



Competency-based professionalism in anesthesiology: Continuing Professional Development

Jocelyne McKenna, MD · H. David Rosen, MD

Received: 19 March 2012 / Accepted: 13 June 2012 / Published online: 14 August 2012
© Canadian Anesthesiologists' Society 2012

Abstract

Purpose Fulfilling the current societal expectations for professionalism in medicine requires a clear understanding of the specific skills, attitudes, and behaviours expected of practitioners. This Continuing Professional Development (CPD) module discusses professionalism as it relates to the practice of anesthesiology.

Principal findings While many of the attributes of the professional are generic, performance expectations must be interpreted in a specialty-specific context. Anesthesiologists face challenges to their professionalism in the time-constrained, highly technical and stressful operating room environment. Ongoing shifts in the models of health care delivery require the adaptation of anesthesiology practice to meet changing demands. Consequently, anesthesiologists' practice environment has extended into preoperative assessment units, acute pain services, and perioperative medicine. Application of principles of biomedical ethics, understanding of medico-legal and regulatory aspects of practice, and attention to personal health and career sustainability are intrinsic aspects of professional practice. More recently, focus on adverse event management and continuous quality improvement has created the need for specific skill sets, which must be included in training and continuing professional development programs. The

medical education literature suggests teaching and evaluation methods suited to the development of competence in all aspects of professionalism. Finally, professionalism requires the availability of remediation programs for learners and practitioners in difficulty.

Conclusion The attitudes, skills, and behaviours that define professionalism in anesthesiology must be taught and evaluated to establish a basic level of competence by the completion of specialty training. Throughout their careers, anesthesiologists must continue their professional development to meet current and future societal expectations and shifting norms of health care delivery.

Objectives of this Continuing Professional Development (CPD) module

After reading this module, the reader should be able to:

1. Define professionalism and its underlying competencies in relation to the current practice of anesthesiology in Canada.
2. Understand why professionalism needs to be explicitly taught and evaluated.
3. Become familiar with teaching and evaluation strategies in anesthesiology.
4. Explain the challenges to remediating unprofessional conduct, and learn strategies that may be useful in trainees or practitioners at any stage of their career.

Physicians everywhere are increasingly facing challenges to their professionalism. Some of these have arisen in the public forum, where confidence in institutions, such as the clergy, the police, and teachers, has been adversely affected by public reports of negligence, abuse of power,

J. McKenna, MD (✉)
Department of Anesthesiology, The Ottawa Hospital, University of Ottawa, 501 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada
e-mail: jmckenna@toh.on.ca

H. D. Rosen, MD
Departments of Anesthesiology and Cardiology, Harvard Medical School, Children's Hospital Boston, Boston, MA, USA

and cases of criminal activity.^A Media reports of conflicts of interest and fraud in medical research¹ and reports of sexual and other forms of abuse by physicians continue to pose a serious threat to the public trust the medical profession has enjoyed for centuries. Practicing physicians in all specialties have become keenly aware of the potential consequences of lapses in professional behaviour.² The medical profession, through its legal and regulatory bodies, has sought to counter the decline in public confidence by emphasizing the importance of professionalism in its undergraduate and postgraduate programs. Maintaining and, in some cases, restoring the public's trust in physicians is seen by some as one of the most pressing challenges facing the medical profession in the past century.³

Definition of professionalism

Despite a large number of publications on medical professionalism in the past two decades, it is difficult to find a simple definition that encompasses all aspects of the term.⁴ Most definitions include the concepts of clinical competence, ethical practice, and adherence to the medico-legal and regulatory aspects of practice. While essential, these concepts are not however sufficient for professionalism.⁵ Values, such as altruism, excellence, humanism, and accountability, are required and are at the core of professional behaviour. While individual values may at times come into conflict, the ability to resolve those conflicts is also a requirement of medical professionalism. A schematic definition of professionalism by Stern *et al.*⁵ illustrates these interrelated concepts (Fig. 1).

An alternative definition by Blackmer⁶ from a white paper entitled "Professionalism and the Medical Association" reads as follows, "*Medical professionalism describes the skills, attitudes, values and behaviours common to those undertaking the practice of medicine. It includes concepts such as the maintenance of competence for a unique body of knowledge and skill set, personal integrity, altruism, adherence to ethical codes of conduct, accountability, a dedication to self-regulation, and the exercise of discretionary judgment. Professionalism is also the moral understanding among medical practitioners that gives reality to what is commonly referred to as the social contract between medicine and society. This contract in return*

^A On December 28, 2010, a Montreal Gazette headline read: "Trust in professionals is on the wane: poll". The author describes a decline in the level of trust that patients have in their doctors and other professionals. Physicians had one of the largest declines in trust levels of all professions. This explains the serious attention this declining trust has been under from medical schools, specialty societies, and regulating bodies.

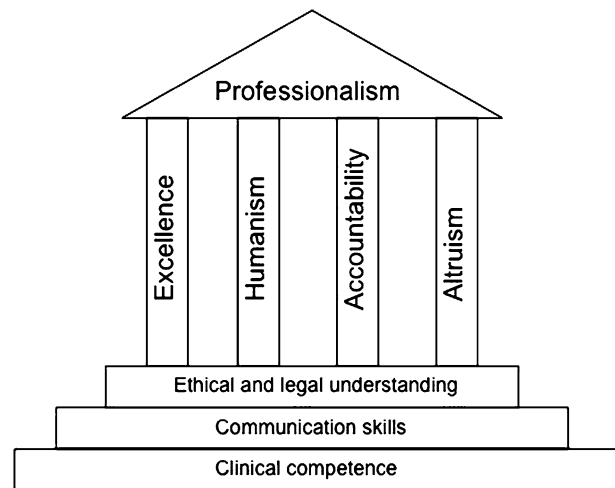


Fig. 1 Definition of professionalism, according to Stern.⁵ Reproduced with permission

Fig. 1 Définition du professionnalisme, selon Stern.⁵ Reproduit avec autorisation

grants the medical profession a monopoly over the use of its knowledge base, the right to considerable autonomy in practice and the privilege of self-regulation."

Learning medical professionalism

Learning professionalism is a developmental process that begins in medical school and continues throughout residency and the years of practice. In Canada, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) has defined the specific skills and attitudes that must be present for competence in the role of professional.⁷ These in turn require translation into specialty-specific goals and objectives of training. The CanMEDs professional role is defined as having four main subsets or areas of competence (Fig. 2):

- 1) Professional conduct, which includes personal attributes, interpersonal behaviours, and adverse event management;
- 2) Ethical practice, which refers to the generic principles of biomedical ethics as well as specialty-specific ethical practice;
- 3) Legal and regulatory framework of practice; and
- 4) Physician health.

Each of these four items will be discussed in turn.

Professional conduct (Table 1)

Personal values, such as altruism, empathy, compassion, and honesty, considered essential to the practice of medicine underlie professional conduct. In anesthesiology, these values translate into empathy and compassion for patients

Fig. 2 Schematic representation of the components of professionalism as per CanMEDs

Fig. 2 Représentations schématique des composantes du professionnalisme

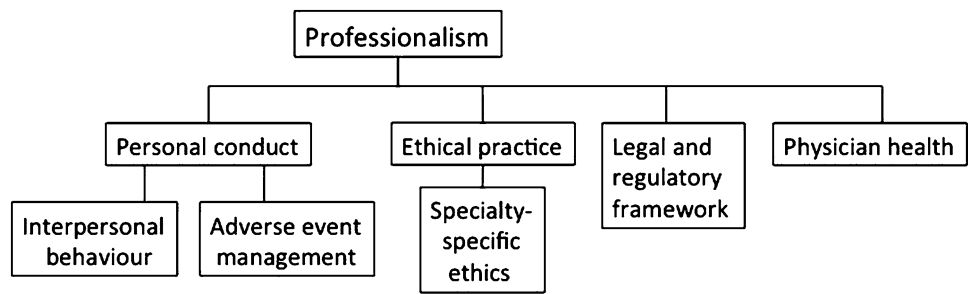


Table 1 Professional conduct

Competencies	Competency subsets	Associated attitudes, skills	Practical implications: how they apply to anesthesiology practice
1- Professional conduct	1.1 Professional attributes	Integrity, honesty, compassion	Empathy towards patients irrespective of race, sex, social standing. Accountability for actions and reliability in performance of duties. For example: provide uniform standard of care to the elderly, the homeless, the mentally ill.
	1.2 Interpersonal relations	Appropriate interpersonal behaviour: within specialty	Collaborating with colleagues to ensure fair distribution of call duties. Participating in administrative activities, committee work.
		Appropriate inter professional or inter disciplinary behaviour: with other health care team members.	Managing emergency case list: balancing priorities of multiple surgical services. Completion of consultation requests in a timely fashion. Participating in multidisciplinary initiatives: patient safety; continuous quality improvement (CQI), and interdisciplinary care.
1.3 Adverse event management	Participate in culture of safety:	<p>a) Disclosure:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inform patient, family -Offer apology -Establish follow-up procedure <p>b) Analysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reporting local, national, global as appropriate -Systems-based assessment <p>c) Prevention:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Practice according to established safety practices. Formulate and implement prevention strategies. 	<p>Inform patient, family of anesthesia-related events: difficult intubations, dental trauma. Demonstrate empathy and accountability during discussion and apologies (when appropriate). Follow up and investigate complications that may be related to anesthesia: postdural puncture headache, neuropathy post general or regional anesthesia. Provide feedback to patient about results of process.</p> <p>Report adverse events non-judgmentally. For example, reporting of complications or near-misses related to equipment failures, look-alike drug formulations. Participate in analysis of contributing factors, education and development of strategies to prevent reoccurrences.</p> <p>Rigorously abide by current standards in anesthesia care: machine checks, equipment preparedness, monitoring practices. Consistently follow appropriate drug handling practices: labelling of syringes, colour coding of labels. Maintain organized work area to minimize possibility of drug swaps and use of contaminated syringes.</p>

irrespective of social standing, race or religious beliefs, and the provision of a uniform standard of care for all patients. Accountability and reliability in the performance of duties are cornerstones of professionalism, and their importance in anesthesiology is critical in view of the complexity of contemporary perioperative care. Team-based practice in highly complex environments requires high standards of personal performance, rigorous adherence to safety

policies, thoroughness and accuracy in charting, and ability to share information succinctly and reliably at transitions of care. It is recognized that values, such as honesty and accountability, can be positively reinforced, but they are difficult to teach if truly deficient. While values may not be modifiable through teaching or sanctions, acceptable standards of behaviour can be defined and taught, allowing learners to maintain their comportment within appropriate

norms.⁸ Stated simply, you do not have to be nice, but you must be able to act as though you are; you also need to follow the rules in order to meet training requirements, and maintain credentials and privileges of practice.

Anesthesiologists must provide unbiased and truthful explanations to allow patients to make informed decisions about their anesthetic care, and they must respect their patient's right to autonomy. When a patient's religious or moral beliefs conflict with those of the physician (e.g., during the care of a Jehovah's Witness refusing blood products), it is the physician's duty to respect the patient's wishes or find an alternate qualified individual to provide care.⁹ Altruism may require delaying handover of a critically ill patient until the patient becomes more stable, or performing one more epidural before change of shift rather than passing on the request to the person coming on duty. Professional conduct also includes appropriate interpersonal behaviours, supported by adequate communication skills.^{7,8,10} Physicians have a duty to interact with other health care team members in a respectful and appropriate manner; the high-stakes environment of the operating room can add significant levels of stress and push individuals to the limits of acceptable behaviour.^{2,7,11} Leadership and collaboration skills are required of anesthesiologists for optimal team functioning. Abundant evidence from the business literature confirms the deleterious impact that disagreeable individuals, be they in leadership positions or peers, can have on the entire workplace.² Decreased performance, increased absenteeism, or the more recently recognized "presenteeism" (defined as decreased workplace performance caused by the presence of unmotivated unhappy workers) can result from the interactions of various workers with a single disruptive individual.^{2,12} In health care, this can translate into a working environment with increased risk of patient morbidity¹³ and decreased engagement and retention of staff, including physicians, nurses, allied health professionals, or trainees.^{3,13,14} Many organizations have developed workshops on how to deal with disruptive physician behaviour, and these can form the basis for remediation strategies for those whose repetitive lapses threaten the ability of others to learn and work to the best of their abilities.^{15,16}

Since the report, "First Do No Harm", of the Institute of Medicine in 1999¹⁷ and a subsequent similar report in Canada¹⁸ revealed alarmingly high complication rates for hospitalized patients, a majority of health care institutions and organizations have been developing and implementing programs aimed at improving adverse event reporting, reinforcing personal accountability, and promoting the investigation of complications and near misses, all in an effort to improve patient safety. Anesthesiologists can play a critical role in the reporting and investigation of perioperative adverse events, thereby contributing significantly

to continuous quality improvement programs and patient safety initiatives. Adverse event disclosure and management, systems analysis of errors, and institution of preventative measures are key elements of professionalism that must be included in goals and objectives of training.¹⁹ A medical culture that has promoted the notion of physicians as "perfect" is in part responsible for delays in recognizing and managing the role of human error in the genesis of adverse events in medical care. Humility and awareness of one's limits are virtues that are essential to the practice of medicine in the highly complex systems in existence nowadays.

Ethical practice (Table 2)

Through the centuries, ethics has remained an area of intense scholarly activity as the exponential growth in medical science and technical advances continuously altered the dilemmas faced by clinicians and their patients. The principles of medical ethics are essentially the same as ever; however, current patient-centred care models place increasing emphasis on the patient's right to autonomy. Central to a physician's professional role is the obligation to take patients' wishes into account and represent their best interests above any other consideration.

The fundamental ethical principles of patient autonomy, beneficence, and non-maleficence must remain at the forefront in resolving dilemmas arising over clinical care options. In anesthesiology, physicians have limited time to develop rapport with their patients, who are processed by an increasingly complex system involving numerous interactions with different individuals. Given the current demands on operating room efficiency, the process of establishing trust and coming to an understanding of patients' wishes and concerns must often be accomplished within extremely tight timelines.¹⁷ The ethical issues associated with patient enrolment in clinical studies in the immediate preoperative period are numerous and beyond the scope of this article.

Legal and regulatory framework (Table 3)

A physician's right to self-regulation is a privilege granted by society, and preservation of this privilege requires adherence to the rules governing practice and accountability to professional regulatory bodies; failure to do so may lead to the introduction of a variety of other layers of control over practitioners. Physicians, individually and collectively, must recognize and respond to unprofessional behaviours within their ranks and participate in peer review when required. Self-regulation pertains to rules governing physicians' conduct in their many spheres of practice (e.g., National Society's Code of Ethics and Specialty Society's

Table 2 Ethical practice

Competencies	Competency subsets	Associated attitudes, skills	Practical implications: how they apply to anesthesiology practice
2- Ethical practice	2.1 Ethics in clinical practice (Ethics in research, academic and scholarly work is beyond the scope of this review)	<p>Understanding principles of medical ethics:</p> <p>1-Patient autonomy</p> <p>2-Beneficence (non-maleficence)</p> <p>3-Justice</p> <p>Ability to resolve ethical dilemmas: analysis of issues from multiple viewpoints, collaboration with health care team members, respect for patient's autonomy and role of family.</p> <p>Specialty-specific ethics Same decision-making principles applied to issues specific to anesthesiology, perioperative medicine, critical care.</p>	<p>1-Respect patients' choices regarding their medical (including anesthetic) care. Provide the information required to allow patients to choose the preferred option. Example: selection of regional vs general anesthesia.</p> <p>2-Clinical care motivated by benefit to the patient (not academic, societal, or personal gain). Examples: use of invasive monitoring when indicated by patient's condition; assign ASA classification based on medical considerations.</p> <p>3-Resource allocation: provide just allocation of scarce resources. Every patient is entitled to appropriate level of care without limiting accessibility of others to health care resources. Concept of societal justice should be balanced with needs of individual patients. The context is central to decision-making. Examples: availability of critical care beds may limit duration or extent of postoperative monitoring to the most critically ill patients. During mass casualties or wartime, triage of patients will be based on different criteria (the most likely to benefit vs the most critically ill).</p> <p>Examples: Informed consent: providing the information a reasonable person would want to know when considering the options available for their care. Conflicts of interest: relationships with pharmaceutical or other medical industry sponsors.</p> <p>Examples: Advocating for patient's rights to privacy, dignity when under anesthesia. Prioritizing mother vs fetus in emergency obstetrical care. Abiding by patient's directives regarding use of blood products.</p>

ASA = American Society of Anesthesiologists

standards of practice). However, a growing tendency has been for Universities and Hospitals to define their own expectations of physicians, for example, in policies on harassment and physician contracts outlining mutual responsibilities. Practicing physicians must not only abide by these contractual obligations to maintain their own privileges and appointments, but they also need to be cognizant of the legal implications of the engagements they enter into when establishing group practices and hiring anesthesia assistants, fellows, or administrative personnel. The use of specialized legal services in these situations is not only prudent but mandatory to prevent potentially expensive future conflicts.

Physician health (Table 4)

There is more and more evidence of a relationship between physician health and patient outcomes, morbidity, and even mortality.^{2,11,12} National and provincial physician associations, specialty societies, the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, individual universities, and groups of physicians with an interest in physician health have developed programs designed to assist physicians in the maintenance of their own health.^{17,18} It has been stated that personality traits common in physicians can make them particularly vulnerable to health problems; they may delay or even completely forego access to health care for

Table 3 Legal and regulatory aspects of practice

Competencies	Competency subsets	Associated attitudes, skills	Practical implications: how they apply to anesthesiology practice
3- Legal and regulatory aspects of practice	3.1 Medico-legal aspects of practice	1-Understanding medico-legal issues and respect current practice guidelines	1-Respect confidentiality of patients.
		2-Maintain medical liability protection	2-Abide by accessibility to health information legislation (provide access to reports, charts, electronic communications as requested).
	3.2 Colleges and associations	1-Understanding and abiding by policies of licensing authorities and associations	3-Avoid uninformed comments on care provided by others, respect confidentiality of colleagues.
		2-Understanding credentialing processes and importance of physician self-regulation	1-Participate in maintenance of competence programs; life-long learning. Remain up-to-date with changes to organizational policies and standards of care.
	3.3 Hospitals and other practice settings	1-Health care organization (national, provincial)	2-Contribute to self-regulation: participate in committees at hospital or other level, support medical organizations and peer assessment programs.
		2-Hospital administrative and reporting structure, policies	1-Abide by national and provincial regulatory agency codes of ethics and policies. Example: Canadian Medical Association Code of Ethics.
		3-Practice management, billing	2-Maintain hospital privileges; abide by hospital or other institutional policies and terms of contract (when applicable). Use appropriate reporting hierarchies. Know how to manage conflicts and difficult people in the perioperative setting.
			3-Avoid discrimination in recruiting practice associates and office personnel. Utilize sound billing practices.

themselves.¹⁹ Understanding of physician health should cover a wide variety of topics, including mental health problems, challenges associated with career transitions, physician life cycle, and financial health.²⁰⁻²² There is a significant incidence of mental health problems among physicians both during and after training, and this indicates the need for practitioners to be aware of risk factors and to know how to seek help for themselves or colleagues who may be showing signs of excessive stress or burn out. The stigma associated with mental health problems is particularly effective at hindering physicians from seeking assistance.^{18,21-23} Physician health programs emphasize the need for physicians to recognize their own vulnerabilities, not only for their personal welfare, but ultimately because of their professional responsibility towards society through practice sustainability.¹⁸

Teaching professionalism

Complex concepts, such as professionalism, cannot be taught exclusively by any one method. Evidence from the medical education literature shows that adult learners do best when exposed to multiple teaching methods; some examples are outlined in Table 5.⁸ A combination of didactic presentations with self-directed multimodal educational tools provides learning opportunities for all types of participants. Different individuals also exhibit different styles of learning: the availability of more than one format

allows accommodation for diverse learning styles. Educational strategies for teaching professionalism should be directed at providing multiple opportunities for learners to develop the attitudes and skills they require. The development of strategies for lifelong learning and maintenance of competence are other important aspects of professionalism that must be promoted during medical school and residency. Recently, there has been increasing interest in the use of portfolios in which learners document the acquisition of knowledge around specific concepts. Reflecting on their own experiences in portfolios under the guidance of faculty coaches promotes the longitudinal development of professionalism during training and the years to follow. The importance of role modelling as a factor in the development of medical students' and residents' medical personality has been well documented.^{20,21,24} One of the often-cited barriers to the teaching of professionalism is the occasional episode of "less-than-professional" behaviour of faculty and mentors. Such inconsistencies may induce learners and faculty alike to question the sincerity of the policies purported to be in effect. The so-called "hidden curriculum" refers to the cultural or environmental practices of the work environment that contradict the policies and teachings of the academic milieu.²⁵ This phenomenon is considered responsible for the development of cynicism and the regression of empathy among a significant number of learners over the course of their training. Considering the importance of faculty behaviour in the development of professionalism in learners,

Table 4 Physician health

Competencies	Competency subsets	Associated attitudes, skills	Practical implications: how they apply to anesthesiology practice
4- Physician health	4.1 Physicians as patients	Understand issues of self-diagnosis and prescribing. Appreciate characteristics unique to physicians.	Anesthesiologists face the same challenge as their peers: temptation to self-diagnose, self-medicate and reluctance to seek help can become barriers to seek medical care.
	4.2 Physical health	Understand determinants of health; practice preventative maintenance	Recognize relationship between physiology and cognitive processes: risk of errors and complications from suboptimal physical condition (acute fatigue, chronic sleep deprivation, hunger, dehydration, preoccupation with outside issues). Follow recommendations with respect to limiting duty hours in anesthesiology. Plan staffing and call schedules in accordance.
	4.3 Mental health	Understand risk factors for mental illness, burn-out, and substance abuse. Learn how to develop resilience, manage time, and deal with stress.	Availability of habit-forming and potentially lethal drugs in anesthesiology presents unique risks of dependence, suicide as response to stress, and mental illness. Actively develop strategies to deal with stress: mindfulness, yoga, exercise. Recognize high-risk events: anesthetic related mortality, medico-legal proceedings.
	4.4 Physicians and their colleagues	Know how to reach out to a colleague in need; know where and when to get help.	An anesthesiologist experiencing personality changes, irritability, mood swings may need the intervention of a trusted colleague to encourage access to medical care.
	4.5 Physician illness and disability	Recognize and accept limitations resulting from illness.	Work modification may be possible in response to disability. Options may include work outside the operating room and limiting call responsibilities.
	4.6 Physician life cycle	Understand the phases of practice and need for sustainability throughout. Provide mentorship as required.	Support younger colleagues in dealing with career transitions: medical school to residency, residency to practice. Share resources with colleagues: child care, wellness. Plan for own career transitions, such as retirement. Recognize concerns associated with physician aging.
	4.7 Financial health	Become and stay informed about financial management, the business aspects of practice, and the need for life insurance at different stages of career.	Obtain qualified financial advisor, plan strategy and modify as required. Get disability insurance early in training: risk of burn-out and mental illness is highest in medical school and residency. Occurrence may restrict subsequent eligibility for coverage.

Table 5 Some methods for teaching professionalism

Teaching methods	Examples of suitable content
Lectures	Core didactic material: standards of practice, basic ethical principles
Journal Clubs	Literature on education in professionalism: role modelling, physician health, duty hours
Case presentations	Ethics: discussion of ethical dilemmas arising in practice
Rounds	Physician health: presentation of specific topics such as: sleep deprivation or burn-out in perioperative care
Workshops	Hands-on teaching of specific techniques: conflict resolution skills, time management
Web-based modules	Combinations of didactic material, case discussions, reflective exercises. Useful for teaching multiple aspects of professionalism
High fidelity simulation, role play, video review	Scenarios can be scripted to include difficult interpersonal relations, adverse event management.

some authors have emphasized the need for faculty development programs in professionalism.²⁶ Increasingly, organizations outside faculties of medicine are becoming

active participants in the development of teaching and learning tools for different aspects of professionalism, such as patient safety, physician health, and legal and regulatory

Table 6 Advantages and disadvantages in using methods of assessing medical professionalism

Methods	Advantages	Disadvantages
Standardized clinical encounters	Can yield sound measures of competence, especially in communication, in settings that mirror the real world of medicine	Are resource intensive
High-fidelity simulations	Can measure teamwork and interprofessional communication	Require additional study to establish quality of the measurement
Portfolios	Are well suited to assessing complex phenomena such as professionalism; require examinees to decide how best to demonstrate their achievement	Are resource intensive
Reflection	Can provide insight into learners' attitudes, development of professional identity, and reasoning about professional dilemmas	Is not appropriate for summative assessment
Faculty observations of learners	Typically measure routine performances of learners in the real world of medicine; are easy to design and use	Can produce data with low reliability unless attention is paid to numbers of observations and observers, training of observers, and discussion of observations
Critical incident reports	Can predict future professional lapses	Provide information about only a few learners who are exemplars or who are deficient
Multisource assessments	Offer a more complete picture of learners' professionalism than that derived from a single source	Evaluators may be reluctant to address unprofessional behavior
Self-assessment	Can be a fruitful starting point for professional development	Accurate self-assessment is difficult to achieve
Peer assessment	Can provide unique information about learners' professionalism	Not suited to high-stakes assessment; peers may be reluctant to participate in assessment of each other
Knowledge tests	Have excellent face and content validity	Relationship between test scores and performance in the real world is unknown

Reproduced with permission (from Ref. 8, Table 7.1, p.126)

aspects of practice. These virtual learning tools or electronic modules (e-modules) often use a variety of interactive elements to inform and educate. They have the advantage of representing content that has been developed by representative groups of experts in Canadian practice. Many include self-assessment and CPD sections useful to physicians in practice. Research into their efficacy as learning tools is ongoing. Beyond residency, physicians continue to evolve their professional identity throughout their careers. It is as much a part of their continued development as keeping up-to-date with the advances of medical science and regulatory policies.²⁷

Evaluation of professionalism (Table 6)

Defining and applying criteria to a complex behavioural norm, such as professionalism, is a challenge; however, evaluations must be performed to ascertain the presence of a minimal level of competence at the completion of training. Failure to evaluate professionalism sends a conflicting message to both trainees and practicing physicians. Students who are not evaluated on a particular aspect of their curriculum may infer that it is not important. Failure to perform a formal evaluation of professionalism in faculty may contribute to the "hidden curriculum" described earlier. No single tool can assess all the skills, knowledge,

and attitudes incorporated within the professional role; ideally, methods should be selected based on the outcome being measured. The most common evaluation methods in use are summarized in Table 6 along with their associated strengths and weaknesses.⁸

Remediation of lapses in professionalism

There is a well-documented association between disciplinary sanctions by licensing authorities and complaints of unprofessional behaviour reported during medical school.²⁸ In addition, physicians with a history of disruptive behaviour show higher rates of malpractice liability.¹²⁻¹⁴ There are several barriers to the remediation of lapses in professionalism that can make it a challenge. A lack of documentation is the first obstacle frequently encountered. Reluctance on the part of the observer frequently results from a lack of knowledge as to what specifically should be reported. Fear of backlash is another significant impediment to the reporting of breaches in professional conduct, particularly when there is a real or perceived power differential between the parties. Such is the case when the resident, student nurse, or colleague witnesses an incident where a faculty member, physician, or administrative superior has acted unprofessionally. As is abundantly documented in the media, individuals who make the conscious choice to report

misconduct often do so at their own peril. Indeed, recent “whistle-blower” legislation has been drafted to protect those who, in good conscience, report misconduct. Despite policies that condemn disruptive behaviour in medicine, professional status or clinical excellence will often shield individuals from complaints, even in the face of repetitive lapses in professionalism. However, failure to respond to negative behaviours not only condones them by default, but also does nothing to prevent repeats. Indeed, it may encourage progressively worse actions, which may represent a testing of limits. Early identification is critical, and documentation through assessment or critical incident reports provides the opportunity for feedback and the institution of a structured remediation plan with clear expectations and consequences. It is important to establish the seriousness of the behaviour promptly; some may require immediate action, up to suspension in extreme cases. Investigation of lapses in professionalism must take into account the numerous factors that may contribute to negative behaviours. Changes in personality, as evidenced by lapses in professionalism, may be the sign of an underlying problem that needs to be addressed, such as psychological or psychiatric disturbances, substance abuse, relationship problems, financial difficulties, or impairment from an undiagnosed medical condition. Meeting with the individual allows hearing the individual’s version of events but also serves as notification, which in itself may be sufficient motivation for self-improvement. Elaboration of a remediation plan, while emphasizing support and concern, must include a defined timeline and clear objectives and expectations, and it must also state the consequences of failure. A monitoring process must be established and resources provided to assist the individual in addressing any underlying issues. A third party coach is often recommended. The role of this person is to act as an unbiased mentor who can assist the participant in guided self-reflection. The success of the remediation process will depend to a large extent on the participant’s insight, awareness, and ability to self-assess and reflect on past performance; denial and lack of insight tend to predict a negative outcome.¹³ For faculty and practicing physicians, remediation might include mandatory participation in educational programs on maintaining boundaries or on managing the disruptive physician,^{15,16} temporary suspension of hospital privileges or license to practice, and financial penalties.

Conclusion

Throughout the history of medicine, professionalism is the thread that binds physicians to their role as healer. The culture of medicine is perpetually evolving; adaptation to the requirements of the social contract is the only way to

ensure medicine retains its status as a self-regulating profession. Anesthesiologists as well as other physicians may find their scope of practice, professional status, even their livelihood coming under pressure from outside agencies, governments, and other professional groups. All physicians are accountable for protecting the societal trust and privileges of self-regulation we currently enjoy. This underscores for anesthesiologists the importance of professionalism in training, practice, and continuing professional development both now and in the future.

Clinical cases

Case 1

You are an attending physician at a large hospital. A respected division chief approaches you for a prescription for Dilaudid® (hydromorphone) for his migraines. He explains that he has been too busy to get to his own physician for a new prescription and requires a 30-day supply.

Case 2

You are an anesthesiologist in a teaching hospital. During a long and complex general surgery case, the attending surgeon berates her fellow almost to the point of tears.

Case 3

Your hospital has introduced a new surgical safety checklist. You are told that the resident you are working with was loudly critical of the checklist during your absence from the room.

Instructions for completing the continuing professional development (CPD) module

1. Read the current article and the references indicated in **bold**.
2. Go to: <https://www.cpass2.umontreal.ca/selfassessmentprogram/> and select the current module (Competency-based professionalism in anesthesiology).
3. Answer the multiple choice questions regarding the case scenario.
4. Once you have entered all of your answers, you will have access to experts’ explanations for all the possible choices.
5. Participants may claim up to four hours of CPD for a total of 12 credits under Section 3 of the CPD program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Professionalisme basé sur les compétences en anesthésiologie

Résumé

Objectif *Comblant les attentes actuelles de la société en termes de professionnalisme en médecine nécessite une bonne connaissance des habiletés, attitudes et comportements spécifiques qui sont attendus de la part des praticiens. Ce module de développement professionnel continu (DPC) aborde le professionnalisme dans ses rapports avec la pratique de l'anesthésiologie.*

Constatations principales *Alors que de nombreux attributs du professionnel sont génériques, les attentes en termes de performance doivent être interprétées dans le contexte spécifique de la spécialité. Le professionnalisme des anesthésiologistes est confronté à des défis dans l'environnement stressant, minuté et de haute technicité, de la salle d'opération. Les variations continues des modèles d'administration des soins de santé nécessitent une adaptation de la pratique de l'anesthésiologie pour répondre à ces exigences mouvantes. Ainsi, l'environnement de l'exercice des anesthésiologistes s'est étendu aux unités d'évaluation préopératoire, aux services de traitement de la douleur aiguë et à la médecine périopératoire. L'application des principes d'éthique biomédicale, la connaissance des aspects médico-légaux et réglementaires de l'exercice, ainsi que l'attention portée à la santé personnelle et à la viabilité de la carrière sont des éléments intrinsèques de l'exercice professionnel. Plus récemment, l'intérêt porté à la gestion des événements indésirables et à l'amélioration continue de la qualité a créé le besoin d'ensembles d'habiletés spécifiques qui doivent être inclus dans la formation et dans les programmes de développement professionnel continu. Les publications disponibles sur l'éducation médicale proposent des méthodes d'enseignement et d'évaluation adaptées au développement des compétences dans tous les aspects du professionnalisme. Enfin, le professionnalisme nécessite la disponibilité de programmes de mise à niveau pour les apprenants et les praticiens en difficulté.*

Conclusion *Les attitudes, habiletés et comportements qui définissent le professionnalisme en anesthésiologie doivent être consignés et évalués afin de parvenir à un niveau de compétences de base après avoir terminé la formation dans la spécialité. Tout au long de leur carrière, les anesthésiologistes doivent continuer leur développement professionnel pour répondre aux attentes actuelles et futures de la société ainsi qu'aux normes changeantes de l'administration des soins de santé.*

Objectifs de ce module de développement professionnel continu (DPC)

Après avoir lu ce module, le lecteur doit être capable de:

1. Définir le professionnalisme et ses compétences sous-jacentes en rapport avec l'exercice actuel de l'anesthésiologie au Canada.
2. Comprendre pourquoi le professionnalisme doit être enseigné et évalué de façon explicite.
3. S'être familiarisé avec les stratégies d'enseignement et d'évaluation en anesthésiologie.
4. Expliquer le défi que représente la correction d'une conduite non professionnelle et apprendre les stratégies qui peuvent être utiles aux professionnels en formation et aux praticiens en exercice à tous les stades de leur carrière.

Partout, les médecins sont de plus en plus confrontés à des défis mettant en jeu leur professionnalisme. Certains de ces défis sont parvenus sur la place publique où la confiance dans les institutions telles que le clergé, la police et les enseignants a été affectée à la baisse par des rapports faisant état de négligences, abus de pouvoir, voire d'activité criminelle.^B Les comptes rendus publiés dans les médias concernant des conflits d'intérêts et la fraude dans la recherche médicale¹ ainsi que les comptes rendus d'abus sexuels ou d'autres formes d'abus par des médecins continuent à menacer sérieusement la confiance dans la profession médicale que le public lui avait accordée depuis des siècles. Les médecins en exercice, quelle que soit leur spécialité, sont devenus pleinement conscients des conséquences possibles des manquements à un comportement professionnel.² Au travers de ses organismes légaux et réglementaires, la profession médicale a cherché à contrer le déclin dans la confiance du public en insistant sur l'importance du professionnalisme dans les programmes de formation destinés aux étudiants des premiers cycles et à ceux en études postdoctorales. Maintenant et dans quelques cas particuliers, restaurer la confiance du public envers les médecins est vu par certains comme l'un des défis les plus urgents à relever par la profession médicale depuis un siècle.³

^B Le 28 décembre 2010, le journal *The Gazette* de Montréal titrait: « La confiance dans les professionnels s'effrite selon un sondage ». L'auteur décrivait dans son article le déclin du niveau de confiance que les patients accordaient à leur médecin et à d'autres professionnels. Les médecins étaient confrontés à l'une des plus grandes pertes de confiance parmi toutes les professions. Cela explique pourquoi les facultés de médecine, les sociétés savantes et les organismes de réglementation portent la plus grande attention à cette baisse de la confiance des patients.

Définition du professionnalisme

En dépit d'un grand nombre de publications sur le professionnalisme médical au cours des deux dernières décennies, il est difficile de trouver une définition simple qui recouvre tous les aspects de ce terme.⁴ La plupart des définitions incluent les concepts de compétence clinique, de pratiques éthiques et de respect des aspects médico-légaux et réglementaires de l'exercice de la médecine. Bien qu'ils soient essentiels, ces concepts ne sont toutefois pas suffisants pour définir le professionnalisme.⁵ Des valeurs telles que l'altruisme, l'excellence, l'humanisme et l'imputabilité sont requises et sont au cœur du comportement professionnel. Bien que certaines de ces valeurs, prises individuellement, puissent parfois entrer en conflit avec d'autres, la capacité à résoudre ces conflits est également une exigence du professionnalisme médical. Stern *et coll.*⁵ proposent une définition schématique du professionnalisme qui illustre l'interdépendance de ces concepts (Fig. 1).

Blackmer⁶ propose une autre définition, extraite d'un livre blanc intitulé « Le professionnalisme et l'Association médicale »: « *Le professionnalisme médical décrit les compétences, attitudes, valeurs et comportements communs à ceux qui entreprennent d'exercer la médecine. Ceci inclut des concepts tels que l'entretien de compétences pour un corpus spécifique de connaissances et d'un ensemble incluant habiletés, intégrité personnelle, altruisme, respect des codes de comportement éthique, imputabilité, engagement à l'autorégulation et exercice d'un jugement discrétionnaire. Le professionnalisme est également un engagement moral de la part des praticiens de la santé qui donne corps à ce que l'on appelle communément le contrat social entre la médecine et la société. En échange, ce contrat accorde à la profession médicale le monopole d'utilisation de sa base de connaissances, le droit à une autonomie considérable dans sa façon d'exercer et le privilège d'une autorégulation.* »

Apprendre le professionnalisme en médecine

L'apprentissage du professionnalisme est un processus de développement qui commence à la faculté de médecine et se poursuit tout au long de la résidence et des années de pratique. Au Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) a défini les habiletés et attitudes spécifiques que l'on doit retrouver chez un professionnel compétent.⁷ Elles se traduisent, à leur tour, en buts et objectifs spécifiques de la formation pour chaque spécialité. Le rôle des professionnels CanMED est défini par la maîtrise de quatre sous-groupes ou domaines principaux de compétence (Fig. 2):

- 1) La bonne conduite professionnelle, qui inclut les caractéristiques personnelles, les comportements interpersonnels et la gestion des événements indésirables.
- 2) La pratique éthique, qui fait référence aux principes généraux de l'éthique biomédicale ainsi qu'à la pratique éthique propre à la spécialité.
- 3) Le cadre légal et réglementaire de l'exercice de la profession.
- 4) La santé du médecin.

Ces quatre thèmes seront abordés à tour de rôle.

La bonne conduite professionnelle (Tableau 1)

Les valeurs personnelles comme l'altruisme, l'empathie, la compassion et l'honnêteté – considérées comme essentielles à la pratique de la médecine – sous-tendent la bonne conduite professionnelle. En anesthésiologie, ces valeurs se traduisent par une empathie et une compassion pour les patients, indépendamment de leur statut social, de leur race ou de leurs croyances religieuses, et par des soins de même qualité à tous conformément aux normes en vigueur. L'imputabilité et la fiabilité dans la réalisation des tâches sont les pierres angulaires du professionnalisme; leur importance en anesthésiologie est essentielle, compte tenu de la complexité des soins périopératoires actuels. Le travail en équipe dans des environnements hautement complexes nécessite de hauts niveaux de performance personnelle, un respect rigoureux des politiques de sécurité, une rigueur et précision dans la documentation des dossiers, et la capacité à partager l'information de façon succincte et fiable lors de la transmission des soins à l'équipe de relève. Il est reconnu que des valeurs comme l'honnêteté et l'imputabilité peuvent être renforcées positivement, mais elles sont difficiles à enseigner lorsqu'elles sont véritablement déficientes. Bien que les valeurs ne puissent pas être modifiées par l'enseignement ou les sanctions, des normes acceptables de comportement peuvent être définies et apprises, permettant aux apprenants de maintenir leur comportement dans des normes appropriées.⁸ En termes plus simples, vous n'avez pas être gentil, mais vous devez être capables d'agir comme si vous l'étiez. Vous devez également suivre les règles afin de répondre aux exigences de la formation et maintenir les titres de compétences et privilèges de l'exercice de la profession.

Les anesthésiologistes doivent également fournir des explications sincères et non biaisées permettant aux patients de prendre des décisions éclairées sur leurs soins en anesthésie et les praticiens doivent également respecter le droit à l'autonomie de leurs patients. Quand les croyances religieuses ou morales d'un patient entrent en conflit avec celles du médecin (quand au cours des soins,

Tableau 1 Conduite professionnelle

Compétences	Sous-groupes de compétences	Attitudes associées, habiletés	Implications pratiques: comment cela s'applique à la pratique de l'anesthésiologie
1- Conduite professionnelle	1.1 Attributs professionnels	Intégrité, honnêteté, compassion	Empathie envers les patients indépendamment de leur origine ethnique, sexe, statut social. Imputabilité pour les gestes posés et fiabilité dans la réalisation des obligations. Par exemple: procurer des soins de même qualité aux sujets âgés, aux sans-abris et aux patients atteints de maladie mentale.
	1.2 Rapports interpersonnels	Comportement interpersonnel approprié: dans le cadre de la spécialité Comportement interprofessionnel ou interdisciplinaire approprié: avec les autres membres de l'équipe de soins.	Collaboration avec les collègues pour assurer une juste répartition des obligations. Participation aux activités administratives, au travail en comités. Gestion de la liste des cas urgents: équilibre des priorités entre plusieurs services de chirurgie. Réalisation des consultations demandées en temps opportun. Participation à des initiatives multidisciplinaires: sécurité du patient; amélioration continue de la qualité (ACQ); et soins interdisciplinaires.
	1.3 Gestion des événements indésirables	Participer à une culture de sécurité: a) Divulgateion: - Informer le patient, la famille - Présenter des excuses - Établir une procédure de suivi b) Analyse: - Compte-rendu local, national, international, selon les besoins - Évaluation basée sur des systèmes c) Prévention: - Exercer conformément aux pratiques sécuritaires établies. Formuler et mettre en œuvre des stratégies de prévention.	Avertir le patient, la famille d'événements liés à l'anesthésie: intubations difficiles, traumatisme dentaire. Faire preuve d'empathie et de responsabilité au cours de la discussion et des excuses (s'il y a lieu). Suivre et investiguer les complications possiblement liées à l'anesthésie: céphalée post ponction de la dure-mère, neuropathie après anesthésie générale ou régionale. Fournir au patient un retour d'information sur les résultats du processus. Déclarer les événements indésirables sans apporter de jugement. Par exemple, déclaration de complications ou de quasi échecs liés à des pannes d'équipement, à des présentations ressemblantes de médicaments. Participer à l'analyse des facteurs contributifs, à l'éducation et à l'élaboration de stratégies destinées à éviter la répétition de l'événement. Respecter de façon rigoureuse les normes ayant cours pour les soins en anesthésie: contrôles des appareils, état de préparation de l'équipement, pratiques de surveillance. Suivre constamment des pratiques appropriées de manipulation des médicaments: étiquetage des seringues, codage couleur des étiquettes. Garder la zone de travail organisée pour réduire au minimum le risque d'intervir des médicaments et utiliser des seringues contaminées.

par exemple, un témoin de Jéhovah refuse des produits sanguins), le médecin a le devoir de respecter les souhaits du patient ou de trouver un autre professionnel qualifié pour assurer les soins.⁹ L'altruisme peut nécessiter de retarder le transfert d'un patient gravement malade jusqu'à ce que son état soit plus stable ou de réaliser une ou plusieurs péridurales avant la fin du quart de travail plutôt que de transmettre la demande à la personne prenant le relais. La bonne conduite professionnelle inclut également des comportements interpersonnels appropriés soutenus par des compétences adéquates en communication.^{7,8,10} Les médecins ont le devoir d'interagir avec les autres membres

de l'équipe de soins de santé de façon respectueuse et appropriée; les très grands enjeux de l'environnement d'une salle d'opération peuvent ajouter des niveaux de stress significatifs et pousser les individus aux limites d'un comportement acceptable.^{2,7,11} Un leadership et une capacité à collaborer sont essentiels de la part des anesthésiologistes pour le fonctionnement optimal de l'équipe. L'abondance de données probantes provenant de la littérature du monde des affaires confirme l'impact délétère que peuvent avoir des individus désagréables, qu'ils aient un rôle de direction ou qu'il s'agisse de collègues, sur l'ensemble du milieu de travail.² Une baisse de la performance, une

augmentation de l'absentéisme ou un « présentéisme » identifié récemment (et défini par une baisse de la performance en milieu de travail provoqué par la présence de travailleurs malheureux et non motivés) peuvent être la conséquence des interactions entre différents travailleurs et un seul individu perturbateur.^{2,12} Dans le domaine des soins de santé, cela peut se traduire par un environnement professionnel exposant le patient à un risque d'augmentation de la morbidité¹³ et réduire l'implication et la rétention du personnel, y compris des médecins, infirmières, autres professionnels de santé ou stagiaires.^{3,13,14} De nombreuses institutions ont développé des ateliers ayant pour thème la façon d'aborder le comportement perturbateur d'un médecin et ces ateliers peuvent servir de point de départ à des stratégies de remise à niveau pour ceux dont les manquements répétés menacent la capacité des autres à apprendre et à travailler au mieux de leurs aptitudes.^{15,16}

Depuis que le rapport « D'abord, ne pas nuire » de l'Institute of Medicine en 1999¹⁷ et un rapport similaire ultérieur au Canada¹⁸ ont révélé des taux de complications beaucoup trop élevés chez les patients hospitalisés, une majorité d'établissements et d'organisations de soins de santé ont élaboré et mis en œuvre des programmes destinés à améliorer le signalement d'événements indésirables et à promouvoir la recherche de complications ou de quasi-accidents, le tout dans le but d'améliorer la sécurité des patients. Les anesthésiologistes peuvent jouer un rôle essentiel dans le signalement et la recherche d'événements indésirables périopératoires, contribuant ainsi de façon significative aux programmes d'amélioration continue de la qualité et aux initiatives en faveur de la sécurité des patients. La divulgation et la gestion d'un événement indésirable, l'analyse des erreurs de systèmes, et la mise en place de mesures préventives sont des éléments clés du professionnalisme qui doivent être inclus dans les buts et objectifs de la formation.¹⁹ Une culture médicale ayant promu la notion de médecins « parfaits » est en partie responsable des retards mis à reconnaître et gérer le rôle de l'erreur humaine dans la survenue d'événements indésirables au cours des soins médicaux. L'humilité et la sensibilisation aux limites de chacun sont des vertus essentielles à l'exercice de la médecine dans des systèmes hautement complexes, tels qu'ils existent de nos jours.

Pratiques éthiques (Tableau 2)

Au fil des siècles, l'éthique est restée un domaine d'activité de recherche intense au fur et à mesure que la croissance exponentielle de la science médicale et des progrès techniques modifiait continuellement les dilemmes posés aux cliniciens et à leurs patients. Les principes de l'éthique médicale sont essentiellement les mêmes depuis toujours; toutefois, les modèles actuels de soins centrés sur le patient insistent de plus en plus sur le droit du patient à l'autonomie. Au centre du rôle professionnel d'un médecin

se trouve son obligation de prendre en compte les souhaits des patients et de représenter leurs meilleurs intérêts avant toute autre préoccupation.

Les principes éthiques fondamentaux de l'autonomie du patient, la bienveillance et la non-malfaisance doivent rester au premier plan pour la résolution des dilemmes soulevés par des choix de soins cliniques. En anesthésiologie, les médecins ne disposent que de peu de temps pour créer des liens avec leurs patients qui sont traités dans un système de plus en plus complexe impliquant de nombreuses interactions avec différentes personnes. Compte tenu des exigences actuelles en termes d'efficacité en salle d'opération, le processus d'établissement de la confiance et d'une compréhension des souhaits et préoccupations des patients doit souvent intervenir dans des délais extrêmement courts.¹⁷ Les problèmes éthiques associés au recrutement de patients dans des études cliniques au cours de la période préopératoire immédiate sont nombreux et débordent du cadre de cet article.

Dispositifs légaux et réglementaires (Tableau 3)

Le droit d'un médecin à l'autoréglementation est un privilège accordé par la société et le maintien de ce privilège nécessite l'adhésion à des règles régissant l'exercice de la profession et l'obligation de rendre compte à des organismes réglementaires professionnels; le non-respect de ces mesures peut conduire à l'introduction de plusieurs autres niveaux de contrôle des praticiens. Individuellement et collectivement, les médecins doivent reconnaître un comportement non professionnel au sein de leur profession, réagir à ces comportements et participer à des examens par des pairs quand cela est demandé. L'autoréglementation se rapporte à des règles régissant la conduite du médecin dans les nombreuses sphères de leur exercice (par exemple, le Code d'éthique de la Société nationale et les normes de pratique de spécialistes de la Société). Cependant, une tendance croissante a conduit les universités et les hôpitaux à définir ce qu'ils attendaient eux-mêmes des médecins avec, par exemple par des règles sur le harcèlement et par des contrats définissant les responsabilités respectives. Les médecins en exercice ne doivent pas seulement respecter ces obligations contractuelles pour maintenir leurs propres postes et privilèges, mais ils doivent être également informés des implications légales des engagements souscrits lorsqu'ils créent des modalités d'exercice en groupe ou lorsqu'ils recrutent des assistants ou du personnel administratif. Le recours à des services juridiques spécialisés dans ces situations n'est pas seulement prudent, mais obligatoire pour éviter des conflits ultérieurs potentiels et coûteux.

La santé du médecin (Tableau 4)

Il existe un nombre croissant de constatations sur les liens entre la santé du médecin et le devenir, la morbidité et

Tableau 2 Pratique éthique

Compétences	Sous-groupes de compétences	Attitudes associées, habiletés	Implications pratiques: comment cela s'applique à la pratique de l'anesthésiologie
2- Pratique éthique	2.1 Éthique en pratique clinique (Éthique dans la recherche, dans les travaux universitaires ou d'érudition sortent du cadre de cette analyse)	Comprendre les principes de l'éthique médicale: 1- Autonomie du patient: 2- Bienfaisance (non-malfaisance) 3- Justice	1- Respecter les choix des patients concernant leurs soins médicaux (incluant les soins d'anesthésie). Fournir aux patients l'information requise pour leur permettre de choisir l'option qu'ils préfèrent. Exemple: choix d'une anesthésie régionale ou générale. 2- Soins cliniques motivés par l'intérêt du patient (et non pour un bénéfice pour la recherche, la société ou un intérêt personnel du soignant). Exemples: le recours à un monitoring invasif quand l'état du patient le justifie; effectuer une classification selon le système de l'ASA reposant sur des considérations médicales. 3- Affectation des ressources: fournir une allocation juste en ressources limitées. Chaque patient a le droit de recevoir le niveau de soins appropriés sans limitation de son accès à d'autres ressources de soins de santé. Un équilibre doit s'établir entre le concept de justice sociale et les besoins de chaque patient. Le contexte est au centre de la prise de décision. Exemples: la disponibilité restreinte de lits aux soins intensifs peut limiter la durée ou la lourdeur du monitoring postopératoire, sauf pour les patients les plus gravement atteints. En cas de catastrophe avec de nombreux blessés ou en temps de guerre, le triage des patients se fera selon des critères différents (ceux qui en tireront le plus grand avantage plutôt que ceux qui sont le plus gravement malades).
		Aptitude à résoudre des dilemmes éthiques: analyse de problèmes selon de multiples points de vue, collaboration avec les membres de l'équipe de soins de santé, respect de l'autonomie du patient et rôle de la famille.	Exemples de dilemmes génériques en éthique médicale: Consentement éclairé: fournir l'information qu'une personne raisonnable voudrait avoir lorsque cette dernière envisage les options thérapeutiques possibles. Conflits d'intérêts: rapports avec les promoteurs de l'industrie pharmaceutique ou d'autres promoteurs industriels dans le domaine de la santé.
		Éthique propre à la spécialité Mêmes principes de prise de décision appliqués aux problèmes propres à l'anesthésiologie, à la médecine périopératoire, aux soins intensifs.	Exemples: Plaider pour les droits des patients à l'intimité, la dignité quand ils sont sous anesthésie. Donner la priorité à la mère plutôt qu'au fœtus dans un cas d'urgence obstétricale. Respecter les directives des patients concernant l'utilisation de produits sanguins.

ASA = American Society of Anesthesiologists

même la mortalité des patients.^{2,11,12} Des associations provinciales et nationales de médecins, les sociétés de spécialistes, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, des universités et des groupes de médecins intéressés à la santé du médecin ont développé des programmes conçus pour aider ceux-ci à entretenir leur propre santé.^{17,18} Il a été établi que des traits de personnalité fréquents chez les médecins peuvent les rendre particulièrement vulnérables à des problèmes de santé, les porter à consulter tardivement ou à renoncer

carrément à des soins de santé pour eux-mêmes.¹⁹ La santé du médecin dans sa globalité devrait couvrir un large éventail de sujets incluant les problèmes de santé mentale, les défis posés par les changements de carrière, le cycle de vie du médecin et sa santé financière.²⁰⁻²² Les problèmes de santé mentale ont une incidence significative chez les médecins, à la fois pendant et après leur formation, et ceci indique que les praticiens doivent être conscients des facteurs de risque et qu'il doivent savoir comment chercher de l'aide pour eux-mêmes ou des collègues qui pourraient

Tableau 3 Aspects légaux et réglementaires de l'exercice de la profession

Compétences	Sous-groupes de compétences	Attitudes associées, habiletés	Implications pratiques: comment cela s'applique à la pratique de l'anesthésiologie
3 Aspects légaux et réglementaires de l'exercice de la profession	3.1 Aspects médico-légaux de l'exercice de la profession	1- Comprendre les problèmes médico-légaux et respecter les directives professionnelles actuelles 2- Maintenir sa protection contre les poursuites en responsabilité médicale	1- Respecter la confidentialité de la vie privée des patients. 2- Respecter la législation sur l'accessibilité à l'information sur la santé (fournir l'accès aux rapports, dossiers de patients, communications électroniques, selon les demandes). 3- Éviter les commentaires non-informés sur les soins procurés par d'autres, respecter la confidentialité des collègues.
	3.2 Collèges et associations	1- Comprendre et respecter les politiques des organismes et associations délivrant des licences. 2- Comprendre les processus d'accréditation et l'importance de l'autoréglementation du médecin.	1- Participer aux programmes de maintien des compétences; apprentissage tout au long de la vie. Rester informé des modifications apportées aux politiques des organisations et aux normes de pratique. 2- Contribuer à l'autoréglementation: participer à des comités à l'hôpital ou à d'autres niveaux, soutenir les organisations médicales et les programmes d'évaluation par les pairs.
	3.3 Hôpitaux et autres lieux d'exercice	1- Organismes de soins de santé (nationaux, provinciaux) 2- Structure administrative et hiérarchique de l'hôpital, politiques 3- Gestion de la pratique, facturation	1- Respecter les codes d'éthique et les politiques des agences de réglementation provinciale et nationale. Exemple: Code d'éthique de l'Association médicale canadienne. 2- Maintenir ses privilèges hospitaliers; respecter les politiques et les clauses des contrats (s'il y a lieu) de l'hôpital ou des autres organismes. Se référer à la structure hiérarchique appropriée. Savoir comment gérer les conflits et les personnes difficiles dans un cadre périopératoire. 3- Éviter la discrimination dans les pratiques de recrutement des associés et du personnel de bureau. Utiliser des pratiques de facturation sensées.

présenter des signes de stress excessif ou d'épuisement professionnel. La stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale est un élément particulièrement efficace pour retarder la demande d'aide de la part des médecins.^{18,21-23} Les programmes de santé du médecin insistent sur le besoin qu'ils ont de reconnaître leurs propres vulnérabilités, non seulement pour leur bien-être personnel, mais aussi en raison de leurs responsabilités professionnelles envers la société via la viabilité de leur exercice.¹⁸

Enseigner le professionnalisme

Des concepts complexes comme le professionnalisme ne peuvent pas être enseignés exclusivement par une seule méthode. Les constatations tirées de la littérature sur la formation des médecins montrent que les adultes apprennent mieux quand ils sont exposés à plusieurs méthodes pédagogiques; quelques exemples sont présentés dans le Tableau 5.⁸ Une combinaison de présentations didactiques et d'outils d'éducation multimodaux autogérés fournit des possibilités d'apprentissage à tous les types de participants. Des personnes différentes peuvent également

manifeste des styles d'apprentissage différents: disposer de plus d'un format permet de satisfaire différents styles d'apprentissage. Les stratégies éducatives d'enseignement du professionnalisme doivent avoir pour but de fournir aux apprenants de nombreuses opportunités de développement des attitudes et habiletés dont ils ont besoin. Le développement de stratégies pour un apprentissage tout au long de la vie et le maintien des compétences est un autre aspect important du professionnalisme qui doit être promu pendant le cours de médecine et la résidence. Il y a eu récemment un intérêt croissant pour l'utilisation de portfolios dans lesquels les apprenants documentent l'acquisition de connaissances autour de concepts spécifiques. La réflexion sur leurs propres expériences dans un portfolio avec l'aide de moniteurs universitaires promeut le développement longitudinal du professionnalisme au cours de la formation et dans les années qui suivent. L'importance de l'identification à un modèle comme facteur de développement de la personnalité médicale des étudiants en médecine et des résidents a été bien documentée.^{20,21,24} L'un des obstacles souvent cités à l'enseignement du professionnalisme est l'épisode

Tableau 4 Santé du médecin

Compétences	Sous-groupes de compétences	Attitudes associées, habiletés	Implications pratiques: comment cela s'applique à la pratique de l'anesthésiologie
4- Santé du médecin	4.1 Quand les médecins sont les patients	Comprendre les problèmes de l'autodiagnostic et de l'autoprescription. Comprendre les caractéristiques propres aux médecins.	Les anesthésiologistes sont confrontés aux mêmes défis que leurs pairs: la tentation de l'autodiagnostic, de l'automédication et une réticence à demander de l'aide peuvent devenir des obstacles à solliciter des soins médicaux.
	4.2 Santé physique	Comprendre les déterminants de la santé; pratiquer l'entretien préventif	Reconnaître les rapports entre la physiologie et les processus cognitifs: risques d'erreurs et de complications liés à une forme physique sous-optimale (fatigue aiguë, manque chronique de sommeil, faim, déshydratation, préoccupation concernant des problèmes externes). Suivre les recommandations concernant la limitation des heures de travail en anesthésiologie. Planifier les programmes réguliers et les gardes en conséquence.
	4.3 Santé mentale	Comprendre les facteurs de risque de maladie mentale, d'épuisement et d'abus de substance. Apprendre comment développer sa capacité de récupération, gérer son temps et le stress.	En anesthésiologie, la disponibilité de médicaments menant à l'abus et potentiellement à la mort représente des risques uniques de dépendance, de suicide comme solution au stress et de maladie mentale. Développer activement des stratégies de gestion du stress: conscience du moment présent, yoga, activité physique. Reconnaître les événements à haut risque: mortalité liée à l'anesthésie, procédures médico-légales.
	4.4 Les médecins et leurs collègues	Savoir comment aborder un collègue dans le besoin; savoir où et quand obtenir de l'aide.	Un anesthésiologiste éprouvant des modifications de la personnalité, de l'irritabilité, des sautes d'humeur peut avoir besoin de l'intervention d'un collègue en qui il a confiance pour l'encourager à obtenir des soins médicaux.
	4.5 Maladie du médecin et handicap	Reconnaître et accepter les limites créées par la maladie.	Une modification du travail peut être possible en réponse à un handicap. Les possibilités peuvent inclure le travail en dehors de la salle d'opération et une limitation des responsabilités de garde.
	4.6 Le cycle de vie du médecin	Comprendre les phases de l'activité professionnelle et le besoin de durabilité. Assurer du mentorat si cela est demandé.	Soutenir les collègues plus jeunes qui sont confrontés à des transitions dans leur carrière: du cours de médecine à la résidence, de la résidence à l'exercice de la profession. Partager les ressources avec les collègues: garde des enfants, bien-être. Planifier ses propres transitions de carrière, telle que la retraite. Reconnaître les problèmes associés au vieillissement physique.
	4.7 Santé financière	Devenir et rester informé sur la gestion financière, les aspects professionnels de l'exercice, et la nécessité d'avoir une assurance-vie aux différents stades de sa carrière.	Trouver un conseiller financier qualifié, planifier une stratégie et la modifier selon les besoins. Souscrire une assurance-invalidité tôt au cours de la formation: le risque d'épuisement professionnel et de maladie mentale est le plus élevé pendant le cours de médecine et la résidence; l'éligibilité à une telle assurance pourrait être impossible en cas de maladie.

occasionnel du comportement « peu professionnel » des professeurs d'université et des mentors. De tels écarts incohérents peuvent induire les apprenants, comme les enseignants, à remettre en cause la sincérité des règles censées être en place. Le soi-disant « curriculum caché » fait référence à des pratiques culturelles ou environnementales de l'environnement de travail qui contredisent les règles et l'enseignement du milieu universitaire.²⁵ On considère que ce phénomène est responsable du développement d'une forme de cynisme et de la régression de l'empathie parmi un nombre significatif

d'apprenants au cours de leur formation. Considérant l'importance du comportement des universitaires dans le développement du professionnalisme chez les apprenants, quelques auteurs ont insisté sur le besoin de programmes de développement des universitaires dans le domaine du professionnalisme.²⁶ De plus en plus d'organisations en dehors des facultés de médecine deviennent des participants actifs à l'élaboration d'un enseignement et d'outils d'apprentissage sur différents aspects du professionnalisme, tels que la sécurité du patient, la santé du médecin, et les aspects légaux et réglementaires de

l'exercice de la profession. Ces outils d'apprentissage virtuels ou modules électroniques (e-modules) font souvent appel à une palette d'éléments interactifs pour informer et éduquer. Ils ont l'avantage de présenter un contenu qui a été développé par des groupes représentatifs d'experts sur la pratique canadienne. Beaucoup d'entre eux incluent des sections d'auto-évaluation et de DPC qui sont utiles aux médecins en exercice. Des recherches concernant leur efficacité en tant qu'outils d'apprentissage sont en cours. Au-delà de la résidence, les médecins continuent à faire évoluer leur identité professionnelle tout au long de leur carrière. Cela fait autant partie de leur développement continu que la mise à jour de leurs connaissances sur les progrès des sciences médicales et sur l'évolution de la réglementation.²⁷

Évaluation du professionnalisme (Tableau 6)

Définir et appliquer des critères à une norme comportementale complexe, telle que le professionnalisme, constitue un vrai défi; toutefois, des évaluations doivent être effectuées pour s'assurer de l'existence d'un niveau minimum de compétence à la fin de la formation. Le fait de ne pas évaluer le professionnalisme envoie un message contradictoire aux stagiaires et aux médecins en exercice. Les étudiants qui ne sont pas évalués sur un aspect particulier de leurs programmes d'études peuvent en conclure que celui-ci n'est pas important. Le fait de ne pas effectuer une évaluation formelle du professionnalisme à l'université peut contribuer au « curriculum caché » décrit plus haut. Aucun outil pris isolément ne peut évaluer les compétences, les connaissances et les attitudes faisant partie du rôle professionnel; les méthodes devraient être idéalement choisies en fonction du critère d'évaluation que l'on veut mesurer. Les méthodes d'évaluation qui sont le plus fréquemment utilisées sont résumées dans le Tableau 5, avec les forces et faiblesses qui leur sont associées.⁸

Mise à niveau pour des manquements au professionnalisme

Il existe une association bien documentée entre les sanctions disciplinaires par les autorités délivrant les licences et les plaintes pour comportement non professionnel signalées pendant les études de médecine.²⁸ De plus, les médecins ayant des antécédents de comportement perturbateur présentent des taux plus élevés de poursuites pour fautes professionnelles.¹²⁻¹⁴ Il y a quelques obstacles à la mise à niveau pour des manquements en matière de professionnalisme qui peuvent en faire un véritable défi. Une absence de documentation est le premier obstacle souvent rencontré. Une réticence de la part de l'observateur est souvent le résultat d'un manque de connaissances sur ce qui devrait être plus particulièrement signalé. La peur de représailles est un autre obstacle significatif au signalement d'écarts de conduite professionnelle, en particulier quand il y a une différence d'autorité, réelle ou perçue, entre les parties. C'est le cas, par exemple, quand un résident, une étudiante infirmière ou un collègue sont témoins d'un incident au cours duquel un professeur, un médecin ou un supérieur administratif a agi de façon non professionnelle. Comme cela a été abondamment documenté dans les médias, les individus qui font le choix conscient de signaler un écart de conduite le font souvent à leurs risques et périls. De fait, la législation récente sur les « dénonciateurs » a été conçue pour protéger ceux qui, de bonne foi, signalent un écart de conduite. Malgré les politiques qui condamnent un comportement perturbateur en médecine, le statut professionnel ou l'excellence clinique protégeront souvent les individus contre les plaintes, même en face de manquements répétés au professionnalisme. Cependant, le fait de ne pas répondre à des comportements négatifs non seulement les tolère par défaut, mais encore ne fait rien pour empêcher qu'ils se répètent. Ils encouragent même des actions allant progressivement en s'aggravant,

Tableau 5 Quelques méthodes pour l'enseignement du professionnalisme

Méthodes pédagogiques	Exemples de contenus appropriés
Conférences	Matériel didactique de base: normes de pratique, principes éthiques fondamentaux
Clubs de lecture	Articles sur l'éducation dans le domaine du professionnalisme: formation par l'exemple, santé du médecin, heures de travail
Présentations de cas	Éthique: discussion sur les dilemmes éthiques survenant au cours de l'exercice de la profession
Visites	Santé du médecin: présentation de thèmes spécifiques tels que le manque de sommeil ou l'épuisement professionnel en soins postopératoires
Ateliers	Enseignement pratique sur des techniques spécifiques: habiletés de résolution des conflits, gestion du temps
Modules basés sur le Web	Combinaisons de matériel didactique, discussions de cas, exercices de réflexion. Utiles pour l'enseignement de multiples aspects du professionnalisme
Simulation à haute fidélité, jeu de rôles, analyse de vidéo	Les scénarios rédigés peuvent inclure des relations interpersonnelles difficiles, la gestion d'événements indésirables.

Tableau 6 Méthodes d'évaluation

Méthode d'évaluation	Avantages	Inconvénients
Observations des enseignants	Mesurent habituellement les performances dans des contextes médicaux réels; faciles à concevoir et à utiliser	Peuvent être peu fiables sauf s'il y a rétroaction et des observateurs formés
Rencontres cliniques standardisées	Peuvent procurer des mesures valables de la compétence, en particulier dans le domaine de la communication. Les situations doivent être conçues pour refléter le monde réel.	Consommement beaucoup de ressources. Logistique compliquée
Simulation à haute fidélité	Permet de reproduire un cadre clinique pour la formation en gestion de crise	Peut être plus adaptée à la formation qu'à l'évaluation. Son utilisation pour les examens dont les enjeux sont considérables nécessite des études complémentaires
Évaluation multi source	Tableau du professionnalisme plus complet que les observations provenant d'une seule source	Nécessite des ressources et du temps. Les observateurs peuvent être réticents à souligner un comportement non professionnel
Tests de connaissances	Ont une validité apparente et un contenu excellents	Les rapports entre les résultats des tests et la performance dans le monde réel sont inconnus.
Rapport d'incidents critiques	Peut prédire des lacunes professionnelles futures	Fournit de l'information sur un nombre limité d'apprenants
Rencontres quotidiennes	Permettent de documenter la performance au fil du temps	Ne sont bonnes que dans la limite de la rétroaction associée; nécessitent un professeur formé pour que ces rencontres soient faites efficacement.
Portfolios	Fournissent un compte rendu de l'évolution. L'apprenant décide la meilleure façon de démontrer l'atteinte des objectifs d'apprentissage.	Exigent du temps de la part de l'apprenant. Peut nécessiter initialement des conseils de la part du mentor. Consommateurs de ressources
Réflexion	Excellent outil de formation pour un apprentissage tout au long de la vie. Peut fournir une autocritique des attitudes, du développement de l'identité professionnelle et du raisonnement devant des dilemmes cliniques.	N'est pas appropriée pour une évaluation sommative

Reproduit avec autorisation⁸

constituant un véritable test des limites pouvant être atteintes. Une identification précoce est essentielle et la documentation par l'évaluation ou des comptes rendus critiques de l'incident donnent la possibilité d'une rétroaction et la mise en place d'un plan de mise à niveau structuré avec des attentes et conséquences clairement établies. Il est important d'établir rapidement la gravité du comportement; certains peuvent nécessiter une action immédiate, pouvant aller dans les cas extrêmes jusqu'à la suspension. Une enquête sur les manquements au professionnalisme doit prendre en compte les nombreux facteurs qui peuvent contribuer aux comportements négatifs. Des changements de personnalité, mis en évidence par les manquements au professionnalisme, peuvent être le signe d'un problème sous-jacent qui doit être abordé, tels que des troubles psychologiques ou psychiatriques, l'abus de substances, des problèmes relationnels, des difficultés financières, ou un trouble provoqué par un problème médical non diagnostiqué. Une rencontre avec le sujet permet d'entendre sa version des événements, mais sert aussi de notification qui, à elle seule, peut être une motivation suffisante à une auto-amélioration. L'élaboration d'un plan de mise à niveau, tout en insistant sur le soutien et la préoccupation, doit inclure un calendrier

ainsi que des objectifs et attentes clairs et précis; il doit également énoncer les conséquences d'un échec. Un processus de suivi doit être mis en place et des ressources fournies pour aider le sujet à aborder d'éventuels problèmes sous-jacents. Un formateur externe est souvent recommandé. Le rôle de cette personne est d'agir comme un mentor non biaisé qui peut aider les participants à faire une introspection guidée. Le succès du processus de réparation reposera dans une large mesure sur l'autocritique du participant, sa sensibilisation et sa capacité à s'autoévaluer et réfléchir sur sa performance passée; le déni et l'absence d'introspection tendent à prédire un résultat négatif.¹³ Pour les universitaires et les médecins pratiquants, la mise à niveau pourrait inclure une participation obligatoire à des programmes éducatifs sur le maintien de limites ou sur la gestion d'un médecin perturbateur,^{15,16} la suspension temporaire des privilèges hospitaliers ou de la licence à pratiquer, et des sanctions financières.

Conclusion

Tout au long de l'histoire de la médecine, le professionnalisme est le fil qui relie les médecins à leur rôle

de guérisseur. L'aspect culturel de la médecine évolue en permanence; son adaptation aux exigences du contrat social est la seule façon de permettre à la médecine de conserver son statut en tant que profession autoréglementée. Les anesthésiologistes, comme les autres médecins, peuvent considérer que l'étendue de leur exercice, leur statut professionnel et même leurs ressources sont soumises aux pressions d'agences extérieures, de gouvernements et d'autres groupes professionnels. Tous les médecins sont responsables de protéger la confiance que leur porte la société et les privilèges de l'autoréglementation dont ils jouissent actuellement. Ceci souligne l'importance du professionnalisme dans la formation, la pratique et le développement professionnel continu des anesthésiologistes, maintenant comme dans l'avenir.

Cas cliniques

Cas n° 1

Vous êtes un médecin traitant dans un grand hôpital. Un chef de division respecté vous approche pour une ordonnance de Dilaudid® (hydromorphone) pour ses migraines. Il explique qu'il était trop occupé pour aller voir son propre médecin afin d'obtenir une nouvelle ordonnance et demande une quantité suffisante pour 30 jours.

Cas n° 2

Vous êtes anesthésiologiste dans un hôpital universitaire. Au cours d'une intervention de chirurgie générale complexe et longue, le chirurgien responsable invective sa collègue au point de la faire pleurer.

Cas n° 3

Votre hôpital a mis en place une nouvelle liste de contrôle en matière de sécurité chirurgicale. Vous êtes informé que le résident avec lequel vous travaillez a été ouvertement critique de la liste de contrôle pendant votre absence de la salle.

Directives pour compléter le module de développement professionnel continu (DPC)

1. Lisez cet article et les références en gras.
2. Allez à: <https://www.cpass2.umontreal.ca/selfassessmentprogram/> et sélectionnez le module actuel (Professionnalisme basé sur les compétences en anesthésiologie).

3. Répondez aux questions à choix de réponses concernant les cas cliniques.
4. Une fois que vous avez saisi toutes vos réponses, vous aurez accès aux explications d'experts pour tous les choix possibles.
5. Les participants peuvent réclamer un maximum de quatre heures de DPC pour un total de 12 crédits sous la Section 3 du programme de DPC du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Funding sources N/A.

Conflicts of interest None declared.

References

1. *Steen RG*. Retractions in the scientific literature: is the incidence of research fraud increasing? *J Med Ethics* 2011; 37: 249-53.
2. *Bahaziq W, Crosby E*. Physician professional behaviour affects outcomes: A framework for teaching professionalism during anesthesia residency. *Can J Anesth* 2011; 58: 1039-50.
3. *Sullivan WM*. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000; 162: 673-5.
4. *Swick HM*. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-6.
5. *Stern DT*. Measuring Medical Professionalism. New York: Oxford University Press; 2006. p. 19.
6. *Blackmer J*. Professionalism and the Medical Association. Available from URL: http://www.wma.net/en/30publications/40background_docs/index.html.
7. *The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Professional Role Document. Available from URL: http://rcpsc.medical.org/publications/roles_e.html (accessed January 2012).
8. *Cruess R, Cruess SR, Steinert Y*. Teaching Medical Professionalism. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
9. *Hebert PC*. Doing Right: A Practical Guide to Ethics for Medical Trainees & Physicians. 2nd ed. Toronto: Oxford University Press; 2009.
10. *Wynia MK*. The role of professionalism and self-regulation in detecting impaired or incompetent physicians. *JAMA* 2010; 304: 210-2.
11. *Edelstein SB, Stevenson JM, Broad K*. Teaching professionalism during anesthesiology training. *J Clin Anesth* 2005; 17: 392-8.
12. *Rosenstein AH, O'Daniel M*. Impact and implications of disruptive behaviour in the perioperative arena. *J Am Coll Surg* 2006; 203: 96-105.
13. *Institute for Safe Medication Practices*. Survey Shows Workplace Intimidation Adversely Affects Patient Safety. March 31, 2004. Available from URL: <http://www.ismp.org/pressroom/pr20040331.pdf> (accessed May 2012).
14. *Patel P, Robinson BS, Novicoff WM, Dunnington GL, Brenner MJ, Saleh KJ*. The disruptive orthopaedic surgeon: implications for patient safety and malpractice liability. *J Bone Joint Surg Am* 2011; 93: e1261-6.
15. *Neff KE*. Understanding and managing physicians with disruptive behaviour. In: Ransom SB, Pinsky WW, Tropman JE, editors. Enhancing Physician Performance: Advanced Principles of Medical Management. Tampa, FL: American College of Healthcare Executives; 2000. p. 45-72.

16. *College of Physicians and Surgeons of Ontario and the Ontario Hospital Association*. Guidebook for Managing Disruptive Physician Behaviour. Toronto; 2008.
17. *Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS*. To Err is Human—Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. National Academy Press Washington, D.C., 2000. Executive summary. Available from URL: <http://books.nap.edu/catalog/9728.html> (accessed February 2012).
18. *Baker GR, Norton PG, Flintoft V*. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170: 1678-86.
19. *Johnson C*. Les périls du perfectionnisme ou comment devenir son propre ennemi. *Le Médecin du Québec* 2009; 44: 37-41. Disponible au: <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/037-041DreJohnson0909.pdf> (accessed May 2012).
20. Program Menu. Useful Modules. Available from URL: www.ephysicianhealth.com (accessed April 2012).
21. *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. CanMEDS Physician Health Guide. A Practical Hand Guide for Physician Health and Well-Being. Available from URL: http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/resources/physician_health_guide_full_e.pdf (accessed February 2012).
22. *Brownell AK, Cote L*. Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Acad Med* 2001; 76: 734-7.
23. *Canadian Patient Safety Institute*. The Safety Competencies, First Edition. Revised August 2009. Enhancing Patient Safety Across the Health Professions. Available from URL: <http://www.patient-safetyinstitute.ca/English/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf> (accessed April 2012).
24. *Klein EJ, Jackson JC, Kratz L, et al*. Teaching professionalism to residents. *Acad Med* 2003; 78: 26-34.
25. **Gaiser RR. The teaching of professionalism during residency: why it is failing and a suggestion to improve its success. *Anesth Analg* 2009; 108: 948-54.**
26. *White P*. Medical professionalism and continuing professional development for medical specialists. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2004; 44: 186-90.
27. *Hafferty FW, Franks R*. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994; 69: 861-71.
28. *Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, et al*. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med* 2005; 353: 2673-82.