42
th-difficile	th-pressure	238	133	42
th-patron	th-etude- examen	356	237	41
th-aimer	th-changement	261	207	41
th-période	th-conge-arret	665	74	41
th-patron	th-attente- exigences	356	128	41
th-période	th-considération	665	69	41
th-période	th-logement	665	71	41
th-patron	th-pressure	356	133	41
th-gens	th-vivre	362	117	41
th-patron	th-garde	356	119	41
th-difficile	th-evaluation	238	183	41
th-difficile	th-moyen	238	172	41
th-soutien	th-evaluation	219	183	41
th-soutien	th-demande	219	173	41
th- extraordinaire	th-moyen	237	172	41
th-sentiment	th-médecine- familiale	300	131	41
th-complet	th-demande	207	173	41
th-sortir	th-description	230	125	41
th-patron	th-inférieur	356	81	41
th-gens	th-pouvoir	362	75	41
th-patient	th-prof.-santé	270	96	41
th-patron	th-médecine- familiale	356	131	40
th-période	th-dir-prog-umf	665	68	40
th-gens	th-garde	362	119	40
th-gens	th-appel	362	120	40

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-apprentissage	th-question	226	183	40
th-difficile	th-satisfait	238	188	40
th-changement	th-complet	207	207	40
th-aimer	th-option	261	166	40
th-vie	th-satisfait	218	188	40
th-résidence-en-médecine	th-personnel	453	98	40
th-complet	th-spécialité	207	181	40
th-satisfait	th-moyen	188	172	40
th-patient	th-problématique	270	128	40
th-aimer	th-relation	261	132	40
th-extraordinaire	th-pression	237	133	40
th-patient	th-anxiété	270	119	40
th-spécialité	th-stage-specialites	181	71	40
th-patron	th-ami	356	212	39
th-patient	th-etude-examen	270	237	39
th-aimer	th-etude-examen	261	237	39
th-période	th-intention-désir	665	81	39
th-aimer	th-ami	261	212	39
th-etude-examen	th-soutien	237	219	39
th-période	th-point-de-vue	665	79	39
th-période	th-manquer	665	68	39
th-extraordinaire	th-evaluation	237	183	39
th-intérêt	th-demande	240	173	39
th-patron	th-description	356	125	39
th-résidence-en-médecine	th-fonction	453	88	39
th-difficile	th-option	238	166	39

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-vie	th-amélioration	218	180	39
th-changement	th-demande	207	173	39
th-evaluation	th-moyen	183	172	39
th-changement	th-médecine- familiale	207	131	39
th- extraordinaire	th-umf	237	196	38
th-soutien	th-ami	219	212	38
th-gens	th-médecine- familiale	362	131	38
th- extraordinaire	th-amélioration	237	180	38
th-vie	th-complet	218	207	38
th-intérêt	th-amélioration	240	180	38
th-changement	th-umf	207	196	38
th-sortir	th-demande	230	173	38
th-sentiment	th-description	300	125	38
th-patient	th-médecine- familiale	270	131	38
th-résidence-en- médecine	th-pouvoir	453	75	38
th-umf	th-demande	196	173	38
th-patient	th-description	270	125	38
th-spécialité	th-amélioration	181	180	38
th-difficile	th- problématique	238	128	38
th-intérêt	th-médecine- familiale	240	131	38
th-difficile	th-médecine- familiale	238	131	38
th-vie	th-pression	218	133	38
th-soutien	th-probl.	219	128	38
th-spécialité	th-option	181	166	38
th-patron	th-conflit	356	71	38
th-satisfait	th-relation	188	132	38
th-umf	th-dir-prog-umf	196	68	38

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-ami	th-complet	212	207	37
th- extraordinaire	th-question	237	183	37
th-résidence-en- médecine	th-prof.-santé	453	96	37
th-patron	th-banal	356	126	37
th-sortir	th-question	230	183	37
th-complet	th-amélioration	207	180	37
th-sortir	th-moyen	230	172	37
th-vie	th-spécialité	218	181	37
th-patron	th-bureau	356	104	37
th-changement	th-amélioration	207	180	37
th-changement	th-question	207	183	37
th-sentiment	th-vivre	300	117	37
th-demande	th-moyen	173	172	37
th-sortir	th-relation	230	132	37
th-difficile	th-vivre	238	117	37
th-vie	th-vivre	218	117	37
th-patron	th-option	356	166	36
th-etude- examen	th-changement	237	207	36
th-gens	th-banal	362	126	36
th-gens	th-attente- exigences	362	128	36
th-aimer	th-attendre	261	188	36
th- extraordinaire	th-attendre	237	188	36
th-gens	th-étudiant-en- médecine	362	114	36
th-etude- examen	th-attendre	237	188	36
th-intérêt	th-question	240	183	36
th-soutien	th-moyen	219	172	36
th-etude- examen	th-moyen	237	172	36
th-changement	th-attendre	207	188	36

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-soutien	th-question	219	183	36
th-attendre	th-question	188	183	36
th-aimer	th-médecine-familiale	261	131	36
th-patient	th-pression	270	133	36
th-evaluation	th-question	183	183	36
th-satisfait	th-demande	188	173	36
th-soutien	th-option	219	166	36
th-changement	th-option	207	166	36
th-sortir	th-famille	230	153	36
th-gens	th-inférieur	362	81	36
th-amélioration	th-moyen	180	172	36
th-sortir	th-problématique	230	128	36
th-extraordinaire	th-relation	237	132	36
th-patron	th-dir-prog-umf	356	68	36
th-sortir	th-anxiété	230	119	36
th-sortir	th-apprentissage	230	226	35
th-intérêt	th-umf	240	196	35
th-aimer	th-moyen	261	172	35
th-période	th-emploi	665	62	35
th-patron	th-vivre	356	117	35
th-complet	th-attendre	207	188	35
th-gens	th-université	362	110	35
th-vie	th-moyen	218	172	35
th-extraordinaire	th-famille	237	153	35
th-complet	th-option	207	166	35
th-patron	th-prof.-santé	356	96	35
th-patient	th-garde	270	119	35
th-sentiment	th-bureau	300	104	35
th-vie	th-relation	218	132	35

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-extraordinaire	th-problématique	237	128	35
th-spécialité	th-demande	181	173	35
th-soutien	th-pression	219	133	35
th-difficile	th-relation	238	132	35
th-sortir	th-important	230	118	35
th-sortir	th-bureau	230	104	35
th-demande	th-pression	173	133	35
th-spécialité	th-étudiant-en-médecine	181	114	35
th-patron	th-conduite	356	46	35
th-sortir	th-umf	230	196	34
th-période	th-seul	665	63	34
th-etude-examen	th-amélioration	237	180	34
th-résidence-en-médecine	th-inférieur	453	81	34
th-soutien	th-spécialité	219	181	34
th-patron	th-étudiant-en-médecine	356	114	34
th-umf	th-amélioration	196	180	34
th-umf	th-question	196	183	34
th-résidence-en-médecine	th-point-de-vue	453	79	34
th-attendre	th-satisfait	188	188	34
th-attendre	th-spécialité	188	181	34
th-ami	th-moyen	212	172	34
th-aimer	th-important	261	118	34
th-demande	th-option	173	166	34
th-apprentissage	th-médecine-familiale	226	131	34
th-période	th-collègue	665	75	33
th-apprentissage	th-spécialité	226	181	33
th-vie	th-attendre	218	188	33
th-vie	th-demande	218	173	33

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-extraordinaire	th-option	237	166	33
th-question	th-amélioration	183	180	33
th-umf	th-option	196	166	33
th-période	th-sérieux	665	53	33
th-patient	th-banal	270	126	33
th-complet	th-moyen	207	172	33
th-satisfait	th-question	188	183	33
th-sentiment	th-appel	300	120	33
th-satisfait	th-amélioration	188	180	33
th-résidence-en-médecine	th-conflit	453	71	33
th-résidence-en-médecine	th-stage-specialites	453	71	33
th-aimer	th-anxiété	261	119	33
th-amélioration	th-option	180	166	33
th-sentiment	th-professionnels-santé	300	96	33
th-complet	th-anxiété	207	119	33
th-apprentissage	th-important	226	118	33
th-aimer	th-bureau	261	104	33
th-spécialité	th-anxiété	181	119	33
th-vie	th-changement	218	207	32
th-sortir	th-attendre	230	188	32
th-patron	th-important	356	118	32
th-sortir	th-spécialité	230	181	32
th-ami	th-spécialité	212	181	32
th-apprentissage	th-option	226	166	32
th-sortir	th-option	230	166	32
th-vie	th-option	218	166	32
th-gens	th-professionnels-santé	362	96	32

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-etude- examen	th-famille	237	153	32
th-sentiment	th-important	300	118	32
th-satisfait	th-evaluation	188	183	32
th-evaluation	th-demande	183	173	32
th-etude- examen	th-important	237	118	32
th- apprentissage	th-attente- exigences	226	128	32
th-soutien	th-relation	219	132	32
th-sentiment	th-personnel	300	98	32
th-umf	th-médecine- familiale	196	131	32
th-patron	th-collègue	356	75	32
th-changement	th-anxiété	207	119	32
th-sentiment	th-famille	300	153	31
th-etude- examen	th-complet	237	207	31
th-résidence-en- médecine	th-vie-sociale	453	105	31
th-gens	th-vie-sociale	362	105	31
th-attendre	th-amélioration	188	180	31
th-difficile	th-anxiété	238	119	31
th-patient	th-important	270	118	31
th-patron	th-fonction	356	88	31
th- extraordinaire	th-médecine- familiale	237	131	31
th-question	th-demande	183	173	31
th-sortir	th-pression	230	133	31
th-amélioration	th-demande	180	173	31
th-gens	th-considération	362	69	31
th-changement	th-garde	207	119	31
th-gens	th-dir-prog-umf	362	68	31
th-sortir	th-garde	230	119	31
th- extraordinaire	th-étudiant-en- médecine	237	114	31

Thème 1	Thème 2	Fréquence thème 1	Fréquence thème 2	Cooccurrences
th-sortir	th-appel	230	120	31
th-complet	th-problématique	207	128	31
th-patient	th-inférieur	270	81	31
th-demande	th-anxiété	173	119	31
th-sentiment	th-conflit	300	71	31
th-intérêt	th-ami	240	212	30
th-période	th-stage-specialites	665	71	30
th-ami	th-umf	212	196	30
th-soutien	th-attendre	219	188	30
th-ami	th-satisfait	212	188	30
th-période	th-hospitalisation	665	54	30
th-umf	th-spécialité	196	181	30
th-période	th-equipe	665	54	30
th-aimer	th-appel	261	120	30
th-patron	th-point-de-vue	356	79	30
th-complet	th-famille	207	153	30
th-soutien	th-médecine-familiale	219	131	30
th-sentiment	th-inférieur	300	81	30
th-soutien	th-important	219	118	30
th-gens	th-conflit	362	71	30
th-soutien	th-banal	219	126	30
th-soutien	th-vivre	219	117	30
th-ami	th-important	212	118	30
th-complet	th-pressure	207	133	30
th-difficile	th-étudiant-en-médecine	238	114	30
th-moyen	th-pressure	172	133	30
th-extraordinaire	th-prof.-santé	237	96	30
th-patient	th-spécialistes	270	57	30
th-patient	th-médicament	270	43	30

ANNEXE M

DONNÉES COMPLÈTES POUR LES FIGURES

Figure 4.1

	Nb. de gardes en établissement	Nb. de gardes à domicile	Statistique	p.
R1	4,3	1,7	t(125)=2,53	0,01
R2	3,5	2,7	W= 5606	0,02

Figure 4.2

Type d'activité	Proportion de temps moyen (%)
Individuelle	37,53
En couple	27,87
En famille	18,04
Avec les amis	15,73

Figure 4.3

	Proportion temps médian (%)		Statistique (W)	p.
	Avec personnes à charge	Sans personne à charge		
En famille	75	10	2614	<0,001
Individuelle	10	40	719	<0,001
Amis	1,5	12,5	864,5	0,006
En couple	0	30	645,5	<0,001

Figure 4.4

	Proportion temps médian (%)		Statistique (W)	p.
	Célibataire	En couple		
Individuelle	50	30	3397,5	0,002
Amis	20	10	3634,5	<0,001

Figure 4.7

Nb. heures de sommeil médian	Proportion de résidents (%)
4 heures à moins de 6 heures	11,88
6 heures à moins de 7 heures	35,15
7 heures à moins de 8 heures	43,56
8 heures et plus	9,41

Figure 4.12

	Congés études	Congés maladie
1er trimestre	0,17	0,12
2e trimestre	0,18	0,14
3e trimestre	0,48	0,32
4e trimestre	0,61	0,36

Figure 4.13

Nb. journées de vacances	Proportion de résidents (%)
Aucune journée	58,29
1-2 journées	15,08
3-4 journées	8,04
5-6 journées	5,53
1 semaine	12,56

Figure 4.14

Nb. total de résidents dans le GMF-U	Fréquence de consommation excessive d'alcool
Moins de 6 résidents	1,4
6 à 10 résidents	2,24
11 à 15 résidents	2,28
16 à 20 résidents	2,67
21 à 25 résidents	2,25
26 à 30 résidents	2,33
30 résidents et plus	3,27

Figure 4.15

Nb. total de résidents dans le GMF-U	Nb. moyen de portion de caféine
Moins de 6 résidents	0,6
6 à 10 résidents	1,03
11 à 15 résidents	0,88
16 à 20 résidents	1,19
21 à 25 résidents	0,88
26 à 30 résidents	1,5
30 résidents et plus	1,45

Figure 4.16

Nb. total de résidents dans le GMF-U	Reconnaissance des collègues	p.
Moins de 6 résidents	-	NS
6 à 10 résidents	3,28	
11 à 15 résidents	-	NS
16 à 20 résidents	2,62	
21 à 25 résidents	2,69	
26 à 30 résidents	2,22	
Plus de 30 résidents	-	NS

Figure 4.17

	Perception de la reconnaissance		Statistique	p.
	Région	Urbain		
Patients	3,69	3,44	t(180)=-2,22	0,03
Collègues	3,16	2,66	t(168)=-3,50	<0,001
Équipe soignante	2,86	2,51	W=5091	0,001
Rés. séniors	2,87	2,31	t(132)=-3,25	0,001
Sup. omnipraticiens	3,15	2,82	t(179)=-2,43	0,02
Sup. spécialistes	2,48	2,2	t(171)=-2,21	0,03

Figure 4.18

	Université Laval	Université de Montréal	Université McGill	Université de Sherbrooke
Patients	3,26	3,58	3,87	3,72
Collègues	2,57	2,89	3,47	NS
Équipe soignante	NS	2,51	2,95	2,97

Figure 4.20

	Proportion de conjoint (%)		Total
	Homme	Femme	
Médecin	44,44	13,93	17,31
Professionnel de la santé	40,74	13,94	12,5
Autre secteur d'activité	14,82	72,13	70,19

Figure 4.21

	Proportion de partenaires de rôle (%)		
	Père	Mère	Fratrie
Médecin	9,52	5,24	9,58
Professionnel de la santé	3,57	9,68	17,09

APPENDICE A

CANEVAS D'ENTRETIEN POUR CONSTRUCTION SOCIALE

Présentation du thème

Comprendre l'articulation des multiples rôles chez les résidents en médecine de famille au Québec, les effets sur la qualité de vie et le bien-être

Questions sur le rôle de l'organisation

Quel est le rôle de votre organisation durant la formation postdoctorale ?

Les résidents ont-ils des obligations face à votre organisation

Existe-t-il une différence régionale ou provinciale ?

Questions intérêt de votre organisation dans les questions de bien-être et de qualité de vie des médecins

Quels sont les enjeux actuels vécus par votre organisation sur cette question ?

Quelles sont les interventions ou recherches mises en place ?

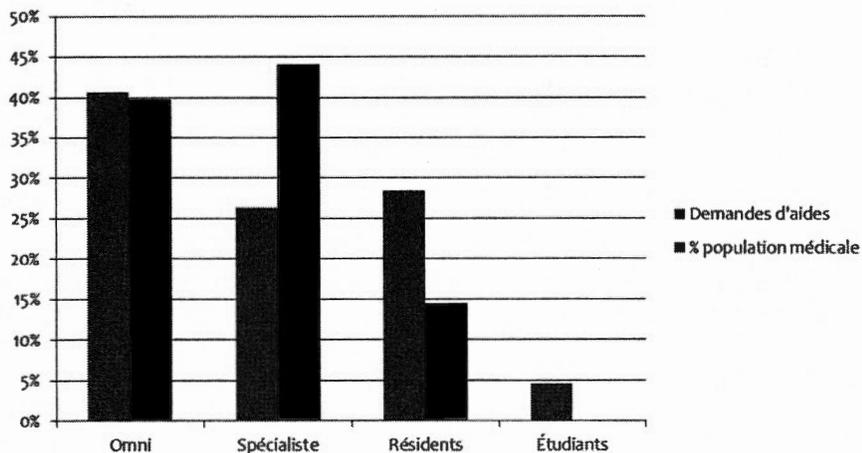
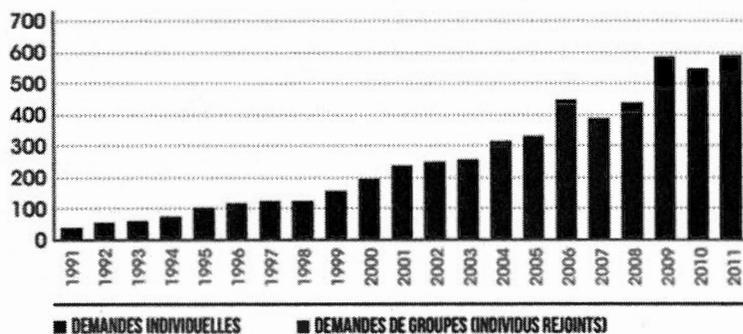
Concernant plus spécifiquement la conciliation des rôles chez les résidents, des actions ont-elles été mises en place ?

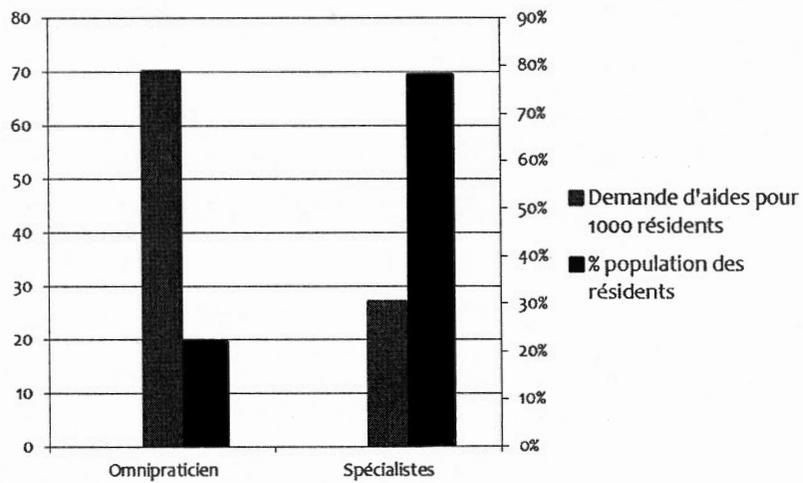
Qui fait quoi lors de problèmes de santé ou de contrainte pour la qualité de vie.

S'il y a une situation pouvant compromettre la qualité de vie, le bien-être ou la santé durant la résidence, quel est le rôle joué par votre organisation ?

Votre organisation offre-t-elle un soutien particulier dans ces situations ?

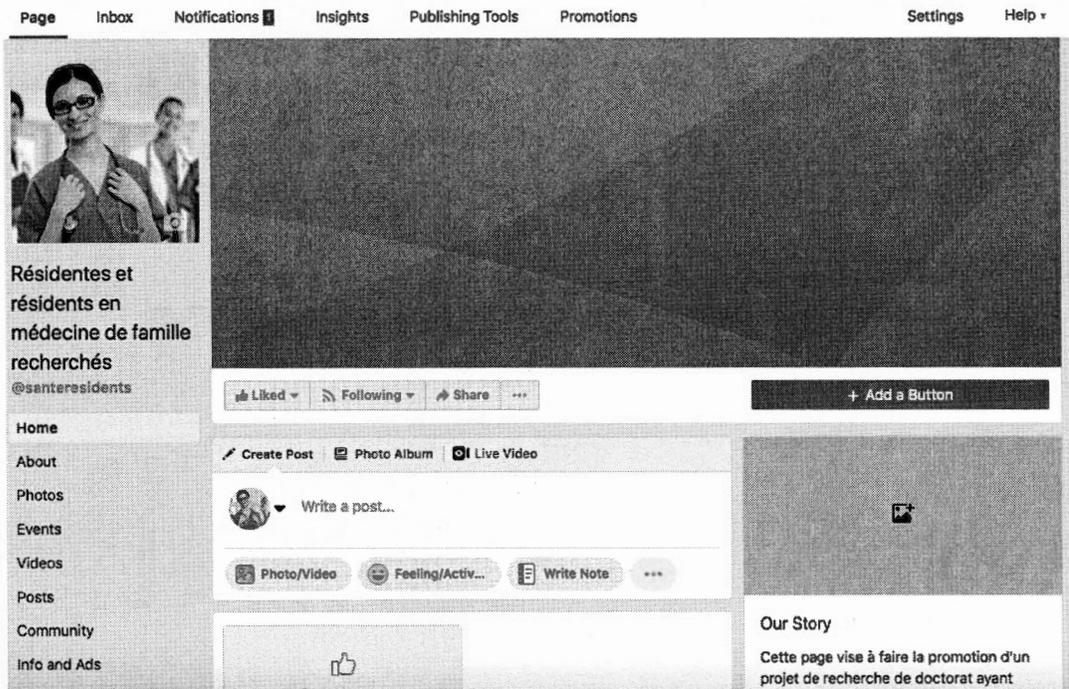
Finalement, quelle est votre interprétation des données statistiques suivantes ?





APPENDICE B

OUTILS DE RECRUTEMENT POUR MÉDIAS SOCIAUX



Projet de recherche sur la santé des résidents en médecine de famille

Institut Santé et société - Université du Québec à Montréal

Accueil Éthique de la recherche Participation à l'enquête Participation aux entrevues Racontez une anecdote Besoin d'aide ?

Vous êtes résidente ou résident en médecine famille ?

Vous êtes intéressé à participer à un projet de recherche qui vise à mieux comprendre ce que représente la résidence ?

Pourquoi est-ce pertinent de faire une recherche sur ce sujet ?

- Documenter les multiples rôles occupés par les résidents en médecine de famille au Québec
- Identifier et comprendre les stresseurs vécus durant la résidence en médecine de famille
- Identifier et comprendre les stratégies choisies par les résidentes et résident pour réduire le stress vécu
- Permettre aux acteurs (facultés, FMRQ, PAMQ, CMQ, etc.) de mieux connaître la situation vécue durant la résidence et mettre en oeuvre des actions concrètes, utiles et efficaces

Adresse du site internet : <http://santeresidents.wordpress.com>

APPENDICE C

ANNONCE DE RECRUTEMENT

RÉSIDENTES ET RÉSIDENTS EN MÉDECINE DE FAMILLE RECHERCHÉS

Vous êtes résidentes ou résidents en médecine de famille et vous désirez discuter de ce que vous vivez dans votre résidence et des effets sur votre qualité de vie ?

Nous vous invitons à participer à des **entrevues** dans le cadre d'un projet de recherche de doctorat.

Durée : 1 h 30

Lieu : De votre choix ou Skype

** Un enregistrement numérique sera effectué **

Votre participation est ANONYME et CONFIDENTIELLE.

En vous remerciant d'avance !

Richard Rioux
 Candidat au doctorat interdisciplinaire en santé et société
 Université du Québec à Montréal
rioux.richard@uqam.ca



Recherche médecine de famille
rioux.richard@uqam.ca
santeresidents.wordpress.com

English message will follow

Bonjour,

Dans le cadre d'un projet de recherche de doctorat, je suis à la recherche de **résidentes et résidents en médecine de famille**.

Tombant à point avec le projet de loi 20, ce projet vise à documenter la **charge de travail vécue** durant la résidence et les **effets** sur la **qualité de vie**, le **bien-être** et la **santé**.

Il est possible de participer :

En répondant à une enquête électronique qui est disponible en ligne à l'adresse santeresidents.uqam.ca

La durée pour répondre aux questions est de **15 minutes**.
Vous pouvez compléter le questionnaire en plus d'une fois.

Des entrevues individuelles, d'une durée de 1h30 sont aussi possibles. N'hésitez pas à me contacter.

Votre participation est ANONYME et CONFIDENTIELLE.

Vous pouvez me joindre par courriel (rioux.richard@uqam.ca) ou par téléphone pour plus d'informations (514-293-5525).

En vous remerciant d'avance !

Richard Rioux
Candidat au Ph.D. interdisciplinaire en santé et société
Université du Québec à Montréal
514-293-5525
rioux.richard@uqam.ca

Dear family medicine residents and interns,

As part of my PhD project, I am conducting a survey to better understand the residents' and interns' **workload** and the way it affects their **well-being, quality of life and health**. This study is linked to Bill 20.

I kindly invite you to take part in the survey by filling the **form** (in French) online at santeresidents.uqam.ca

The survey is expected to last about **15 minutes and** you can complete it in several accesses.

I am also conducting individual interviews on the same topic (expected to last about 1 hour and a half). If you are interested, please do not hesitate to contact me.

Your participation is CONFIDENTIAL and ANONYMOUS.

If you have any questions, please feel free to contact me (see below for contact information).

Thanks in advance!

Richard Rioux
Ph.D. Student
Université du Québec à Montréal
514-293-5525
rioux.richard@uqam.ca

MÉDIAGRAPHIE

- Archambault, H. (2013a, 4 septembre). Comme un « soldat au front ». *Journal de Montréal*, p. 10-11
- Archambault, H. (2013b, 3 septembre). Docteurs en détresse. *Journal de Montréal*, p. 2-3
- Archambault, H. (2015a, 25 juillet). La détresse psychologique des médecins résidents reste l'un des défis du réseau de la santé : L'intimidation n'est pas terminée. *Journal de Québec*, p. 43
- Archambault, H. (2015b, 11 février). Un père endeuillé craint la réforme dans le réseau de la santé sur les médecins. *Journal de Montréal*. Récupéré de <http://www.journaldemontreal.com/2015/02/11/un-pere-endeuille-craint-la-reforme-dans-le-reseau-de-la-sante-sur-les-medecins>
- Association des médecins résidents de l'Université de Sherbrooke. (2018, 3 mars 2018). Dispoadepuisement. [Photo sur Facebook] Récupéré de <https://www.facebook.com/amresherbrooke/photos/a.624660417676690.1073741829.480513505424716/1130842597058467/?type=3&theater>
- Auger, C. (2004a, 28 mars). Comment se soignent nos médecins? *La Presse*, p. Actuel 1
- Auger, C. (2004b, 28 mars). Un programme d'aide pour les médecins. *La Presse*, p. Actuel 1
- Bastien, F. (2002, 29 décembre). Jeunes médecins au bord de la crise de nerfs. *La Presse*, p. B1
- Bisaillon, Y. (2016, 23 mars). *Les médecins pleurent aussi*. In Fata Morgana Productions (Producteur). Dans *Les Grands Reportages*. Canada : Radio-Canada.

- Boisjoly, H. (2015, 10 septembre). Des médecins compétents et bien dans leur peau. *La Presse+*, p. Débat, écran 6
- Breton, P. (2007, 19 novembre). La pénurie qui frappe le réseau de la santé accentue la pression, Quand les médecins flanchent. *Le Droit*, p. 3
- Carrier, C.-É. (2016, 13 septembre). S'intimider entre médecins. *Santé inc.* Récupéré de <https://santeinc.com/2016/09/sintimider-entre-medecins/>
- Champagne, S. (2010a, 9 novembre). Médecins au bord du gouffre. *La Presse*, p. A2
- Champagne, S. (2010b, 9 novembre). Le nombre d'appels à l'aide explose. *La Presse*, p. A3
- Champagne, S. (2011a, 29 septembre). Quand le «cancer» de l'âme ronge les docteurs. *Le Droit*, p. 20
- Champagne, S. (2011b, 29 septembre). Abuser de l'alcool et des médicaments. *Le Quotidien*, p. 11
- Champagne, S. (2011c, 29 septembre). Le drame des médecins en détresse. *Le Quotidien*, p. 11
- D'astous, C. (2011, 17 septembre). Nos médecins qui souffrent. Récupéré de <http://fr.canoe.ca/infos/quebeccanada/sante/archives/2011/09/20110918-072809.html>
- Daoust-Boisvert, A. (2014, 2 décembre). Des médecins découragés par les quotas de Barrette - La révolte gronde en médecine familiale. *Le Devoir*, p. A1
- Daoust-Boisvert, A. (2016a, 19 mars). La détresse sous le sarrau. *Le Devoir*, p. en ligne
- Daoust-Boisvert, A. (2016b, 25 novembre). Des femmes victimes de discrimination à l'embauche. *Le Devoir*, p. A3
- Duchaine, G. (2012, 13 juin). Des étudiants en détresse. *La Presse*, p. A2
- Fleury, E. (2016, 25 novembre). Des résidents discriminés. *Le Soleil*, p. 6
- Grammond, S. (2015, 28 mai). Les médecins de famille fantômes. *La Presse Affaires*, p. 4

- Groupes Capitales Médias. (2017, 12 décembre). Quand il ne suffit pas de vouloir... Quelles perspectives? *Le Soleil*
- Journal de Québec. (2007, 21 septembre). Des médecins-résidents au bout du rouleau. *Journal de Québec - Canoe*. Récupéré de <http://fr.canoe.ca/infos/quebeccanada/exclusif/archives/2007/09/20070921-093200.html>
- Lachance, N. (2017, 9 juin). Des résidents traités comme des "esclaves". *Journal de Montréal*, p. en ligne
- Lacoursière, A. (2014a, 24 novembre). Futurs médecins en détresse, Résidents au bout du rouleau. *La Presse*, p. A7
- Lacoursière, A. (2014b, 26 novembre). Il faut déstigmatiser la détresse et l'épuisement, Dr. Joseph Dahine, FMRQ. *La Presse*, p. 27
- Lacoursière, A. (2015, 4 septembre). Harcèlement et intimidation à la faculté de médecine. *La Presse*, p. A8
- Lamontagne, Y. (2015, 17 mars). La détresse des étudiants en médecine. *Journal de Montréal*, p. 56
- Lemieux, C. (2017, 12 décembre). Médecin résident un acteur méconnu du réseau de la santé. *La Presse+*
- Leroux-Groseau, É. (2014, 26 novembre). Émilie, en vain. *La Presse+*, p. Débats, écran 6
- Nunès, K. (2013, 6 septembre). Les médecins ne sont pas à l'abri de la dépression. *Le Mirabel*, p. 6
- Parent, R. (1996, 9 octobre). Sondage : des jeunes médecins désabusés. *Le Devoir*, p. A6
- St-Pierre, F. (2015, 25 juillet). Les attaques contre les médecins, ça suffit. *Le Devoir*, p. A7, Opinion
- Touzin, C. (2014, 26 novembre). Suicide d'une résidente du CHUM : « ses études en médecine l'ont tuée ». *La Presse*, p. A6-A7

Touzin, C. (2015, 22 octobre). Suicide d'une résidente du CHUM: l'UdeM peut offrir un meilleur soutien, dit le coroner. *La Presse*. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-affaires-criminelles/actualites-judiciaires/201510/22/01-4912649-suicide-dune-residente-du-chum-ludem-peut-offrir-un-meilleur-soutien-dit-le-coroner.php>

Touzin, C. et Lacoursière, A. (2014, 28 novembre). Des propos déplacés de Barrette décriés par les médecins-résidents. *La Presse*, p. A16

Vallée, P. (2006, 30 septembre). Dure spécialisation. *Le Devoir*, p. Cahier spécial g4

BIBLIOGRAPHIE

- AFMC. (2015) *Association des facultés de médecine du Canada*. Récupéré le 2015-05-01 de <http://www.afmc.ca>
- Aminazadeh, N., Farrokhyar, F., Naeeni, A., Naeeni, M., Reid, S., Kashfi, A. et Kahnamoui, K. (2012). Is Canadian surgical residency training stressful? *Canadian Journal of Surgery*, 55(4 Suppl. 2), S145-S151.
- Apostel, L., Berger, G., Briggs, A. et Michaud, G. (1972). *Interdisciplinarity : problems of teaching and research in universities*. Paris : Organization for Economic Cooperation and Development.
- Apostel, L. et Vanlandschoot, J. (1994). Interdisciplinarity: The Construction of Worldviews and the Dissemination of Scientific Results. *Issues in integratives studies*(12), 9-22.
- Association canadienne des médecins résidents. (2013). *Summary of Key Findings - 2013 National Resident Survey*. Ottawa : CAIR-ACMR.
- Bacharach, S., Bamberger, P. et Conley, S. (1990). Work processes, role conflict and role overload: The case of nurses and engineers in the public sector. *Work and Occupations*, 17, 199-228.
- Baldwin, D.C.J. et Daugherty, S.R. (2004). Sleep Deprivation and Fatigue in Residency Training: Results of a National Survey of First- and Second-Year Residents *SLEEP*, 27(02).
- Baldwin, D.C.J., Daugherty, S.R., Tsai, R. et Scotti, M.J.J. (2003). A National Survey of Residents' Self-Reported Work Hours: Thinking Beyond Specialty. *Academic Medicine*, 78(11), 1154-1163.
- Barbarin, B. (2009). *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes en médecine de famille : enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008*. Université de Nantes, Nantes. Doctorat d'État en médecine.

- Barbato, C.A. et Perse, E.M. (1992). Interpersonal Communication Motives and the Life Position of Elders. *Communication Research*, 19(4), 516-531. doi: 10.1177/009365092019004007
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Baszanger, I. (1981). Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, 223-245. *Persée* <http://www.persee.fr>.
- Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit (Tome 1)* Paris : Seuil.
- Bateson, G. (1980). *Vers une écologie de l'esprit (Tome 2)* Paris : Seuil.
- Beaulieu, M.-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L. et Boucher, L. (2008). Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social science & medicine*, 67, 1153-1163.
- Beehr, T.A., Walsh, J.T. et Taber, T.D. (1976). Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator. *Journal of Applied Psychology*, 61(1), 41-47.
- Berg, C.A., Meegan, S.P. et Deviney, F.P. (1998). A Social-contextual Model of Coping with Everyday Problems across the Lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 239-261.
- Berger, P.L. et Luckmann, T. (1966/2014). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Armand Collin.
- Bergman, B., Ahmad, F. et Stewart, D.E. (2003). Physician health, stress and gender at a university hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 171-178. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00484-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00484-1)
- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the Philosophical Foundations of Mixed Methods Research. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral science* (p. 95-118). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Birdwhistell, R.L. (2000). Un exercice de kinésique et de linguistique : la scène de la cigarette. Dans Winkin, Y. (dir.), *La nouvelle communication* (p. 160-191). Paris : Éditions du Seuil.

- Bloy, G. (2008). L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accomodements possibles. *Sciences Sociales et Santé*, 1(26), 67-91.
- Boucher, A. (2014). *Statistiques CSST médecins-chirurgiens (2000-2010)*. IRSST.
- Boulé, R. et Girard, G. (2003). La résidence en médecine de famille. Difficultés et solutions. *Canadian Family Physician*, 49, 472-482. PMC. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214204/>
- Boulis, A. et Jacobs, J. (2011). Medicine as a Family-Friendly Profession? Dans Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D. et Rogers, A. (dir.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing* (p. 221-253). New York : Springer.
- Bourdon, S. (2011). La transformation des réseaux sociaux : une dimension du passage à l'âge adulte. Dans Charbonneau, J. et Bourdon, S. (dir.), *Regard sur les jeunes et leurs relations*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bourgeois, E. et Piret, A. (2006). L'analyse structurale contenu, une démarche pour l'analyse des représentations. Dans Paquay, L. (dir.), *L'analyse qualitative en éducation : Des pratiques de recherche aux critères de qualité*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Bray, S.R. et Brawley, L.R. (2002). Role efficacy, role clarity, and role performance effectiveness. *Small Group Research*, 33, 233-253.
- Brim, O.G. (1960). Personality development as role-learning. Dans Iscoe et Stevenson (dir.), *Personality Development in Children*. Austin : University of Texas Press.
- Brownell, A.K.W. et Côté, L. (2001). Senior Residents' Views on the Meaning of Professionalism and How They Learn about It. *Academic Medicine*, 76(7), 734-737.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Campbell, J.M. (1983). Ambient Stressors. *Environment and behavior*, 15(3), 355-380.
- CaRMS. (2018) *Canadian Resident Matching Service (CaRMS) / Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS)*. Récupéré le 2015-05-01 de <http://www.carms.ca/>

- Carver, C.S., Scheier, M.F. et Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 56(2), 267-283.
- Cathébras, P., Begon, A., Laporte, S., Bois, C. et Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*, 33(22), 1569-1574. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98994-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98994-4)
- Chatigny, C. (2001). *La construction de ressources opératoires: contribution à la conception des conditions de formation en situation de travail*. Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris. Thèse de doctorat d'ergonomie.
- Chen, F.M., Feudtner, C., Rhodes, L.A. et Green, L.A. (2001). Role conflicts of physicians and their family members: rules but no rulebook. *The Western journal of medicine*, 175(4), 236-240.
- Cho, Y., Johnson, T. et Vangeest, J. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & the Health Professions*, 36(3), 382-407. doi: 10.1177/0163278713496425
- Chronister, J. et Chan, F. (2007). Hierarchical Coping: A Conceptual Framework for Understanding Coping Within the Context of Chronic Illness and Disability Dans Martz, E., Livneh, H. et Wright, B. A. (dir.), *Coping with Chronic Illness and Disability* (p. 49-71). USA : New York : Springer.
- Clarke, J.N. (2012). *Health, illness, and medicine in Canada*. (6th ed.. éd.). Don Mills, Ont. : Oxford University Press.
- Clode, D. (2004). *The Conspiracy of Silence : Emotional health among medical practitioners*. South Melbourne : Royal Australian College of General Practitioners.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur - Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- CMQ. (2015) *Collège des médecins du Québec*. Récupéré le 2015-05-01 de www.cmq.org

- Codol, J.-P. (1979). *Semblables et différents. Recherches sur la quête de la similitude et de la différenciation sociale*. Université de Provence, Aix-en-Provence. thèse d'État.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2e éd.). United States of America : Lawrence Erlbaum associates.
- Cohen, J., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandrar, K., Martin, J. et Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Research Notes*, 1(1), 105.
- Cohen, J. et Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5(1), 21. Récupéré de <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/21>
- Cohen, S. et Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2, Sep 1985), 310-357.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2018) *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*. Récupéré le 2015-05-01 de <http://www.royalcollege.ca/rcsite/home-f>
- Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A. et Smith, L. (2002). Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 384-390. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00011
- Conseil Canadien d'Agrément des Services de santé (CCASS). (2005). *Work Life Indicators Research. Project: Revision of CCHSA Work Life Dimension of Quality and Accreditation Standards*. Dans Murphy, T., Greco, P. et Hunter, L. (dir.).
- Contandriopoulos, A.-P. et Fournier, M.-A. (2007). *Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec*. Dans Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (dir.). Montréal : Université de Montréal.
- Conway, M.E. (1988). Theoretical Approaches to the Study of Roles. Dans Hardy, M. E. et Conway, M. E. (dir.), *Role theory perspectives for health professionals* (p. 63-73). Norwalk, Conn : Appleton & Lange.

- Creed, P.A., Searle, J.F. et Rogers, M.E. (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social science & medicine*, 71(6), 1084-1088. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.027.
- Creswell, J.W. et Plano Clark, V.L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. (3e éd.). Thousand Oaks, Calif. : SAGE Publications.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Boudreau, J.D., Snell, L. et Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Academic Medicine, Publish Ahead of Print*. doi: 10.1097/acm.0000000000000700
- Cury, F., Sarrazin, P., Pérès, C. et Famose, J.P. (1999). Mesurer l'anxiété du sportif en compétition. Présentation de l'Echelle d'Etat d'Anxiété du sportif en Compétition (EEAC). Dans Scanff, C. L. et Famose, J. P. (dir.), *La gestion du stress, entraînement et compétition* (Vol. 43, p. 47-53). Paris : EPS.
- Dacheux, É. (2004). La communication : éléments de synthèse. *Communication et langages*, 61-70. *Persée* <http://www.persée.fr>.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Dans Monaco, G. L., Delouvé, S. et Rateau, P. (dir.), *Les représentations sociales* (p. 85-102). Bruxelles : De Boeck.
- Dedobbeleer, N., Contandriopoulos, A.-P. et Pineault, R. (1980). *Femmes médecins du Québec*. Dans santé, G. d. r. i. e. (dir.). (R80-01). Montréal : Université de Montréal, Faculté de médecine.
- Degen, C., Weigl, M., Glaser, J., Li, J. et Angerer, P. (2014). The impact of training and working conditions on junior doctors' intention to leave clinical practice. *BMC Medical Education*, 14(1), 119.
- Degenne, A. et Lebeaux, M.-O. (1995). The dynamics of social networks at the time of entry into adult life. *Social Networks*(27), 337-358.
- Descary, P. (2015). *Soutien aux résidents en difficulté : constats et recommandations*. Montréal : Université de Montréal.
- Desmarez, P. (1986). *La sociologie industrielle aux Etats-Unis*. Paris : A. Colin.

- Dubar, C. (2013). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. (4e éd.). Paris : Armand Colin.
- Dubos, R.-J. (1973). *L'homme et l'adaptation au milieu*. Paris : Payot.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L.G., Taylor, S.E. et Falke, R.L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology, 11*(2), 79-87. doi: 10.1037/0278-6133.11.2.79
- Dupuis, G., Martel, J.-P., Voirol, C., Bibeau, L. et Hébert-Bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail, Bilan de connaissances, L'Inventaire systématique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).
- Durkheim, É. (1967/2007). *De la division du travail social*. (7e éd. "Quadrige".. éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R. et Shanafelt, T.D. (2005). Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clinic Proceedings, 80*(12), 1613-1622. doi: <http://dx.doi.org/10.4065/80.12.1613>
- Earle, L. et Kelly, L. (2005). Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Canadian Family Physician, 51*(2), 242-243. Récupéré de <http://www.cfp.ca/content/51/2/242.abstract>
- Eckenrode, J.É. (1991). *The Social context of coping*. New York : Plenum Press.
- Edelstein, M.R. (2004). *Contaminated communities : coping with residential toxic exposure*. Boulder, Colorado : Westview Press.
- Edwards, S. et Puddester, D. (2011). *Resident Wellness and Work/Life Balance in Postgraduate Medical Education*. : Members of the FMEC PG consortium.
- Enriquez, E. (1991). *Les figures du maître*. Paris : Arcantère.
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Estryn-Behar, M. (2010). Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. *Revue française des affaires sociales, 4*(4), 27-52.

- Estryn-Behar, M., Fry, C., Guetarni, K., Aune, I., Machet, G., Doppia, M.A., Lassaunière, J.M., Muster, D., Pelloux, P. et Prudhomme, C. (2011). Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians: Results from the French SESMAT study. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 40(0), 83-100. doi: 10.3233/wor-2011-1270
- Feilzer, M.Y. (2010). Doing Mixed Methods Research Pragmatically: Implications for the Rediscovery of Pragmatism as a Research Paradigm. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(1), 6-16. doi: 10.1177/1558689809349691
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(117), 117-140. doi: 10.1177/001872675400700202
- Ficklin, F.L., Browne, V.F., Powell, R.F. et Carter, J.E. (1988). Faculty and house staff members as role models. *Journal of Medical Education*, 63(5), 392-296.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (3e éd.). London : SAGE.
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *The BMJ*, 326, 670-671. doi: 10.1136/bmj.326.7391.670
- Firth-Cozens, J. et Moss, F. (1998). Hours, sleep, teamwork, and stress : Sleep and teamwork matter as much as hours in reducing doctors' stress. *BMJ : British Medical Journal*, 317(7169), 1335-1336. PMC.
- Fischer, A.H. (1993). Sex Differences in Emotionality: Fact or Stereotype? *Feminism & Psychology*, 3(3), 303-318. doi: 10.1177/0959353593033002
- Fischer, G.-N. (2010). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. : Paris : Dunod.
- Flexner, A. (1906). *Medical Education in the United States and Canada : a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York : Carnegie Foundation.
- FMRQ. (2015) *Fédération des médecins résidents du Québec*. Récupéré le 2015-05-01 de www.fmrq.qc.ca
- Folkman, S. et Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456

- Foote, N. (1951). Identification as the Basis for a Theory of Motivation. *American Sociological Review*, 16(1), 14-21. doi: 10.2307/2087964
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Fox, G., Schwartz, A. et Hart, K.M. (2006). Work-Family Balance and Academic Advancement in Medical Schools. *Academic Psychiatry*, 30(3), 227-234.
- Fraser, N. (1990). Rethinking the Public Sphere: A Contribution to the Critique of Actually Existing Democracy. *Social Text*(25/26), 56-80.
- Fried, J.M., Vermillion, M., Parker, N.H. et Uijtdehaage, S. (2012). Eradicating Medical Student Mistreatment: A Longitudinal Study of One Institution's Efforts. *Academic Medicine*, 87(9), 1191-1198. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182625408
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil.
- Fujishiro, K., Xu, J. et Gong, F. (2010). What does "occupation" represent as an indicator of socioeconomic status : exploring occupational prestige and health. *Social Science & Medicine*, 71, 2100-2107.
- Gagné, P., Moamai, J. et Bourget, D. (2011). Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depression Research and Treatment*, 2011, 6. doi: 10.1155/2011/936327
- Galibert, C. (2009). L'incommunicabilité dans le cadre de la pratique anthropologique. *Socio-anthropologie*, 23-24.
- Gendreau, L. (2009). Cérémonie de consécration au professionnalisme et à l'externat, Promotion 2010. *Bulletin Express*
- Genest, C. (2012). *La souffrance éthique dans le travail des médecins*. Université Laval, Québec. Philosophiae Doctor.
- Getzels, J.W. et Guba, E.G. (1954). Role, Role Conflict, and Effectiveness: An Empirical Study. *American Sociological Review*, 19(2), 164-175. doi: 10.2307/2088398

- Geurts, S., Rutte, C. et Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1135-1148. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00425-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00425-0)
- Geurts, S.A.E., Taris, T.W., Kompier, M.A.J., Dijkers, J.S.E., Van Hooff, M.L.M. et Kinnunen, U.M. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319-339. doi: 10.1080/02678370500410208
- Girard, D.E., Hickam, D.H., Gordon, G.H. et Robison, R.O. (1991). A prospective study of internal medicine residents' emotions and attitudes throughout their training. *Academic Medicine*, 66(2), 111-114. doi: 10.1097/00001888-199102000-00014
- Giroux, M. et Bergeron, D. (2003). Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. *Pédagogie médicale*, 4(4), 202-207. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.1051/pmed:2003029>
- Goffman, E. (1963). *Behavior in Public Places*. New York : The Free Press.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Éditions de Minuit.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(9), e641-e648. doi: 10.3109/0142159X.2012.687476
- Goode, W.J. (1957). Community Within a Community: The Professions. *American Sociological Review*, 22(2), 194-200. doi: 10.2307/2088857
- Goode, W.J. (1960). A Theory of Role Strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496.
- Goode, W.J. (1966). *The dynamics of modern society edited with introd.and notes by william J.Goode*. New York : Atherton Press.
- Gore, S. et Colten, M.E. (1991). Gender, Stress, and Distress : Social-relational Influences. Dans Eckenrode, J. (dir.), *The Social Context of Coping* (p. 139-158). New York : New York Plenum Press.

- Gottlieb, B.H. et Bergen, A.E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.001
- Gottlieb, B.H. et Wagner, F. (1991). Stress and Support Processes in Close Relationship. Dans Eckenrode, J. (dir.), *The Social context of coping* (p. 165-187). New York : Plenum Press.
- Granada Jiménez, O., Morales Socorro, M.P. et López-Ibor Aliño, J.J. (2010). Risk factor for psychopathology during residency. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2), 65-71.
- Granovetter, M. (1983). The Strength of Weak Ties : A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*, 1, 201-233.
- Green, S.B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26(3), 499-510.
- Greene, J.C. et Hall, J.N. (2010). Dialectics and pragmatism: Being of consequence. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral science* (p. 119-143). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Greenhaus, J.H. et Beutell, N.J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Greenhaus, J.H., Collins, K.M. et Shaw, J.D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63, 510-531. doi: 10.1016/S0001-8791(02)00042-8
- Grenon, G. et Viau, S. (2012). *Méthodes quantitatives en sciences humaines, de l'échantillon vers la population*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Grzywacz, J.G. et Carlson, D.S. (2007). Conceptualizing Work—Family Balance: Implications for Practice and Research. *Advances in Developing Human Resources*, 9(4), 455-471. doi: 10.1177/1523422307305487
- Habermas, J. (1978). *L'espace public archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*. Paris : Payot.
- Hacpille, L. (1996). *Éthique clinique : du discernement à l'action*. Université René Descartes Paris V., Paris.

- Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*, 73(4), 403-407.
- Hair, J.F.J., Black, W.C., Babin, B.J. et Anderson, R.E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7e éd.). Essex : Pearson Education.
- Haissat, S. (2006). La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement . ¿ *Interrogations* ?(3). Récupéré de <https://www.revue-interrogations.org/La-notion-d-identite-personnelle>
- Hardy, M.E. et Conway, M.E. (1988). *Role theory perspectives for health professionals*. Norwalk, Conn. : Appleton & Lange.
- Hardy, M.E. et Hardy, W.L. (1988). Role Stress and Role Strain. Dans Hardy, M. E. et Conway, M. E. (dir.), *Role theory perspectives for health professionals* (p. 159-241). Norwalk, Conn : Appleton & Lange.
- Heilbron, J. (1986). La professionnalisation comme concept sociologique et comme stratégie des sociologues. Dans *Historiens et Sociologues aujourd'hui* (p. 61-78). Paris : Société française de sociologie.
- Hobfoll, S. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing Conservation of Resources theory. . *Applied Psychology : An International Review*, 50(3), 337-370. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Hobfoll, S., Dunahoo, C., Ben-Porath, Y. et Monnier, J. (1994). Gender and coping: The dual-axis model of coping. *American Journal of Community Psychology*, 22(1), 49-82. doi: 10.1007/bf02506817
- Holahan, C.J. et Spearly, J.L. (1980). Coping and ecology: An integrative model for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 8(6), 671-685. doi: 10.1007/bf00918279
- Holder, H.D. (1998). *International research monographs in the addictions. Alcohol and the community: A systems approach to prevention*. New York, NY : Cambridge University Press.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA : Addison-Wesley.

- Hsu, K. et Marshall, V. (1987). Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns, and Fellows. *Am J Psychiatry*, 144(12), 1561-1566.
- Hughes, E.C. (1956). The Making of a Physician General Statement of Ideas and Problems. *Human Organization*, 14(4), 21-25.
- Hughes, E.C. (1996). *Le regard sociologique essais choisis*. Paris : École des hautes études en sciences sociales.
- Hurley-Wilson, B. (1988). Socialization for Roles. Dans Hardy, M. E. et Conway, M. E. (dir.), *Role theory perspectives for health professionals* (p. 73-111). Norwalk, Conn : Appleton & Lange.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. et Turner, L.A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133. doi: 10.1177/1558689806298224
- Jollivet, M. et Legay, J.M. (2005). Canevas pour une réflexion sur une interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales. *Natures Sciences Sociétés*, 13(2), 184-188.
- Kadushin, C. (1981). Notes on Expectations of Reward in N-Person Networks. Dans Blau, P. et Merton, R. (dir.), *Continuities in Structural Inquiry* (p. 235-254). Beverly Hills, Calif : Sage.
- Kahn, R.L. (1964). *Organizational stress studies in role conflicts and ambiguity*. New York : J. Wiley.
- Katz, D. et Kahn, R.L. (1966). *The Social Psychology of Organizations*. New York : John Wiley and Sons.
- Klabunde, C.N., Willis, G.B., McLeod, C.C., Dillman, D.A., Johnson, T.P., Greene, S.M. et Brown, M.L. (2012). Improving the Quality of Surveys of Physicians and Medical Groups: A Research Agenda. *Evaluation & the Health Professions*, 35(4), 477-506. doi: 10.1177/0163278712458283
- Kosciulek, J. (2007). The Social Context of Coping. Dans Martz, E., Livneh, H. et Wright, B. A. (dir.), *Coping with Chronic Illness and Disability* (p. 73-88). USA : Springer.
- Kuhn, T.S. (1970/2008). *La structure des révolutions scientifiques*. (Meyer, L., Trad.). France : Éditions Flammarion.

- Kunnen, S.E. et Bosma, H.A. (2006). Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 35(2). doi: 10.4000/osp.1061 Récupéré de <http://journals.openedition.org/osp/1061>
- La Rosa, E. (1998). *Santé, précarité et exclusion*. Paris : Presses universitaires de France.
- Lachance, L. (1998). *Vers un modèle explicatif des conflits entre le travail et la vie familiale selon le sexe, le stade de carrière et le cycle de vie*. (Thèse). Université de Montréal, Montréal. Ph.D.
- Landry, S. (2010). *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Landry, S. (2012). *Le pouvoir, c'est pas sorcier : il suffit d'en avoir les clés*. Québec : Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lapeyre, N. et Le Feuvre, N. (2005). Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé *Revue Française des Affaires sociales*(1), 59-81.
- Latack, J.C. et Havlovic, S.J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13(5), 479-508. doi: 10.1002/job.4030130505
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Lazega, E. (1994). Analyse de réseaux et sociologie des organisations. *Revue française de sociologie*, 35(2), 293-320.
- Le Breton, D. (2012). *L'interactionnisme symbolique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Le Tourneur, A. et Komly, V. (2011). *Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine*. Université Joseph Fourier, Grenoble. Doctorat en médecine.
- Lee, R.T. et Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the threedimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 122-133.

- Lempp, H. et Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. [10.1136/bmj.329.7469.770]. *BMJ*, 329(7469), 770.
- Leplège, A. (1999). *Les mesures de la qualité de vie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Levinson, D.J. (1959). Role, personality, and social structure in the organizational setting. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 170-180. doi: 10.1037/h0040261
- Lin, K.S. et Kolko, D.J. (2017). The Impact of Role Conflict on Pediatricians' Perceptions of Behavioral Health Care Practices in Primary Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), S184. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.102
- Lin, N. et Westcott, J. (1991). Marital Engagement/Disengagement, Social Networks, and Mental Health. Dans Eckenrode, J. (dir.), *The Social context of coping* (p. 213-235). New York : Plenum Press.
- Linton, R. (1936). *The Study of Man*. New York : Appleton-Century.
- Lipiansky, E.M. (1992). *Identité et communication: l'expérience groupale*. Paris : Presses universitaires de France.
- Maranda, M.-F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L. et Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement : rapport d'enquête de psychodynamique du travail*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Marc, E. et Picard, D. (2008). *Relations et communications interpersonnelles*. Paris : Dunod.
- Marks, S.R. (1977). Multiple Roles and Role Strain: Some Notes on Human Energy, Time and Commitment. *American Sociological Review*, 42(6), 921-936.
- Marks, S.R. et MacDermid, S.M. (1996). Multiple Roles and the Self: A Theory of Role Balance. *Journal of Marriage and Family*, 58(2), 417-432. doi: 10.2307/353506 Récupéré de <http://www.jstor.org/stable/353506>
- Marshall, M.N. et Phillips, D.R. (2004). A Qualitative Study of the Professional Relationship between Family Physicians and Hospital Specialists. *The Professional Geographer*, 51(2), 274-282. doi: 10.1111/0033-0124.00164

- Martel, J.-P. (2005). *Conception et validation de l'inventaire systématique de qualité de vie au travail (ISQVTc)*. Thèse (D. en psychologie)-Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Martini, S., Arfken, C.L., Churchill, A. et Balon, R. (2004). Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialities. *Academic Psychiatry*, 28(3), 240-242.
- Martuccelli, D. (2014). Une sociologie phénoménologique quarante-cinq ans après. Dans Berger, P. L. et Luckmann, T. (dir.), *La construction sociale de la réalité* (p. 3-36). Paris : Armand Collin.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. et Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Mata, D.A., Ramos, M.A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E. et Sen, S. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 314(22), 2373-2383. doi: 10.1001/jama.2015.15845
- McLeod, C., Klabunde, C.N., Willis, G.B. et Stark, D. (2013). Health Care Provider Surveys in the United States, 2000–2010, A Review. *Evaluation & the Health Professions*, 36(1), 101-126. doi: 10.1177/0163278712474001
- Mead, G.H. (1934/2006). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Presses universitaires de France.
- Merton, R.K. (1965/1997). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris : A. Colin, Masson.
- Miles, M.B. et Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Miller, R. (1982). Varieties of Interdisciplinary Approaches in the Social Sciences : A 1981 Overview. *Issues in integrative studies*(1), 1-37.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. (Des données à l'action). Québec

- Monrouxe, L.V. (2010). Identity, identification and medical education: why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40-49. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x
- Moos, R.H. (1979). *Evaluating educational environments*. San Francisco, Calif. : Jossey-Bass.
- Morse, J.M. (1991). Approaches to Qualitative-Quantitative Methodological Triangulation. *Nursing Research*, 40(2).
- Moscovici, S. (1972). *La société contre nature*. Paris : Union générale d'éditions.
- Moskowitz, D.S. (1993). Dominance and Friendliness: On the Interaction of Gender and Situation. *Journal of Personality*, 61(3), 387-409. doi: 10.1111/j.1467-6494.1993.tb00286.x
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. (9e éd. mise à jour.. éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Norredam, M. et Album, D. (2007). Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 655-661.
- Nuissier, J. (1994). Le contrôle perçu et son rôle dans les transactions entre individus et événements stressants. Dans Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (dir.), *Introduction à la Psychologie de la Santé* (p. 67-97). Paris : PUF.
- Olmos-Vega, F.M., Dolmans, D., Vargas-Castro, N. et Stalmeijer, R.E. (2017). Dealing with the tension: how residents seek autonomy and participation in the workplace. *Medical Education*, 51(7), 699-707. doi: 10.1111/medu.13326
- Organisation mondiale de la santé. (1946) *Définition de la santé*. de <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
- Organisation mondiale de la santé. (1993). Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Orgogozo, I. (1988). *Les paradoxes de la communication à l'écoute des différences*. Paris : Éditions d'Organisation.
- Örtqvist, D. et Wincent, J. (2006). Prominent Consequences of Role Stress: A Meta-Analytic Review. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 399-422. doi: 10.1037/1072-5245.13.4.399

- Parsons, T. (1951/1991). *The Social System*. London : Routledge.
- Parsons, T. (1966). *Societies-evolutionary and comparative perspectives*. Englewood Cliffs, N.J : Prentice-Hall.
- Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Paris : Presses universitaires de France.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 545-557. *Persée*
<http://www.persee.fr>.
- Pearlin, L.I. et Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Peterkin, A.D. (2012). *Staying Human during Residency Training: How to Survive and Thrive after Medical School*. Toronto : University of Toronto Press.
- Pianosi, K., Bethune, C. et Hurley, K.F. (2016). Medical student career choice: a qualitative study of fourth-year medical students at Memorial University, Newfoundland. *CMAJ Open*, 4(2), E147-E152. doi: 10.9778/cmajo.20150103
- Pitkala, K.H. et Mantyranta, T. (2003). Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physician's role-a qualitative study. *Medical Teacher*, 25(2), 155-160. doi: 10.1080/0142159031000092544
- Plante, P., Dumas, L. et Plante, A. (2010). *Sémato. Logiciel d'analyse sémantique des documents textuels*. Récupéré de <http://semato.uqam.ca>
- Pomaki, G., Supeli, A. et Verhoeven, C. (2007). Role conflict and health behaviors: Moderating effects on psychological distress and somatic complaints. *Psychology & Health*, 22(3), 317-335. doi: 10.1080/14768320600774561
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W. et Kaufmann, J.B. (2006). Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among Medical Residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235-262. doi: 10.5465/amj.2006.20786060
- Quintin, J. (2011). La souffrance du médecin: un malaise éthique ? *Le Médecin du Québec*, 46(4), 51-55.

- Raj, K.S. (2016). Well-Being in Residency: A Systematic Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 8(5), 674-684. doi: 10.4300/JGME-D-15-00764.1
- Ratanawongsa, N., Wright, S.M. et Carrese, J.A. (2007). Well-being in residency: a time for temporary imbalance? *Medical Education*, 41(3), 273-280. doi: 10.1111/j.1365-2929.2007.02687.x
- Ratanawongsa, N., Wright, S.M. et Carrese, J.A. (2008). Well-being in residency: Effects on relationships with patients, interactions with colleagues, performance, and motivation. *Patient Education and Counseling*, 72(2), 194-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.04.010>
- Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ). (2013) *Recherche et intervention sur les substances psychoactives*. Récupéré le 2013-03-01 de www.risqtoxico.ca/
- Reis, H.T., Sheldon, K.M., Gable, S.L., Roscoe, J. et Ryan, R.M. (2000). Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. doi: 10.1177/0146167200266002
- Renaud, L., Bouchard, C., Caron-Bouchard, M., Dubé, L., Maisonneuve, D. et Mongeau, L. (2007). Modèle du façonnement des normes par les processus médiatiques. Dans Renaud, L. (dir.), *Les médias et le façonnement des normes en matière de santé* (p. 19-35). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Répertoire canadien sur l'éducation post-MD. (2015) *Rapports provinciaux et de faculté*. Récupéré le 2015-09-01 de <https://caper.ca/fr/post-graduate-medical-education/provincial-and-specialty-reports/>
- Reuben, D.B. (1983). Psychologic effects of residency. *Southern medical journal*, 76(3), 380-383.
- Reynaud, J.-D. (1997). *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Collin.
- Richardsen, A.M. et Burke, R.J. (1991). Occupational stress and job satisfaction among physicians: Sex differences. *Social Science & Medicine*, 33(10), 1179-1187. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90234-4](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90234-4)
- Riese, A., Rappaport, L., Alverson, B., Park, S. et Rockney, R.M. (2017). Clinical Performance Evaluations of Third-Year Medical Students and Association With Student and Evaluator Gender. *Academic Medicine*, 92(6), 835-840. doi: 10.1097/ACM.0000000000001565

- Riesenberg, L.A., Leitzsch, J., Massucci, J.L., Jaeger, J., Rosenfeld, J.C., Patow, C., Padmore, J.S. et Karpovich, K.P. (2009). Residents' and Attending Physicians' Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *Academic Medicine*, 84(12), 1775-1787. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181bf51a6
- Rimal, R.N. et Real, K. (2003). Understanding the Influence of Perceived Norms on Behaviors. *Communication Theory*, 13(2), 184-203. doi: 10.1111/j.1468-2885.2003.tb00288.x
- Rioux, R. (2013). *Vivre à proximité d'un stressor environnemental : comprendre les interactions pour une meilleure régulation*. Université du Québec à Montréal, Montréal. M.A.
- Rioux, R. et Arousseau, C. (2011, novembre). *Bien-être et qualité de vie des résidents demeurant à proximité du lieu d'enfouissement technique (LET) de Lachenaie* Montréal : Université du Québec à Montréal - Service aux collectivités.
- Rioux, R., Ledoux, É. et Arousseau, C. (dir.). (2014, octobre 2014). *La construction sociale extra-muros : le cas des médecins-résidents au Québec*. Diversité des interventions, diversité des populations. Montréal : Association canadienne d'ergonomie.
- Rizzo, J.R., House, R.J. et Lirtzman, S.I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 150-163.
- Robinson, G.E. (2003). Stresses on women physicians: Consequences and coping techniques. *Depression and Anxiety*, 17(3), 180-189. doi: 10.1002/da.10069
- Roccas, S. et Brewer, M.B. (2002). Social Identity Complexity. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 88-106.
- Rodríguez, C., López-Roig, S., Pawlikowska, T., Schweyer, F.-X., Bélanger, E., Pastor-Mira, M.A., Hugé, S., Spencer, S., Lévasseur, G., Whitehead, I. et Tellier, P.-P. (2015). The Influence of Academic Discourses on Medical Students' Identification With the Discipline of Family Medicine. *Academic Medicine*, 90(5), 660-670. doi: 10.1097/ACM.0000000000000572
- Roman, S. et Prévost, C. (2015). *La santé des médecins : état des connaissances et approches préventives*. Montréal : Programme d'aide aux médecins du Québec.

- Rook, K., Dooley, D. et Catalano, R. (1991). Age Differences in Workers' Efforts to Cope with Economic Distress. Dans Eckenrode, J. (dir.), *The Social Context of Coping* (p. 79-97). New York : New York Plenum Press.
- Royal, L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*. Université de Montréal, Montréal. Ph.D.
- Ryan, R.M. et Deci, E.L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R.M. et Huta, V. (2009). Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to the Kashdan et al. and Waterman discussion). *The Journal of Positive Psychology*, 4(3), 202-204. doi: 10.1080/17439760902844285 Récupéré de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17439760902844285>
- Saint-Charles, J. et Mongeau, P. (2005). Les réseaux de conseil et d'amitié : une question d'incertitude et d'ambiguïté. *Management International*, 9(2), 51-60.
- Saint-Charles, J. et Mongeau, P. (2009). Different relationships for coping with ambiguity and uncertainty in organizations. *Social Networks*, 31(1), 33-39. doi: 10.1016/j.socnet.2008.09.001
- Sanfey, H.A., Saalwachter-Schulman, A.R., Nyhof-Young, J.M., Eidelson, B. et Mann, B.D. (2006). Influences on medical student career choice: Gender or generation? *Archives of Surgery*, 141(11), 1086-1094. doi: 10.1001/archsurg.141.11.1086
- Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R. et Sarason, I.G. (1987). Interrelations of Social Support Measures : Theoretical and Practical Implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 813-832.
- Satterfield, J.M. et Becerra, C. (2010). Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Medical Education*, 44(9), 908-916. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03736.x
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors-Série - Actes du colloque Recherche qualitative : les questions de l'heure*(5), 99-111.
- Schefflen, A.E. (2000). Système de la communication humaine. Dans Winkin, Y. (dir.), *La nouvelle communication* (p. 145-157). Paris : Éditions du Seuil.

- Schernhammer, E.S. et Colditz, G.A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
- Schmidt, S., Roesler, U., Kusserow, T. et Rau, R. (2014). Uncertainty in the workplace: Examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression-A meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 91-106. doi: 10.1080/1359432X.2012.711523
- Schulz, J. (2013). The impact of role conflict, role ambiguity and organizational climate on the job satisfaction of academic staff in research-intensive universities in the UK. *Higher Education Research & Development*, 32(3), 464-478. doi: 10.1080/07294360.2012.680209 Récupéré de <https://doi.org/10.1080/07294360.2012.680209>
- Scott, I., Gowans, M., Wright, B., Brenneis, F., Banner, S. et Boone, J. (2011). Determinants of choosing a career in family medicine. [10.1503/cmaj.091805]. *Canadian Medical Association Journal*, 183(1), E1. Récupéré de <http://www.cmaj.ca/content/183/1/E1.abstract>
- Scott, I., Wright, B., Brenneis, F., Brett-MacLean, P. et McCaffrey, L. (2007). Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. *Canadian Family Physician*, 53(11), 1956-1957.
- Seashore, S.E. (1975). Defining and measuring the quality of working life. Dans Davis, L. E. et Cherns, A. B. (dir.), *The Quality of Working Life* (p. 105-118). New York : Free Press.
- Senf, J.H., Campos-Outcalt, D. et Kutob, R. (2003). Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(6), 502-512.
- Serrano, K. (2007). Women Residents, Women Physicians and Medicine's Future. *Wisconsin Medical Journal*, 106(5), 260-265.
- Sewell, W.H. (1983). *Gens de métier et révolutions le langage du travail : de l'ancien régime à 1848*. Paris : Aubier-Montaigne.
- Shannon-Baker, P. (2016). Making Paradigms Meaningful in Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(4), 319-334.

- Skeff, K.M. et Mutha, S. (1998). Role Models - Guiding the Future of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 339(27).
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. et Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Sondage national des médecins. (2010). *Sondage national des médecins, données 2010*. Dans Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (dir.).
- Sondage national des médecins. (2012). *Sondage national des médecins, données 2012*. Dans Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (dir.).
- Sondage national des médecins. (2014). *Sondage national des médecins, données 2014*. Dans Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (dir.).
- St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É. et Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Éditions MultiMondes.
- Statistiques Canada. (2007a). *Enquête sociale générale, Cycle 21 - La famille, le soutien social et la retraite*. Ottawa. Récupéré le 2016-06-18
- Statistiques Canada. (2008). *Enquête nationale sur la santé de la population / Volet ménages / Cycle 7*. Ottawa. Récupéré le 2016-06-18
- Strauss, A.L. (1992). *La trame de la négociation sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Stryker, S. et Statham, A. (1985). Symbolic Interaction and Role Theory. Dans Lindzey, G. et Aronson, E. (dir.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 1, p. 311-378).
- Suls, J. et Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288.
- Sutcliffe, K.M., Lewton, E. et Rosenthal, M.M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), 186-194.
- Tap, P. (2005). Identité et exclusion. *Connexions*, 83(1), 53-78. doi: 10.3917/cnx.083.0053

- Tattersall, A.J., Bennett, P. et Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress and Health*, 15(2), 109-113. doi: 10.1002/(sici)1099-1700(199904)15:2<109::aid-smi793>3.0.co;2-5
- Thoits, P.A. (1991). Gender Differences in Coping with Emotional Distress. Dans Eckenrode, J. (dir.), *The Social Context of Coping* (p. 107-131). New York : Plenum Press.
- Thomas, E.J. et Biddle, B.J. (1979). *Role theory: Concepts and research*. New York : John Wiley & Sons.
- Tomioka, K., Morita, N., Saeki, K., Okamoto, N. et Kurumatani, N. (2011). Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine*, 61(3), 163-170. doi: 10.1093/occmed/kqr004
- Truchot, D. (2015). *Épuisement professionnel et burn-out : concepts, modèles et interventions*. (2e éd.). Paris : Dunod Éditions.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N.T. et Ekeberg, Ø. (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, 34(5), 374-384. doi: 10.1046/j.1365-2923.2000.00540.x
- Université de Montréal. (2016) 300 nouveaux étudiants en médecine reçoivent le sarrau. Récupéré le 2018-09-01 de <https://medecine.umontreal.ca/2016/10/06/300-nouveaux-etudiants-medecine-recoivent-sarrau/>
- Valiquette, M. (1997). *Le Pouvoir sans abus*. Montréal : Éditions Logiques.
- Veasey, S., Rosen, R., Barzansky, B., Rosen, I. et Owens, J. (2002). Sleep loss and fatigue in residency training: A reappraisal. *JAMA*, 288(9), 1116-1124. doi: 10.1001/jama.288.9.1116
- Vogel, D., Wester, S., Heesacker, M. et Madon, S. (2003). Confirming Gender Stereotypes: A Social Role Perspective. *Sex Roles*, 48(11-12), 519-528. doi: 10.1023/a:1023575212526
- Walker, O.C., Churchill, G.A. et Ford, N.M. (1975). Organizational Determinants of the Industrial Salesman's Role Conflict and Ambiguity. *Journal of Marketing*, 39(Janvier), 32-39.

- Wallace, J.E., Lemaire, J. et Ghali, W.A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374, 1714-1721.
- Weber, M.L. (1983). La visite médicale d'enseignement. *Canadian Medical Association Journal*, 129.
- Weingart, P. (2010). A short history of knowledge formation. Dans coll., R. F. e. (dir.), *The Oxford handbook of interdisciplinarity* (p. 3-14). USA: New York : Oxford University Press.
- Weitzman, L.M. (1994). Multiple-role realism: A theoretical framework for the process of planning to combine career and family roles. *Applied and Preventive Psychology*, 3(1), 15-25. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80105-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80105-2)
- Wellman, B. et Wortley, S. (1990). Different Strokes from Different Folks: Community Ties and Social Support. *American Journal of Sociology*, 96(3), 558-588.
- West, C.P., Tan, A.D., Habermann, T.M., Sloan, J.A. et Shanafelt, T.D. (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 302(12), 1294-1300. doi: 10.1001/jama.2009.1389
- Wilson, I., Cowin, L.S., Johnson, M. et Young, H. (2013). Professional Identity in Medical Students: Pedagogical Challenges to Medical Education. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 369-373. doi: 10.1080/10401334.2013.827968
- Winkin, Y. (2000). *La nouvelle communication*. Paris : Éditions du Seuil.
- Wright, B., Scott, I., Woloschuk, W. et Brenneis, F. (2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 170(13), 1920-1924. doi: 10.1503/cmaj.1031111 PMC.
- Wright, S.M. (1996). Examining what residents look for in their role models. *Academic Medicine*, 71(3), 290-292.
- Wright, S.M., Kern, D.E., Kolodner, K., Howard, D.M. et Brancati, F.L. (1998). Attributes of Excellent Attending-Physician Role Models. *The New England Journal of Medicine*, 339, 1986-1993. doi: 10.1056/NEJM199812313392706
- Young, T.A. (1997). Teaching medical students to lie. The disturbing contradiction: medical ideals and the resident-selection process. *CMAJ*, 156(2), 219-222.

- Yusoff, M.S.B. et Abdul Rahim, A.F. (2010). Prevalence and sources of stress among postgraduate medical trainees: initial findings. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 11(2), 180-189.
- Zawacki, J.S. (1963). *The System of Unofficial Rules of a Bureaucracy: A Study of Hospitals*. University of Pittsburgh. Ph.D.
- Zhou, Q., Martinez, L.F., Ferreira, A.I. et Rodrigues, P. (2016). Supervisor support, role ambiguity and productivity associated with presenteeism: A longitudinal study. *Journal of Business Research*, 69(9), 3380-3387. doi: 10.1016/j.jbusres.2016.02.006