



**HTR** Comité directeur national sur les  
heures de travail des résidents

# Fatigue, risque et excellence :

---

**À la recherche d'un  
consensus pancanadien  
sur les heures de travail  
des résidents**

Juin 2013



**HTR** Comité directeur national sur les  
heures de travail des résidents

## Comité directeur national sur les heures de travail des résidents

Le Comité directeur national sur les heures de travail des résidents offre des principes et des recommandations sur le projet « [À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents](#) » présente le contexte politique et stratégique dans lequel ce projet s'inscrit. Codirigé par les Drs Kevin Imrie, MD, FRCPC, et Jason Frank, MD, MA(Ed), FRCPC, le comité directeur national constitue la principale instance décisionnelle du projet.

Le comité directeur national comprend des représentants de divers organismes canadiens qui contribuent à la formation médicale postdoctorale :

- *Comité F/P/T sur l'effectif en santé*
- *Association canadienne des institutions de santé universitaires*
- *Association des facultés de médecine du Canada - doyens aux études médicales postdoctorales*
- *Association canadienne des médecins résidents*
- *Collège des médecins de famille du Canada*
- *Association médicale canadienne*
- *Collège des médecins du Québec*
- *Fédération des médecins résidents du Québec*
- *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (secrétariat du projet)*

La liste complète des membres du comité directeur national se trouve à [l'annexe A](#).

## Équipe de rédaction du rapport au Collège royal (secrétariat du projet)

**Lisa Gorman, MA**

Analyste des politiques des stratégies d'éducation  
Unité du développement, des innovations et des stratégies  
d'éducation, Bureau de l'éducation

**Kevin Imrie, MD, FRCPC**

Vice-président, Éducation

**Julia Selig, MPA**

Analyste des politiques des stratégies d'éducation  
Unité du développement, des innovations et des stratégies  
d'éducation, Bureau de l'éducation

**Sarah Taber, MHA/MGSS**

Directrice adjointe, Stratégie d'éducation et Agrément,  
Bureau de l'éducation

**Jason R. Frank, MD, MA (Ed), FRCPC**

Directeur, Normes, formation et stratégies d'éducation spécialisée,  
Bureau de l'éducation

Citation suggérée: Comité directeur national sur les heures de travail des résidents. 2013. *Fatigue, risqué et excellence: À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents*. Ottawa, Ontario: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.



# Avant-propos



Le projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** » a été lancé en mars 2012. Ce projet, qui réunit neuf organismes partenaires clés et de nombreux spécialistes du domaine de la formation médicale postdoctorale au Canada, visait à traiter des heures travaillées par les médecins et les chirurgiens canadiens pendant leur résidence. Un examen des données probantes existantes relatives aux heures de travail des résidents et l'élaboration d'un consensus pancanadien concernant l'avenir de cette importante question sont inhérents à la mission du projet.

De mars 2012 à mai 2013, une quantité considérable d'expertise et d'énergie a été consacrée aux trois importantes phases du projet. Au cours des 16 derniers mois, nous avons assisté au développement d'une recherche sans précédent concernant les heures de travail des résidents. Nous avons vu des chercheurs, des résidents, des membres du corps professoral et des membres d'organismes partenaires se réunir pour débattre et discuter des questions déterminantes relatives à la santé et à la sécurité de toutes les personnes qui travaillent et apprennent au sein du système de soins de santé canadien ainsi que de celles qui en reçoivent les services. Les travaux d'innovation et l'engagement manifeste à maintenir les normes les plus rigoureuses en matière de soins aux patients et de formation médicale nous ont grandement inspirés.

Nous exprimons notre sincère reconnaissance à toutes les personnes ayant participé à ce projet. Nous remercions tous les membres et les organismes qui ont pris part aux travaux du Comité directeur national sur les heures de travail des résidents et ont ainsi procuré des conseils et une gestion stratégiques au projet. Nous saluons les efforts soutenus et l'importante collaboration de tous les groupes de travail. À toutes les personnes qui ont contribué à nos travaux et qui ont répondu à nos demandes de commentaires, de ressources et de points de vue avec sérieux et réalisme, nous disons merci!

Tout comme nous reconnaissons les défis que présente ce projet, nous n'avons aucun doute quant à son caractère opportun et à son importance. Le but de ce projet était de développer un consensus pancanadien quant à l'avenir des heures de travail des résidents au Canada. Nous espérons et croyons sincèrement que ce projet aura contribué à l'élaboration de stratégies et de nouvelles approches qui assureront l'atteinte des meilleures normes possible en matière de soins de santé, de formation médicale et de mieux-être des résidents, lesquelles sont essentielles à la prestation de soins aux patients au Canada.

Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC  
Coprésidents, Comité directeur national sur les heures de travail des résidents



Kevin Imrie, MD, FRCPC



# Résumé



Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, les médecins en formation assument le double rôle d'apprenant et de fournisseur de soins cliniques. Le nombre d'heures travaillées par les résidents fait l'objet de nombreux débats à l'échelle nationale et internationale. En 2012, le lancement du projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** » avait deux principaux objectifs :

- 1) *rassembler les données probantes disponibles sur la question;*
- 2) *favoriser un processus de concertation nationale réunissant des éducateurs, des responsables gouvernementaux, des décideurs, des experts en matière de sécurité des patients et d'autres personnes, pour arriver à un énoncé pancanadien unique sur les enjeux concernant les heures de travail des résidents, les recommandations et les pratiques exemplaires.*

Le présent rapport et la position du comité directeur national ainsi que des six groupes d'experts visent à exposer des recommandations et une voie à suivre pour **optimiser les soins aux patients et la formation au 21<sup>e</sup> siècle**.

## Paramètres du projet

Les discussions au sujet des heures de travail des résidents représentent certains des débats contemporains les plus importants en ce qui concerne la prestation de soins médicaux et la formation médicale. Les heures de travail des résidents et les enjeux liés à la réglementation de ces heures ont des répercussions importantes sur bon nombre de domaines essentiels, y compris la prestation de soins de santé, l'excellence en matière de formation médicale et l'offre de soins sécuritaires.

Plusieurs paramètres importants contextualisent ce projet :

- **Les soins aux patients sont un facteur important.** Les résidents sont, simultanément, des fournisseurs de soins de santé au sein d'un vaste système de soins aux patients dédié aux soins sécuritaires, de grande qualité et ininterrompus, et des apprenants soumis à une période intense de formation académique et clinique. Cette période est nécessaire pour garantir leur capacité à offrir d'excellents soins aux patients, et ce, pour des générations à venir. La prestation de soins sécuritaires aux patients est un facteur important. Toutes les recommandations faites par le comité directeur national, et tous les efforts déployés pour en arriver à un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents répondaient aux besoins en matière de sécurité du patient, plaçant ce dernier au cœur de la mission du projet.
- **La discussion concernant les heures de travail des résidents s'inscrit dans des systèmes complexes et diversifiés de soins de santé et de formation médicale.** Au pays, les soins cliniques, les besoins communautaires et les responsabilités des résidents varient considérablement au sein des milieux d'enseignement qui comptent, d'un côté, de grands centres urbains offrant des soins tertiaires et, de l'autre, de petites collectivités rurales éloignées.
- Au Canada, les conditions de travail, incluant les heures de travail des résidents, sont intégrées dans les ententes collectives négociées entre les organismes représentant les médecins résidents et les employeurs (représentants des établissements de santé ou ministère provinciaux de la santé). Ce projet vise à influencer la structure actuelle qui est composée d'une série d'ententes collectives provinciales qui déterminent les conditions de travail des résidents.



- Les résultats, les principes et les recommandations contenus dans ce rapport visent **principalement à traiter du but premier du projet, soit à élaborer une norme pancanadienne sur les heures de travail des résidents**. Cependant, le travail effectué tout au long du projet fait ressortir d'autres domaines tout aussi touchés par les circonstances, comme les préoccupations de santé et de bien-être tant chez les membres du corps professoral que chez d'autres fournisseurs de soins de santé; la prestation de soins aux patients et la sécurité des patients; les ressources humaines de la santé; la charge de travail; et les mesures relatives aux coûts des soins de santé et de la formation médicale.

## Démarche du projet

Ce projet a été divisé en trois phases importantes. Le Comité directeur national sur les heures de travail des résidents a établi des orientations stratégiques tout au long du projet, tandis qu'une série de groupes d'experts formés pour traiter d'importants sujets relativement aux heures de travail des résidents ont offert des données probantes et une connaissance plus approfondie du sujet.

Le projet comportait les principales activités et méthodes de recherche suivantes qui ont mené aux conclusions contenues dans le présent rapport :

- **Entrevues avec des membres du comité directeur national** – Dix-huit entrevues ont été effectuées auprès de membres du Comité directeur national afin d'obtenir leur point de vue sur les enjeux.
- **Sondage national auprès des résidents, des doyens aux études postdoctorales, des directeurs de programme et d'un échantillon d'administrateurs d'hôpital** – Quatre publics cibles ont été sondés afin d'évaluer leur perception concernant les heures de travail des résidents.
- **Analyse des ententes collectives, actuelles et antérieures** – Soixante-seize ententes collectives, actuelles et antérieures, des huit associations provinciales ont été examinées.

- **Revue de la littérature** – Trente-huit revues systématiques ont été ciblées pour effectuer un examen exhaustif de la littérature traitant des heures de travail des résidents.
- **Examen des pratiques à l'intérieur du Canada** – Quatre territoires de compétence dignes d'intérêt pour le contexte canadien ont été évalués.
- **Rapports de six groupes d'experts** – des groupes d'experts ont été créés pour fournir un aperçu des données pertinentes et des commentaires sur des thèmes fondamentaux.

Finalement, une conférence consensuelle canadienne de deux jours sur les heures de travail des résidents a réuni 77 experts et intervenants pour discuter des heures de travail des résidents au Canada.

## Principales constatations sur le contexte de la réglementation des heures de travail au Canada

**Le paysage canadien est unique en ce qui a trait à la réglementation en matière d'heures de travail des résidents.** Le contexte de la réglementation sur les heures de travail des résidents au Canada est sans conteste très différent de celui d'autres pays où des règlements ou amendements concernant les heures de travail des résidents ont récemment été promulgués. Le Canada ne possède pas de législation pancanadienne régissant les conditions de travail des résidents. Au contraire, toutes ces conditions, incluant les heures de travail des résidents, sont régies à l'échelle provinciale ou régionale par le biais d'ententes collectives.

**Le contexte au Canada est marqué d'une variabilité historique et géographique incroyable relativement aux conditions de travail dans lesquelles les résidents évoluent.** Au Canada, les contrats qui règlementent les conditions de travail des résidents varient considérablement selon l'emplacement géographique. Ces contrats ont également subi des changements importants au fil de l'évolution des ententes collectives.



**Les délibérations canadiennes au sujet des heures de travail des résidents se concentrent typiquement sur le nombre d'heures consécutives plutôt que sur le nombre total d'heures travaillées.** Dans le contexte de l'élaboration de politiques en matière d'heures de travail des résidents, les décideurs doivent reconnaître qu'il y a une importante distinction à faire entre **a)** le nombre d'heures de travail consécutives pendant un quart de travail (garde) et **b)** le nombre total d'heures travaillées au cours d'une période de temps précise, par exemple, le nombre maximal d'heures travaillées au cours d'une semaine ou d'un mois en particulier. Au Canada, les délibérations concernant les heures de travail des résidents se concentrent généralement sur la première option, c'est-à-dire le nombre d'heures de travail consécutives. Les données probantes et les recommandations contenues dans le présent rapport, ainsi que les travaux entrepris au cours du projet dans son ensemble, correspondent généralement aux heures consécutives travaillées par les résidents, plutôt qu'au maximum hebdomadaire.

## Principales constatations concernant les répercussions des heures de travail des résidents ainsi que leur réglementation

L'évaluation des répercussions des heures de travail des résidents et de leur réglementation est considérablement limitée par les données disponibles de qualité, particulièrement celles qui sont directement liées au contexte canadien, en plus d'être limitées par le fait que tous les résultats importants analysés sont multifactoriels et sont profondément enracinés dans des systèmes de formation médicale et de soins de santé complexes. Finalement, ces évaluations sont limitées par la diversité des interventions, c'est-à-dire que la mise en œuvre d'interventions possibles ou de règles relatives aux heures de travail des résidents peut prendre des formes et des approches considérablement différentes, lesquelles devraient toutes présenter divers effets, avantages et inconvénients. L'importance primordiale d'une recherche et d'une analyse rigoureuses ne peut être minimisée lorsque l'on reconnaît l'évolution constante des systèmes de soins de santé et de

formation médicale. Afin d'assurer que les décisions concernant les soins aux patients et l'environnement de travail en résidence continuent de s'appuyer sur les meilleures données disponibles, davantage de recherches concernant les incidences des heures de travail des résidents doivent être effectuées, et ce, particulièrement dans un contexte canadien unique.

Cependant, à la lumière de ces limitations, un bon nombre de ressources et de spécialistes ont été réunis pour réfléchir à ces travaux de recherche. Sept principaux constats ressortent de cet examen, lesquels correspondent à l'état des données actuelles :

### Les périodes de travail traditionnelles présentent des risques à la santé physique, mentale et professionnelle des résidents.

Par le passé et encore aujourd'hui dans certaines circonstances, les résidents ont dû travailler des périodes de 24 heures consécutives ou plus, et ce, sans profiter d'un sommeil réparateur. Au cœur du débat sur les heures de travail des résidents se trouvent des préoccupations concernant les répercussions négatives que peuvent avoir de telles heures de travail sur la santé physique, mentale et professionnelle des résidents.

### La fatigue diminue le rendement cognitif et affecte le comportement.

La documentation sur la science du sommeil convient que la privation de sommeil et la fatigue provoquent des effets importants sur le rendement cognitif et le comportement. L'incidence sur le rendement varie toutefois selon les différences entre les personnes, leur niveau de fatigue et de nombreux autres facteurs.

### Un médecin fatigué n'est pas nécessairement un médecin dangereux.

La sécurité des patients est primordiale dans la prestation des soins de santé. Il incombe à la profession d'assurer que tous les fournisseurs sont capables de respecter les normes de sécurité les plus élevées lorsqu'ils prodiguent des soins aux patients. La privation de sommeil est l'un des nombreux facteurs associés à la fatigue et celle-ci est l'un des nombreux facteurs pouvant affecter le rendement. Bien qu'il soit reconnu que la fatigue affaiblit considérablement le rendement cognitif et le comportement, le lien entre la fatigue, les erreurs médicales et la sécurité des soins aux patients n'est pas claire. Les heures de travail ne peuvent être examinées seules. Elles doivent être prises en compte comme étant l'un des facteurs de risque liés à la fatigue.



**Il n'existe pas de données concluantes prouvant que des restrictions d'heures de travail consécutives des résidents sont nécessaires pour assurer la sécurité des patients.** Des préoccupations concernant les effets de la fatigue sur la sécurité des patients ont été identifiées en tant que facteur clé des réformes des heures de travail des résidents. Cependant, de nouvelles données probantes suggèrent qu'il y a une relation ambiguë ou non concluante entre la réduction des heures de travail et la sécurité des patients. Ces données ont soulevé des préoccupations, les restrictions en matière d'heures de travail consécutives n'ayant pas présenté les effets prévus sur cet important résultat.

**Les efforts visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire la fatigue des résidents devront être exhaustifs et comprendre plus que la réglementation sur les heures de travail des résidents.** Les heures de travail des résidents n'étant pas l'unique facteur ayant une incidence sur la fatigue des résidents ou la sécurité des patients, force est de constater que les initiatives concernant seulement la réglementation ou la restriction des heures de travail des résidents n'amélioreront probablement pas ces deux domaines. Une approche plus globale visant à réduire le risque lié à la fatigue et à optimiser le rendement est plutôt requise.

**Il n'y a pas de données claires démontrant que la réglementation sur les heures de travail des résidents a eu une incidence positive ou négative sur le rendement académique.** Les heures de travail des résidents sont des heures de formation pour les médecins et les chirurgiens en formation au Canada. D'un côté, des préoccupations ont été soulevées à propos des effets qu'ont les longues heures et la fatigue sur la conservation du savoir. D'un autre côté, les heures de travail que les résidents passent en formation constituent une expérience importante sur le plan pédagogique, ainsi que des occasions de mentorat et de supervision. Le développement des compétences exige l'utilisation et la pratique. La recherche n'est pas encore concluante quant aux effets globaux de ces deux facteurs très différents et elle est considérablement limitée par le fait que les résultats de la formation médicale sont exceptionnellement plurifactoriels. Ainsi, il est impossible de dire si les restrictions des heures de travail ont eu, jusqu'à maintenant, une incidence importante, positive ou négative, sur les résultats académiques dans leur ensemble.

**Des données probantes suggèrent que, en chirurgie, la restriction des heures de travail des résidents entraînerait des résultats sous-optimaux en matière de soins aux patients et de formation.** La recherche relative à l'incidence et à la réglementation sur les heures de travail des résidents souligne des résultats différents et hétérogènes en ce qui a trait aux heures de travail des résidents dans les disciplines chirurgicales. Des préoccupations concernant les soins aux patients et la formation médicale semblent ressortir plus souvent dans les disciplines chirurgicales, les disciplines interventionnelles et les disciplines pour lesquelles l'acuité des soins aux patients est la plus élevée. Les données mettent en évidence le fait que plus de travail est nécessaire pour développer des stratégies, des approches différentes et de nouveaux modèles de soins chirurgicaux et de formation médicale dans le contexte évolutif de la réglementation des heures de travail.

**La réglementation sur les heures de travail des résidents nécessite une réorganisation du déploiement des ressources humaines de la santé et des modèles de prestation de soins. Ces modifications peuvent avoir une incidence sur le système de soins de santé.** Puisque les résidents remplissent le double rôle d'apprenants et de fournisseurs de soins, deux tâches complémentaires, mais distinctes, ainsi qu'un ensemble de coûts et d'avantages qui y sont associés doivent être considérés dans les heures de travail des résidents. Des modifications à la durée des heures consécutives ou au maximum d'heures travaillées entraîneront nécessairement une réorganisation du déploiement des ressources humaines de la santé et des modèles de prestation de soins. Des pressions fiscales croissantes, stables ou décroissantes sur le système de soins de santé pourraient donc résulter de ces changements. Tous les changements au système devraient être faits selon une planification et des allocations de ressources minutieuses afin d'assurer qu'ils sont conçus et mis en œuvre pour améliorer l'apprentissage des résidents ainsi qu'augmenter la sécurité et la qualité des soins. Cependant, sans une planification et des allocations de ressources minutieuses, il y a risque que la réglementation des heures de travail des résidents réduite par inadvertance la sécurité et la qualité des soins.



## La voie à suivre pour le Canada

En reconnaissant que le statu quo concernant les heures de travail des résidents n'est pas acceptable, cinq principes clés visant à établir un consensus pancanadien ont été élaborés et convenus par les membres du comité directeur national. Voici ces principes :

### **1. Les résidents ont des rôles interdépendants en tant qu'apprenants et fournisseurs de soins.**

Les heures de travail sont des heures de formation et constituent une composante intégrale de la prestation de soins aux patients dans le système de soins de santé canadien.

### **2. Les résidents sont des fournisseurs essentiels au sein d'un réseau de santé collectivement responsable d'assurer la couverture des soins aux patients, et ce, en tout temps.**

Le système de santé canadien est tenu d'offrir une couverture de soins aux patients à toute heure du jour, chaque jour. Il faut cependant reconnaître qu'il s'agit d'une responsabilité qui revient au système dans son ensemble et non seulement à un fournisseur de soins de santé en particulier. Les résidents constituent une composante importante de l'équipe entière de fournisseurs, laquelle a une responsabilité collective, plutôt qu'individuelle, d'assurer une couverture de soins de santé en temps opportun et de garantir la prestation des meilleurs soins pour tous les Canadiens.

### **3. Les périodes de travail de 24 heures consécutives ou plus sans sommeil réparateur devraient être évitées.**

En raison des risques que posent de telles périodes de travail, nous recommandons qu'elles n'aient cours que dans des circonstances rares et exceptionnelles.

### **4. Les efforts visant à réduire le risque et à augmenter la sécurité sont nécessaires et ne peuvent être entrepris en traitant uniquement des heures de travail des résidents.**

Les heures de travail des résidents ne constituent qu'un des facteurs qui contribuent à la fatigue des résidents. Pour être efficaces, les efforts visant à améliorer les résultats en matière de sécurité devront inclure d'autres facteurs, tant en ce qui concerne la formation que la prestation de services de santé, comme l'amélioration des processus de travail, de la supervision et de la formation.

### **5. Un modèle personnalisé et rigoureux des heures de travail des résidents et de la prestation des soins après les heures normales est nécessaire étant donné la variation substantielle des besoins de formation des résidents.**

Les besoins de formation des résidents diffèrent considérablement au pays, et ce, selon les disciplines, les stages, les lieux de formation et les niveaux de formation. L'optimisation de la formation des résidents et des soins aux patients exige une réflexion sur un bon nombre de facteurs uniques à chaque stage. Il n'existe pas d'approche universelle pour optimiser les composantes de la formation, de la sécurité des patients et des soins aux patients au sein du système de résidence diversifié du Canada.





## Recommandations

Les recommandations énoncées ci-dessous représentent la vision collective du comité directeur national à propos d'une démarche visant les enjeux directement liés ou non aux heures de travail des résidents au Canada. Voici les recommandations :

### **1. Étant donné que de nombreux facteurs contribuent à la fatigue des résidents, une approche globale visant à atténuer la fatigue et les risques qui en découlent devrait être élaborée et mise en œuvre dans le cadre de la formation des résidents dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.**

- 1.1 Tous les programmes de résidence devraient être tenus de développer un plan de gestion des risques liés à la fatigue pour les résidents (PGRF).
- 1.2 L'infrastructure devrait être conçue et mise en œuvre par les programmes de résidence pour soutenir la gestion des risques liés à la fatigue comme faisant partie de la pratique, et ce, grâce à la création de mécanismes de contrôle et d'application.
- 1.3 Une boîte à outils nationale de stratégies et de techniques d'atténuation de la fatigue devrait être créée. Ces stratégies et ces techniques devraient être adaptables à une variété de milieux et de disciplines.

### **2. Les approches pédagogiques devraient être repensées afin d'exploiter les innovations et les nouvelles méthodes pour assurer une formation et une acquisition des compétences adéquates dans une ère où la réglementation des heures de travail des résidents continue d'augmenter.**

- 2.1 Des projets pilotes devraient être élaborés, soutenus et répertoriés suivant une gamme d'outils de formation et de systèmes d'organisation d'horaire novateurs, afin de veiller à ce que la formation offerte dans le cadre des programmes de résidence soit aussi appropriée, efficiente et efficace que possible.
- 2.2 La résidence doit être réaménagée de façon à valoriser et à maximiser les possibilités d'enseignement et d'apprentissage, ainsi qu'à tendre à optimiser la valeur pédagogique et l'utilité clinique de toutes les heures de travail effectuées.
- 2.3 Des expériences de simulation guidées par les meilleures données probantes accessibles devraient être intégrées aux programmes sous forme d'outils d'enseignement, afin de favoriser l'efficacité des apprentissages et l'amélioration de la sécurité des patients.
- 2.4 Le réaménagement de la formation des résidents devrait intégrer, à titre de volets de programme fondamentaux, des compétences d'autoévaluation, de gestion de la fatigue et de transfert des soins.
- 2.5 Le Collège royal, le CMFC et le CMQ sont invités à revoir leurs exigences de formation spécialisée afin d'offrir suffisamment de souplesse dans l'organisation de la formation.

### **3. Les normes d'agrément doivent être adaptées pour soutenir les modifications prévues au contenu et la durée du travail des résidents, grâce à l'application d'activités de gestion des risques liés à la fatigue.**

- 3.1 Les normes d'agrément devraient préciser que les programmes de résidence doivent développer, et maintenir à jour, des plans de gestion des risques liés à la fatigue (PGRF).
- 3.2 L'exigence d'enseigner des compétences liées à l'autoévaluation, au transfert efficace des soins et à la communication devrait être intégrée aux normes d'agrément.



**4. Un inventaire d'autres modèles d'organisation d'horaires et de prestation des soins hors des heures régulières devrait être créé et diffusé, afin de fournir des solutions de rechange et des repères en matière d'horaires et de prestation des soins.**

4.1 Un cadre d'évaluation des indicateurs pertinents devrait être élaboré et mis en œuvre pour assurer le suivi des répercussions des changements apportés aux heures de travail des résidents sur la prestation des soins de santé.

**5. Un consortium pancanadien indépendant consacré à l'évaluation des heures de travail des résidents au Canada devrait être créé.**

## Glossaire

### Glossaire des acronymes utilisés dans le présent rapport

<b>ACGME</b>	Accreditation Council for Graduate Medical Education
<b>ACMR</b>	Association canadienne des médecins résidents
<b>CMFC</b>	Collège des médecins de famille du Canada
<b>CMQ</b>	Collège des médecins du Québec
<b>DETT</b>	Directive européenne sur le temps de travail
<b>FMRQ</b>	Fédération des médecins résidents du Québec



# Table des matières



> **Comité directeur national sur les heures de travail des résidents**

> **Équipe de rédaction du rapport au Collège royal (secrétariat du projet)**

> **Avant-propos**

> **Résumé**

- > Paramètres du projet
- > Démarche du projet
- > Principales constatations sur le contexte de la réglementation des heures de travail au Canada
- > Principales constatations concernant les répercussions des heures de travail des résidents ainsi que leur réglementation
- > La voie à suivre pour le Canada
- > Recommandations
- > Glossaire

> **1.0 Introduction au projet « À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents »**

- > **1.1** Contexte du projet
- > **1.2** Paramètres du projet
- > **1.3** Échéancier et activités du projet
- > **1.4** Gouvernance du projet

> **2.0 Méthodologie du projet**

> **3.0 Thèmes et constatations clés**

- > **3.1** Contextualisation des approches liées à la réglementation des heures de travail des résidents
- > **3.2** Évaluation des répercussions des heures de travail des résidents

> **4.0 La voie à suivre pour le Canada**

- > **4.1** Données du sondage national sur les options stratégiques pour le Canada
- > **4.2** Conférence consensuelle canadienne sur les heures de travail des résidents
- > **4.3** Recommandations

> **Références**

> **Annexe A** – Comité directeur national sur les heures de travail des résidents

> **Annexe B** – Composition des groupes d'experts

> **Annexe C** – Bref survol de la méthodologie du sondage national

> **Annexe D** – Indicateurs suggérés pour chaque thème étudié



# 1.0 Introduction

## Introduction au projet « À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents »



Le projet « À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents » financé par Santé Canada a été lancé en mars 2012 dans le but d'élaborer un accord canadien unique sur les questions, les recommandations et les pratiques exemplaires concernant les enjeux relatifs aux heures de travail des résidents et à leur réglementation. Une planification stratégique du projet a été fournie par le comité directeur national, un groupe de concertation formé d'intervenants du système de résidence.

### 1.1 Contexte du projet

Au Canada, comme dans de nombreux autres pays du monde, les médecins en formation assument le double rôle d'apprenant et de fournisseur de soins cliniques. Le nombre d'heures travaillées par les résidents (médecins en formation), tant en matière de durée des quarts de travail que du maximum d'heures par semaine, a des répercussions importantes sur la prestation des soins aux patients et la sécurité des patients, le mieux-être des résidents ainsi que celui des médecins membres du personnel et d'autres fournisseurs de soins, les ressources humaines de la santé, la charge de travail et les mesures relatives aux coûts des soins de santé et à la formation médicale.

Au cours des dernières années, les heures de travail des résidents ont attiré beaucoup d'attention à l'échelle nationale et internationale. Les tendances de l'Union européenne et des États-Unis envers la réduction des heures de travail des résidents (40 à 52,5 heures et 80 heures par semaine, respectivement), combinées à la diffusion du rapport de 2009 de l'Institute of Medicine au États-Unis, qui se concentrait sur la documentation sur la sécurité des patients associée aux longues heures de travail, ont été les éléments clés de ce débat.

Au Canada, le contexte entourant les heures de travail des résidents et de leur réglementation est unique. Ici, l'équilibre entre les deux rôles d'apprenant et de fournisseur de soins clinique est actuellement géré par des ententes collectives individuelles dans les différentes provinces, sans la présence de normes ou de principes à l'échelle nationale, créant ainsi une variabilité considérable au pays. Dans le contexte du débat national et international, d'une récente décision arbitrale dans la province de Québec et de la reconnaissance qu'une direction concernant cette importante question était nécessaire au Canada, un projet concerté a été lancé en mars 2012 pour parvenir à un consensus pancanadien sur la question des heures de travail des résidents. Le projet « À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents » avait deux objectifs clés liés aux heures de travail des médecins et des chirurgiens en formation : premièrement, rassembler les données probantes disponibles sur la question et, deuxièmement, établir des normes pancanadiennes sur les questions complexes relatives aux heures de travail des résidents.

Le présent rapport final vise à présenter une synthèse des discussions et des délibérations du projet pluriannuel et multiphase, et à proposer une voie à suivre pour la réglementation des heures de travail des résidents au Canada.

### 1.2 Paramètres du projet

Les discussions sur les heures de travail des résidents représentent certains des débats contemporains les plus importants en ce qui concerne la prestation de soins médicaux et la formation médicale. Les heures de travail des résidents, et les questions entourant la réglementation de ces heures, peuvent avoir des incidences considérables dans bon nombre de domaines essentiels, notamment la prestation de soins de santé, l'excellence de la formation médicale et l'offre de soins sécuritaires. Dans la foulée



d'importants débats à l'échelle nationale et internationale sur le sujet, cette démarche concertée a été amorcée afin d'établir un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents au sein du système de formation médicale postdoctorale du Canada.

La formation médicale postdoctorale se fait, dans une très grande mesure, au moment de la prestation de soins aux patients. Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, les résidents remplissent le double rôle de fournisseur de soins aux patients et d'apprenant. Ils sont simultanément des fournisseurs de soins de santé dans un vaste système de soins aux patients visant à offrir des soins sécuritaires, de grande qualité et 24 h sur 24, et des apprenants soumis à une période intense de formation académique et clinique nécessaire pour assurer qu'ils soient en mesure de fournir d'excellents soins aux patients pour les générations à venir. Au tout début, le comité directeur national sur les heures de travail des résidents a reconnu l'importance capitale de la sécurité des patients ainsi que de la prestation de soins sécuritaires en tout temps comme étant un facteur important de ce travail. Toutes les recommandations faites par le comité directeur national et tous les efforts déployés pour en arriver à un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents ont été minutieusement sélectionnées à cette fin et visent à mettre l'accent sur les soins aux patients.

Au Canada, les aspects relevant de l'environnement de travail, dont les heures de travail des résidents, sont négociés dans le cadre d'un processus de négociation collective entre les associations provinciales et les employeurs (représentants d'hôpital ou de ministère provincial de la santé). Ce projet vise à alimenter la structure actuelle, au sein de laquelle une diversité d'ententes collectives dictent actuellement les conditions suivant lesquelles les résidents travaillent.

De plus, la discussion concernant les heures de travail des résidents s'inscrit dans des systèmes complexes et diversifiés de soins de santé et de formation médicale. Il faut reconnaître que ce projet a été expressément consacré au développement d'une norme pancanadienne sur les heures de travail des *résidents* ainsi que sur les aspects du travail de *résidence* et le milieu d'apprentissage. Les résultats, les principes et les recommandations contenus dans le présent rapport visent principalement à atteindre cet objectif. Bien que le travail effectué tout au long du projet était intentionnellement

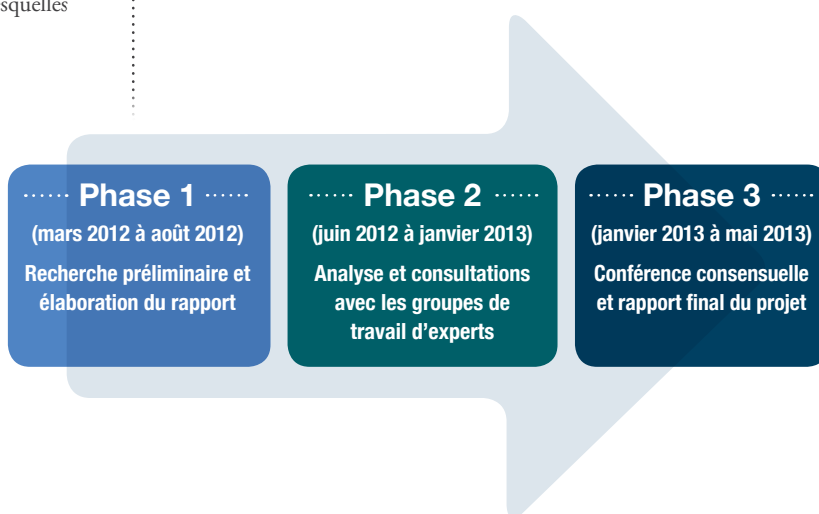
attentif aux incidences sur d'autres domaines connexes, comme des préoccupations semblables concernant la santé et le mieux-être parmi les professeurs et d'autres fournisseurs de soins de santé, la prestation de soins aux patients et la sécurité des patients, les ressources humaines de la santé, la charge de travail et les mesures des coûts des soins de santé et de la formation médicale.

De surcroît, partout au pays, les soins cliniques, les besoins communautaires et les responsabilités des résidents varient considérablement dans les communautés d'enseignement qui comptent, d'un côté, de grands centres urbains offrant des soins tertiaires et, de l'autre, de petites collectivités rurales éloignées. Une telle diversité nationale dans le domaine des soins de santé et de la formation médicale ajoute une autre dimension à la discussion. Il est important que les recommandations émanant de ce projet soient applicables à une variété de formations et de lieux de prestation de soins.

Le présent rapport et la position du comité directeur national ainsi que de six groupes d'experts visent à établir une voie à suivre qui optimise les soins aux patients et la formation pour le 21<sup>e</sup> siècle.

### 1.3 Échéancier et activités du projet

Trois phases importantes composaient le projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** » et s'échelonnaient sur une période allant de mars 2012 à mai 2013.





PHASE	ACTIVITÉS
Phase 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitution de la structure de gouvernance du projet</li> <li>• Analyse de l'environnement, y compris une analyse de la documentation, un examen des pratiques dans d'autres pays, une analyse des ententes collectives des associations provinciales représentant les résidents</li> <li>• Mise en ligne du <a href="#">blogue consacré aux heures de travail des résidents</a></li> </ul>
Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenue d'un sondage national auprès de publics cibles importants afin de connaître les perceptions concernant les heures de travail des résidents (HTR)</li> <li>• Élaboration d'un glossaire de la terminologie des HTR</li> <li>• Élaboration de documents de commentaires des groupes d'experts</li> <li>• Rencontre en personne des membres du comité directeur national</li> </ul>
Phase 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conférence consensuelle nationale sur les heures de travail des résidents</li> <li>• Discussion et délibération sur les recommandations, y compris l'élaboration du rapport final du projet</li> </ul>

## 1.4 Gouvernance du projet

### Une structure de gouvernance robuste et un rapport d'expert soutenaient le projet.

Reconnaissant les aspects essentiels du soutien et des consultations stratégiques auprès de tous les organismes partenaires pour la réussite globale de cette initiative, le projet « [À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents](#) » a mis sur pied une solide structure de gouvernance. Le comité directeur national, un groupe concerté comptant neuf organismes partenaires, a notamment fourni des conseils et un soutien en plus de participer à toutes les étapes du projet.

### Le comité directeur national comptait des représentants des organismes suivants :

- *Comité F/P/T sur l'effectif en santé*
- *Association canadienne des institutions de santé universitaires*
- *Association des facultés de médecine du Canada - doyens aux études médicales postdoctorales*
- *ACMR*
- *CMFC*
- *Association médicale canadienne*
- *CMQ*
- *FMRQ*
- *Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (secrétariat du projet)*

La liste complète des membres se trouve à [l'annexe A](#).

### Des groupes d'experts ont été créés pour fournir des analyses et des perspectives.

Six groupes d'experts ayant chacun un thème couvrant un domaine particulier ont été créés pour fournir des documents de commentaires. De plus, un comité spécial a élaboré un glossaire des termes clés relatifs aux heures de travail des résidents au Canada.

Voici les groupes d'experts :

- *Sécurité des patients (présidé par Chris Parshuram)*
- *Professionalisme (présidé par Shiphra Ginsberg)*
- *Santé et mieux-être des résidents et des professeurs (coprésidé par Susan Edwards et Jonathan DellaVedova)*
- *Formation médicale (présidé par Paul Dagg)*
- *Rendement des systèmes de santé et économie de la santé (présidé par Maureen Shandling)*
- *Particularités pour les disciplines interventionnelles (présidé par Najma Ahmed)*
- *Terminologie relative aux heures de travail des résidents au Canada – groupe de travail ayant pour mission de définir les termes clés relatifs aux heures de travail des résidents (présidé par Joshua Tepper)*



## 2.0

# Méthodologie du projet



Une approche multiphase employant une méthodologie mixte a été développée pour orienter la recherche et les analyses tout au long du projet. La méthodologie du projet comprenait un certain nombre de moyens de récupération et de synthèse des données :

### 1. Entrevues avec des membres du comité directeur national

Des entrevues téléphoniques individuelles semi-structurées ont été réalisées auprès de 18 membres du comité directeur national, s'appuyant sur la reconnaissance que ce comité est composé d'intervenants essentiels au débat sur les heures de travail des résidents au Canada. Ces entrevues, effectuées au tout début, ont éclairé les phases subséquentes du projet, en fournissant un aperçu du paysage actuel.

### 2. Sondage national auprès des résidents, des doyens aux études postdoctorales, des directeurs de programme et d'un échantillon d'administrateurs d'hôpital

Une étude quantitative a été menée auprès d'un vaste public à l'automne 2012, compte tenu du fait que les heures de travail des résidents constituent une question complexe qui génère des opinions différentes selon les disciplines, les provinces et les différents groupes d'intervenants. Adapté à quatre populations cibles, ce sondage a été développé pour obtenir les commentaires et les perceptions des répondants sur les sujets suivants : pratiques actuelles en matière d'heures de travail des résidents, la sécurité des patients, le mieux-être des résidents et les perceptions des effets de la réglementation des heures de travail des résidents sur la formation des résidents, le système de santé et les ressources humaines de la santé. Non seulement ce sondage représente-t-il une source de données considérable pour les résultats

contenus dans le présent rapport, mais il vient également combler la pénurie antérieure des données canadiennes recueillies à l'échelle nationale. Des résultats préliminaires de ce sondage national sont inclus dans le présent rapport. Les données devraient cependant être analysées à la lumière des limitations concernant le taux de réponse (de 28,5 % à 76,5 %, selon le groupe sondé) et d'autres limitations associées aux données d'un sondage par autodéclaration. Pour obtenir la discussion complète de la méthodologie de ce sondage, veuillez consulter l'[annexe C](#).

De plus, étant l'une des importantes réalisations du projet, cet ensemble de données favorisera les efforts d'érudition et d'évaluation sur les heures de travail des résidents au Canada.

### 3. Analyse des ententes collectives actuelles et antérieures

Le paysage canadien est unique comparativement à d'autres pays en ce qui concerne les heures de travail des résidents. Contrairement aux États-Unis, à l'Europe et à d'autres pays où la réglementation des heures de travail des résidents est en place depuis plusieurs années, le Canada ne possède aucune législation ou norme d'agrément pour les heures de travail des résidents. La réglementation au pays applicable aux heures de travail des résidents est plutôt gouvernée par des ententes collectives négociées entre les hôpitaux concernés, ou le gouvernement provincial (employeur), et les associations provinciales représentant les résidents (employés). Dans le cadre du projet, toutes les ententes collectives disponibles de 1980 jusqu'à maintenant de chaque association provinciale ont été analysées du point de vue des conditions de travail des résidents et des approches pour mesurer ou réglementer les heures de travail des résidents au Canada. Au total, 76 ententes ont été examinées.



#### 4. Revue de la littérature

Une analyse de la littérature s'appuyant sur le rapport *Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety* de l'Institute of Medicine, publié en 2009, a été entreprise pour développer une base de données probantes concernant les heures de travail des résidents au Canada. Cette analyse était axée sur des revues systématiques afin de développer une série de résultats clés qui influenceraient non seulement le présent projet, mais également l'avenir des délibérations sur les heures de travail des résidents au Canada. L'analyse de la littérature comportait six thèmes fondamentaux cernés dans un examen effectué précédemment pour en délimiter la portée : la sécurité des patients, la formation médicale, le rendement des systèmes de santé et l'économie de la santé, le professionnalisme, la santé et le mieux-être des résidents et des professeurs, et les disciplines interventionnelles. Ces six thèmes ont ensuite servi de principes directeurs pour les tâches que devaient accomplir les groupes d'experts plus tard au cours du projet.

#### 5. Examen des pratiques à l'extérieur du Canada

Le paysage canadien est unique en ce qui concerne les heures de travail des résidents. Afin de contextualiser les résultats et de développer adéquatement une voie à suivre, il était nécessaire d'entreprendre un examen des pratiques dans d'autres pays ou régions du monde. Cet examen visait à évaluer les approches en matière de réglementation des heures de travail dans d'autres pays d'intérêt pour le contexte canadien en raison de leur approche similaire à la formation médicale en résidence (postdoctorale). Cependant, il a été néanmoins reconnu que les approches en matière de formation médicale et d'infrastructure générale pour la prestation de soins de santé de tous les pays nommés varient considérablement. Des précautions doivent donc être prises dans la comparaison des résultats au contexte canadien unique des heures de travail des résidents.

#### 6. Documents de commentaires de six groupes d'experts

Au cours d'une période de six mois débutant à l'automne 2012, six groupes d'experts ont entrepris l'élaboration de documents de commentaires traitant des thèmes fondamentaux concernant les heures de travail des résidents. Ce travail visait à assurer que le processus de concertation correspondait à l'expertise diverse de la communauté d'érudits, de participants et d'intervenants de la formation postdoctorale. Sous la direction de leur président, chaque groupe a travaillé à développer des perspectives fondées sur des données probantes et à suggérer des indicateurs pour le contrôle et l'évaluation de la réglementation et des recommandations sur les heures de travail des résidents. Tout comme pour l'analyse de la documentation, ces six documents de commentaires réalisés par les groupes d'experts s'appuyaient sur les six thèmes identifiés à l'aide d'une revue préliminaire de la littérature et utilisés dans l'analyse documentaire du projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** ». Les thèmes sur lesquels ont respectivement porté les travaux de chacun des groupes sont les suivants : la sécurité des patients, la formation médicale, le rendement des systèmes de santé et l'économie de la santé, le professionnalisme, la santé et le mieux-être des résidents et des professeurs, et les particularités liées aux disciplines interventionnelles.





## 3.0 Thèmes et constatations clés



### 3.1 Contextualisation des approches liées à la réglementation des heures de travail des résidents

Devant l'importance des analyses réalisées au Canada et des expériences vécues à l'étranger, le secrétariat du projet a procédé à l'examen des approches ayant cours à l'échelle internationale en matière de réglementation des heures de travail des résidents au cours de la première phase du projet.

Cette recherche a porté sur deux aspects distincts :

- Des recherches ont été effectuées dans quatre régions, soit aux États-Unis, en Europe (y compris le Royaume-Uni), en Australie et en Nouvelle-Zélande.
- On a procédé à l'examen des ententes collectives actuelles et antérieures pour recueillir de l'information sur certains aspects de l'environnement de travail des résidents au Canada.

#### 3.1.1 Réglementation et approches internationales

Toutes les régions dont il est question dans le présent rapport diffèrent considérablement en ce qui a trait à leurs approches en matière de formation et d'enseignement de la médecine de même qu'à leur infrastructure de soins de santé en général.

Malgré la multiplicité des approches que présentent ces régions en matière de gouvernance des règles entourant les heures de travail des résidents, il n'en demeure pas moins que toutes recèlent de précieuses perspectives pour le contexte canadien en la matière. Pour cette raison, le rapport relève certains aspects et incidences préliminaires à souligner pour le Canada.

#### États-Unis

**Normes établies et mises en application par l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), un organisme national non gouvernemental.**

Aux États-Unis, les normes officielles en ce qui a trait aux heures de travail des résidents sont établies et mises en application par l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), un organisme d'agrément national non gouvernemental. En vertu des dispositions élaborées par l'ACGME, des normes communes en matière d'heures de travail des résidents s'appliquent à tous les programmes de résidence agréés par l'ACGME pour l'ensemble des 130 spécialités et surspécialités agréées par l'ACGME.

**Les règlements ont été officiellement mis en œuvre en 2003 et modifiés en 2011.**

La première série de normes nationales visant les heures de travail des résidents dans toutes les spécialités, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2003, doit vraisemblablement sa mise en œuvre à plusieurs facteurs, le plus décisif étant lié aux préoccupations entourant la sécurité des patients à la suite du décès d'une jeune patiente du nom de Libby Zion<sup>1</sup>. Élaborées par un groupe de travail de

<sup>1</sup> Libby Zion, une patiente de 18 ans, est décédée dans un hôpital de New York (qui porte maintenant le nom de New York Presbyterian Hospital). Son décès a donné lieu à une enquête, à une importante couverture médiatique et à la mise en œuvre de règlements particuliers qui, au départ, ne s'appliquaient qu'aux résidents qui exerçaient dans l'État de New York. Ultérieurement, toutefois, son cas a été perçu comme une incitation à la mise en œuvre de règlements nationaux supplémentaires, comme ceux qu'a élaborés l'ACGME.



l'ACGME, les principales dispositions des normes de l'ACGME prévoyaient des restrictions liées aux heures de travail, au cumul d'emplois et aux périodes de repos. Les résidents n'étaient autorisés à travailler que 80 heures par semaine, la moyenne des heures étant calculée sur quatre semaines. De plus, une limite de 24 heures de travail continu (c.-à-d. durée des quarts de travail) a alors été imposée, même si on allouait une période supplémentaire pouvant atteindre six heures pour la continuité des soins et les activités d'apprentissage. Les résidents se voyaient aussi accorder une période de repos « adéquate » entre les périodes de travail. La garde en établissement était limitée à une nuit sur trois, la moyenne étant calculée sur quatre semaines (garde « 1 sur 3 »). Enfin, les règlements stipulaient que tous devaient être exempts de soins cliniques et d'activités d'apprentissage un jour sur sept (la moyenne étant calculée sur quatre semaines).

#### **Un examen exhaustif de la réglementation de l'ACGME a été entrepris par un comité de concertation.**

L'ACGME avait promis de revoir les recommandations de 2003 dans les cinq années suivant leur mise en œuvre. À la demande du Congrès américain et en vertu d'un contrat avec l'Agency for Healthcare Research and Quality, un comité de concertation a été constitué pour « faire la synthèse des données probantes sur la relation entre les heures et les horaires de travail des professionnels de la santé et la sécurité des soins de santé », ainsi que pour élaborer des « stratégies de mise en œuvre d'horaires de travail optimaux pour les résidents » (IOM xi). Pour ce faire, le comité a examiné les perspectives des intervenants concernant les limites d'heures de travail instaurées en 2003, ainsi que les données sur l'adhésion aux limites et sur les pratiques d'encadrement de l'ACGME.

Les résultats de l'examen de la première série de restrictions de l'ACGME réalisé en 2009 sont publiés dans le rapport marquant de l'Institute of Medicine (IOM), intitulé « Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety » (Les heures de travail des résidents : améliorer les conditions de sommeil, l'encadrement et la sécurité). Dans ses conclusions, le comité soulignait que le fait de déterminer comment prévenir la fatigue, dans la mesure du possible, et comment l'atténuer

durant les périodes requises de travail constitue une priorité. L'IOM recommandait que le sommeil soit autorisé durant les quarts de travail prolongés et que les résidents disposent de périodes adéquates de sommeil réparateur à l'extérieur de leur horaire de travail. Autrement dit, selon l'IOM, les programmes de résidence devaient accroître la possibilité de dormir quotidiennement, faire usage de la sieste stratégique, prévoir de plus longues périodes de sommeil durant les périodes de garde et accroître le nombre et la fréquence des journées exemptes de travail pour favoriser la récupération<sup>2</sup>. L'IOM était d'avis que ces changements renforceraient les recommandations mises en œuvre par l'ACGME en 2003.

#### **Des recherches et des examens ont donné lieu à des horaires de travail sur mesure pour les résidents.**

Une nouvelle série de recommandations a été élaborée par l'ACGME en consultation avec son conseil des présidents de comités d'examen à la lumière des conclusions de l'IOM. Ces nouvelles recommandations sont entrées en vigueur en juillet 2011. L'aspect le plus important de ces nouvelles directives : les heures de travail ne sont plus universelles, elles sont plutôt adaptées au niveau d'expérience du stagiaire. Les résidents de première année sont assujettis à des limites d'heures plus restrictives et nécessitent plus d'encadrement. En vertu de la nouvelle réglementation, le quart de travail maximal d'un résident de première année est de 16 heures, plus quatre heures de transition. Pour tous les autres résidents, le quart de travail maximal est de 24 heures, plus six heures de transition. De plus, le cumul d'emplois est également interdit pour les résidents de première année. Il est permis pour tous les autres résidents, mais il est pris en considération dans la limite hebdomadaire de 80 heures. Des dispositions supplémentaires ont également été ajoutées pour prévoir des périodes de repos entre les quarts de travail et pour éviter les gardes durant les journées de repos. Cependant, même si l'IOM avait suggéré à l'ACGME d'instaurer une « période de sommeil protégée de cinq heures » durant les quarts de travail d'une durée prolongée, l'ACGME n'a pas opté pour cette recommandation, mais a plutôt choisi de recommander fortement la sieste stratégique selon les besoins des patients et la fatigue des résidents durant les heures de nuit.

<sup>2</sup> L'Institute of Medicine a produit un résumé détaillé des ajustements proposés aux limites d'heures de travail de l'ACGME qui avaient cours à l'époque. Voir IOM, 2008, 13.



### Les principaux facteurs ayant incité les États-Unis à adopter une réglementation aurait vraisemblablement été des préoccupations liées à la sécurité des patients et la menace imminente de la législation.

Bien que des préoccupations liées au mieux-être des résidents aient joué un rôle dans la mise en œuvre des normes de l'ACGME, la sécurité des patients et la menace de la législation ont été cernées comme étant les deux principales préoccupations ayant donné lieu à l'élaboration des deux versions de cette réglementation. Les chercheurs relèvent que l'imminence de mesures de la part du Congrès et un rapport publié par l'Institute of Medicine se sont révélés être d'importants facteurs de motivation pour la mise en œuvre de la réglementation de 2003. Le rapport de l'IOM, intitulé « To Err is Human : Building a Safer Health System » (L'erreur est humaine : bâtir un système de soins de santé plus sécuritaire) fait état de la « prévalence d'importantes erreurs médicales ayant entraîné des décès de patients » (IOM, 2000). Comme le confirme le Dr Thomas Nasca, président-directeur général de l'ACGME, la conception de la seconde version des règlements des États-Unis sous la direction de l'ACGME s'inscrivent toujours dans cette préoccupation : « Ces normes ont été rédigées expressément pour placer le patient, et non le résident, au centre » (Tel que cité par Krupa, 2010).

Le Dr Christopher Landrigan, éminent chercheur et directeur du programme de sommeil et de sécurité des patients de la faculté de médecine de Harvard, relève d'importants problèmes en ce qui a trait à la réglementation de l'ACGME. D'abord, les heures de travail permises par l'ACGME demeurent beaucoup trop longues (Landrigan, 2006). Il soutient ce qui suit en ce qui a trait à la limite de l'ACGME qui permet plus de 24 heures de travail consécutif :

*Des heures de travail aussi extrêmes ouvrent la porte à des risques très bien documentés et des recherches cliniques réalisées ces dernières années ont confirmé l'existence de tels risques dans les milieux médicaux. Tant au sein de la communauté internationale que dans d'autres industries où la sécurité est un incontournable, ces heures de travail seraient considérées comme étant excessives (2006).*

Cette limite n'a pas été modifiée dans la plus récente version des règlements, exception faite de l'introduction de la limite de 16 heures pour les résidents de première année.

Deuxièmement, le Dr Landrigan soulève le problème du non-respect des limites de l'ACGME par les résidents et les programmes de résidence. Bien qu'il cite, dans son ouvrage, plusieurs études démontrant le non-respect des normes de l'ACGME, il est également important de noter certains aspects de l'approche de l'ACGME qui pourraient se révéler problématiques dans ce contexte. Par exemple, les normes de l'ACGME sont liées à l'agrément des programmes et à ce titre, leur respect est « techniquement volontaire », en tenant pour acquis qu'un programme serait disposé à renoncer à son agrément. L'ACGME a menacé de révoquer l'agrément des programmes qui ne se conforment pas à ses normes (IOM, 2000). Or, la perte de l'agrément s'accompagne d'importantes conséquences. Elle peut entraver la capacité des hôpitaux en ce qui a trait au parrainage de programmes de formation médicale postdoctorale et compromettre environ 100 000 \$ par résident par année de financement fédéral provenant du régime Medicare (régime public d'assurance-maladie)<sup>3</sup> (Iglehart, 2010).

### Des limites et des préoccupations en ce qui a trait à l'encadrement et à l'application de la réglementation ont été soulevées aux États-Unis.

Malgré la sévérité des sanctions en cas de non-respect de la réglementation, certains craignent que l'ACGME n'ait pas la capacité d'effectuer une surveillance efficace à cet égard. C'est là, comme le souligne judicieusement le Dr Landrigan, une conséquence du double rôle de l'ACGME, soit celui d'organisme recueillant des données sur le respect de la réglementation et d'organisme responsable de l'agrément des programmes. Le Dr Landrigan signale que la relation entre ces deux rôles constitue une situation complexe s'apparentant à un conflit d'intérêts : les résidents et les professeurs peuvent avoir des réticences à divulguer les violations de peur de nuire à leurs revenus professionnels et au statut de leur programme (2006).

<sup>3</sup> Le régime Medicare est un programme d'assistance sociale aux États-Unis. En plus de défrayer les soins de santé de certains groupes démographiques, le régime Medicare finance aussi en majeure partie la formation des résidents aux États-Unis par l'entremise de subventions et de paiements directs et indirects à des fins de formation médicale.



### Des preuves préliminaires laissent entrevoir de nouveaux défis en lien avec la mise en œuvre des normes de 2011.

Un récent article publié dans le Journal of the American Medical Association renferme des exemples du type d'écrits qui commencent à faire surface à la suite de l'actuelle évaluation de la mise en œuvre des normes de 2011. Comme l'a déterminé une étude de cohorte longitudinale entreprise par Srijan Sen et coll., la diminution des heures de travail en vertu des normes de 2011 de l'AGCME a donné lieu à « une augmentation inattendue du nombre d'erreurs médicales déclarées par leur auteur. » De plus, elle n'a pas entraîné d'amélioration du mieux-être ni une résorption des symptômes dépressifs et elle ne semble pas non plus avoir engendré d'augmentation des heures de sommeil (2013).

## Union européenne

### La Directive européenne sur le temps de travail a été appliquée aux stagiaires en 2009.

Au sein de l'Union européenne, les heures de travail des résidents sont réglementées par un accord particulier auquel tous les États membres doivent se conformer : la Directive européenne sur le temps de travail (DETT). En vertu de la DETT, chaque État membre doit veiller à ce que chacun de ses travailleurs ait droit à une limite de son temps de travail hebdomadaire, qui ne doit pas, en moyenne, dépasser 48 heures, heures supplémentaires incluses. Bien que la DETT soit entrée en vigueur en 1993 pour tous les salariés citoyens de l'UE, cette mesure législative ne s'appliquait auparavant pas aux médecins en formation. À la suite de pressions fructueuses exercées par des groupes de résidents européens, une modification de la Directive visant à y intégrer les stagiaires en médecine a été mise en œuvre en 2000. La Directive ainsi modifiée prévoyait une période de transition de cinq ans (à compter d'août 2004) au terme de laquelle les résidents finiraient par ne effectuer un maximum de 48 heures par semaine. La DETT est entrée en vigueur dans son intégralité pour les médecins en formation le 1<sup>er</sup> août 2009, soit 16 ans après sa mise en œuvre initiale pour les autres types de salariés.

Avant l'entrée en vigueur de cette directive, la réglementation variait considérablement d'un pays à l'autre. Avant sa mise en œuvre, chaque pays d'Europe avait des normes différentes concernant les heures de travail de ses résidents en médecine. Par exemple, le Royaume-Uni a instauré une réduction des heures

de travail de ses « Junior Doctors » (médecins en formation) en 1991, année de la négociation d'une entente intitulée « Junior Doctors – the new deal » (Médecins en formation – la nouvelle entente) qui proposait une limite maximale de 72 heures par semaine, incluant tout au plus 56 heures de « véritable travail » (Tami, 2004). Par contre, le Danemark et la France ne prévoyaient aucune limite avant la mise en œuvre de la DETT (Australian Medical Association, 1998).

### La situation varie beaucoup d'un pays à l'autre au sein de l'Union européenne.

Bien que la réglementation liée à la DETT soit désignée comme « ayant force de loi », le rapport d'IOM souligne que l'encadrement et l'application des restrictions en matière d'heures de travail sont susceptibles de varier d'un pays d'Europe à l'autre. En 2006, la France ne délégua pas la responsabilité de veiller à l'application des restrictions liées aux heures de travail et, par conséquent, les taux de conformité n'étaient pas contrôlés (Woodrow et coll.). En Allemagne, le respect des heures de travail est encadré par des « bureaux d'inspection du travail », soit les institutions responsables de veiller à l'observation des heures de travail de tous les employés (IOM, 2009).

Les recherches révèlent non seulement une importante variabilité entre les pratiques d'un pays de l'UE à l'autre, mais aussi un degré de conformité généralement faible. D'après un sondage réalisé en 2010 par la British Medical Association, plus de la moitié des nouveaux médecins travaillent tout de même plus de 56 heures par semaine pour « combler les lacunes en ce qui a trait aux gardes ou parce qu'ils sentent que l'on fait pression sur eux pour qu'ils effectuent des heures supplémentaires » (BMA, 2010). Le groupe de travail de la British Medical Association sur la DETT a également souligné que les seuls pays considérés comme étant respectueux de la réglementation établie sont le Danemark, l'Allemagne et la Suède (Lancet, 2010).

## Nouvelle-Zélande

### En Nouvelle-Zélande, l'encadrement des heures de travail des résidents traduit une manifeste préoccupation de longue date.

La Nouvelle-Zélande dispose de règlements sur les heures de travail des résidents depuis 1985. Cet effort est une réalisation qui a valu à la Nouvelle-Zélande la réputation d'avoir « incité le



monde à réduire les heures de travail des nouveaux médecins », selon le Dr Christopher Landrigan (2006). Le fait que ce pays ait entrepris de mettre en œuvre des règlements beaucoup plus tôt que toutes les autres régions dont il est question dans le présent rapport suggère une préoccupation de longue date en ce qui a trait à l'état de fatigue et aux heures de travail des résidents.

### **Les employeurs sont liés par une réglementation régie par une entente collective.**

En Nouvelle-Zélande, les heures de travail des médecins résidents en formation sont régies par la Multi-Employer Collective Agreement (entente collective multiemployeurs). La réglementation prévoit un nombre maximal d'heures par semaine (soit 72), bien qu'elle renferme également une note précisant qu'un nombre maximal de 60 heures constituerait un « objectif souhaitable ». La limite maximale d'heures consécutives pouvant être effectuées en une journée est fixée à 16. De plus, cette réglementation prévoit aussi une période minimale de repos, soit au moins huit heures entre les quarts de travail, une fin de semaine sur deux de congé et au moins deux journées consécutives de repos après cinq nuits de travail consécutives.

La Nouvelle-Zélande a cependant introduit un règlement permettant sept quarts de nuit de 10 heures durant un même stage. L'IOM, plus particulièrement, soulève l'apparente incohérence de cette disposition par rapport au reste de la réglementation du pays, qui est plutôt de nature restrictive (2009).

## **Australie**

### **En Australie, les limites en ce qui a trait aux heures de travail sont des recommandations et n'ont pas force exécutoire.**

L'Australie n'a pas de réglementation limitant les heures de travail des résidents (Landrigan, 2006). Ses recommandations en ce qui a trait au nombre maximal d'heures travaillées prennent la forme « de recommandations et non de règlements ayant force exécutoire » (IOM, 2009). Néanmoins, elles stipulent tout de même qu'une semaine de travail de plus de 50 heures entraîne, pour le résident, « un risque important » de fatigue et qu'une semaine de plus de 70 heures entraîne des « risques beaucoup plus élevés » pour le résident (Australian Medical Association, 2005). Il n'existe aucun organisme désigné pour la réglementation des heures de travail en Australie (IOM, 2009).

### **Un plan global de gestion de la fatigue contribue à l'atténuation des risques en Australie.**

En l'absence de règlements ayant force exécutoire, l'Australian Medical Association a mis de l'avant un plan global de gestion de la fatigue et « prônent l'application des principes du rythme circadien ». Selon Landrigan (2006), ces principes prévoient a) l'évitement des changements de quarts de travail trop fréquents; b) un système d'alternance « dans le sens horaire » lorsqu'un changement de type de garde se révèle nécessaire, c.-à-d. passer du quart de jour au quart de soir, puis au quart de nuit pour retourner au quart de jour et c) la minimisation du nombre de nuits de travail consécutives.

Fait intéressant, malgré l'absence de règlements fermes, une étude entreprise par l'Australian Medical Association démontre que même chez les médecins en formation présentant des « risques très élevés » de fatigue, la « plus longue période de travail consécutive était, en moyenne de 16 heures, soit une moyenne considérablement inférieure à ce qui a cours aux États-Unis et au Canada, bien qu'elle soit plus élevée que celle de l'Europe » (Landrigan, 2006). Un examen des facteurs, réalisé par l'IOM, peut permettre d'expliquer la situation. En effet, les heures de travail des résidents en Australie « traduisent peut-être une culture selon laquelle les attentes en ce qui a trait aux heures effectuées par les résidents [ne doivent pas dépasser] celles qui s'appliquent aux autres travailleurs au sein de la population » (2009).

## **3.1.2 Les heures de travail des résidents au Canada**

### **Le paysage canadien est unique en ce qui a trait à la réglementation en matière d'heures de travail des résidents.**

Le contexte de la réglementation des heures de travail des résidents au Canada diffère considérablement de celui des autres régions explorées dans le cadre du présent rapport. D'abord, l'organisation du système de formation médicale postdoctorale au Canada est très différente de celle qui a cours dans ces autres régions. Ici, au Canada, chaque faculté de médecine a plus d'autonomie en ce qui a trait à l'administration des programmes de résidence et il existe peu de mesures législatives ou réglementaires nationales, sinon aucune, pour gouverner



la formation médicale postdoctorale, à l'exception des normes d'agrément établies par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le CMFC et le CMQ.

Par conséquent, le Canada n'a pas de mesures législatives uniformes régissant les conditions de travail des résidents, comme la durée des quarts de travail (nombre d'heures de travail par semaine ou nombre d'heures consécutives maximales), les heures de repos entre les quarts et la fréquence des gardes en milieu hospitalier. Toutes les heures de travail et tous les aspects du cadre de travail sont plutôt négociés par l'entremise de contrats conclus à l'échelle provinciale ou régionale. Ce genre d'entente diffère de l'approche adoptée dans d'autres régions du monde (p. ex., les mesures législatives prévues par la DETT en Europe ou les normes d'agrément de l'ACGME qui ont cours aux États-Unis). Depuis les années 1970, les associations provinciales de médecins résidents, qui agissent tant à titre de syndicats de résidents ou d'employés qu'à titre d'associations professionnelles, ont vu le jour dans chaque région du Canada. Ces organismes sont responsables de la négociation des conditions de travail des résidents et des médecins avec leur employeur respectif (les représentants des gouvernements ou des hôpitaux). Ensemble, les associations provinciales et les employeurs établissent des ententes qui régissent tous les aspects de la relation

employeur-employé et qui renferment notamment des stipulations liées à la rémunération, aux avantages sociaux et aux heures de travail. Au Canada, il n'existe aucune loi fédérale ni provinciale régissant les heures de travail des résidents.

Il existe actuellement huit associations provinciales au Canada et chacune mène ses propres négociations avec sa province ou sa région respective. Sept de ces huit associations de résidents font partie d'un même grand organisme, l'ACMR. Pour leur part, les résidents qui travaillent au Québec sont représentés par la FMRQ, un organisme indépendant de l'ACMR, mais qui œuvre tout de même en collaboration avec celle-ci.

**Le contexte au Canada est marqué d'une variabilité historique et géographique incroyable relativement aux conditions de travail dans lesquelles les résidents évoluent.**

Les contrats de travail des résidents, qui se négocient par province, sont marqués par d'importantes variations d'ordre historique, engendrées par l'évolution des ententes au fil du temps. À cela s'ajoutent des disparités tout aussi importantes en ce qui a trait à l'environnement de travail actuel des résidents, selon l'endroit au pays où ils travaillent.

Voici un bref résumé de ces changements :

ASPECT	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS
<p><b>Nombre maximal d'heures de travail consécutives</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évolution considérable : de nombreuses ententes antérieures des années 1980 ne stipulaient aucune durée maximale particulière. La plupart des ententes collectives actuelles stipulent un nombre d'heures maximal par quart d'environ 24-26 heures.</li> <li>Dans la plupart des cas, des dispositions permettent la création de plages horaires réservées au transfert des soins aux patients.</li> <li>Il y a cependant plusieurs exceptions à cette constante. Au Québec, la durée maximale des gardes a notamment été fixée à 16 heures à la suite d'une décision arbitrale en 2011. De plus, deux associations provinciales (la FMRQ et l'Association professionnelle des résidents et internes des provinces maritimes) ont négocié des ententes prévoyant des quarts de travail maximaux d'une durée moindre pour les résidents œuvrant en salle d'urgence.</li> </ul>
<p><b>Nombre maximal d'heures par semaine</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans de nombreuses anciennes ententes des années 1980, aucun nombre maximal d'heures par semaine n'était prévu ni stipulé. Encore de nos jours, deux des ententes les plus récentes ne font que préciser que le résident devrait effectuer un « nombre d'heures raisonnables » durant une semaine et ne précisent aucun nombre d'heures maximal.</li> <li>Les balisent varient considérablement d'une région à l'autre du pays, soit de 60 à 90 heures par semaine.</li> <li>Soulignons aussi des variations significatives : certaines associations provinciales permettent le calcul des heures selon une moyenne et il y a aussi des disparités d'une région à l'autre en ce qui a trait aux activités « comptabilisées » dans ces heures.</li> </ul>



ASPECT	RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS
<b>Heures de repos entre les quarts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plusieurs diraient que les dispositions liées aux heures de repos entre les quarts ont d'importantes incidences sur la capacité de récupération d'un résident entre les quarts, que l'écart entre ceux-ci soit fixé à une journée ou plus. Actuellement, seules trois associations provinciales sur huit prévoient un nombre minimal d'heures de repos entre les quarts consécutifs pour tous les résidents. Certains contrats prévoient des périodes de congé tous les 3 à 14 jours, mais ces dispositions n'excluent pas le risque qu'un résident se retrouve avec des quarts consécutifs entrecoupés de très peu de repos.</li> </ul>
<b>Fréquence des gardes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit depuis longtemps de l'un des aspects le plus souvent débattus de l'horaire des résidents.</li> <li>Désormais presque uniforme, la fréquence des gardes en établissement est généralement fixée à une journée sur quatre (1/4) et celle des gardes effectuées à domicile, à une journée sur trois (1/3). Ces normes actuelles constituent un virage par rapport aux ententes antérieures, qui prévoyaient presque uniformément une journée de garde sur trois en établissement et une journée sur deux hors du milieu hospitalier. Seule la FMRQ, qui prévoyait déjà les fréquences actuelles depuis 1980, faisait exception.</li> <li>La plupart des associations provinciales utilisent désormais une moyenne sur une période donnée pour déterminer la fréquence des gardes. Cette moyenne s'effectue sur une période d'environ un mois (c.-à-d. 28 jours). Cependant, deux associations provinciales calculent la moyenne de la fréquence des gardes à partir de la durée totale du stage du résident, qui peut varier de 4 à 12 semaines, selon le programme.</li> <li>Toutes les associations provinciales s'accordent cependant pour dire que, dans des circonstances normales, un résident ne doit jamais avoir à faire deux gardes consécutives en établissement, même si les heures effectuées dans de telles circonstances ne dépassaient pas le nombre maximal hebdomadaire prévu.</li> </ul>
<b>Recours en cas d'affectations dépassant les limites stipulées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diverses mesures peuvent s'appliquer en ce qui a trait à la gestion des affectations dépassant les heures maximales prévues et la fréquence permise pour les gardes. Parmi celles-ci, on relève la rémunération supplémentaire, l'arbitrage ou d'autres formes de rencontres visant à résoudre la situation.</li> </ul>

**Les délibérations canadiennes au sujet des heures de travail des résidents se concentrent typiquement sur le nombre d'heures consécutives plutôt que sur le nombre total d'heures travaillées.**

Dans le contexte de l'élaboration d'une politique sur les heures de travail des résidents, les décideurs doivent prendre soin de reconnaître qu'il y a une distinction fondamentale entre a) le nombre d'heures effectuées durant un quart de travail donné et b) le nombre total d'heures de travail effectuées au cours d'une période donnée, c.-à-d. le nombre maximal d'heures de

travail effectuées durant une semaine donnée. Au Canada, les délibérations liées aux heures de travail des résidents portent habituellement davantage sur le premier aspect, soit la durée maximale d'un quart de travail ininterrompu.

Tel que susmentionné, il s'agit là d'un élément ayant évolué considérablement dans les ententes collectives de tout le Canada. Bon nombre d'anciens contrats des années 1980 ne prévoyaient pas de durée maximale pour les quarts de travail ininterrompus alors qu'actuellement, la plupart des ententes collectives s'équivalent passablement à cet égard, prévoyant une



durée maximale de 24-26 heures. Cependant, comme l'indique le passage qui suit, une récente décision arbitrale a entraîné une diminution considérable de la durée maximale des gardes en milieu hospitalier au Québec.

Les faits et les recommandations figurant dans le présent rapport, de même que les travaux mis de l'avant durant tout le projet, sont généralement axés sur le nombre d'heures consécutives effectuées par les résidents, plutôt que sur le nombre maximal d'heures par semaine.

### **De récentes décisions arbitrales dans deux provinces canadiennes continuent de contribuer à l'évolution constante du paysage des heures de travail des résidents.**

#### **Les heures de travail des résidents au Québec**

En 2009, un grief a été déposé au Québec contre le Centre universitaire de santé McGill au motif que les gardes de 24 heures contrevenaient aux protections prévues par la Charte canadienne des droits et libertés en matière de conditions d'emploi et qu'elles compromettaient la sécurité des patients<sup>4</sup>. Par conséquent, les résidents du Québec ont migré vers de nouveaux systèmes de gardes conformes aux conditions imposées par la décision arbitrale. Comme cette transition vers un nouveau modèle d'organisation des gardes est très récente et qu'aucune analyse exhaustive des modifications n'est accessible pour le moment, nous reproduisons et reprenons en détail ci-dessous certaines leçons et perspectives préliminaires tirées de l'étude de cas du Québec, à des fins de réflexion. Cependant, soulignons que la décision arbitrale rendue au Québec ne vise que les heures consécutives de garde en établissement. En vertu de la décision rendue par Jean-Pierre Lussier en juin 2011, les résidents ne peuvent effectuer plus de 16 heures consécutives de garde en milieu hospitalier. Par conséquent, le gouvernement provincial et l'organisme responsable des résidents, la FMRQ, ont négocié une entente collective par l'entremise des mécanismes de négociation collective prévus afin de veiller à ce que les conditions de travail soient conformes à cette décision

arbitrale. La décision, cependant, ne stipulait aucun nouveau règlement pour les gardes effectuées à domicile et ne prévoyait aucune balise en ce qui a trait au *nombre total* d'heures effectuées par semaine.

### **Les droits de la personne ressortent comme principaux facteurs de la décision arbitrale au Québec.**

Le double impact sur la sécurité des patients et les droits de la personne est ressorti dans l'ensemble du dossier d'arbitrage et a été fréquemment pris en considération durant l'audience. Cependant, les droits de la personne ont occupé une place privilégiée dans la décision prise par Lussier et constituent le principal facteur. La décision arbitrale repose sur la conclusion de Lussier, suivant laquelle les gardes de 24 heures en milieu hospitalier contreviennent à la Charte canadienne des droits et libertés et à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, puisque de tels quarts de travail compromettent le droit d'une personne, résident ou patient, à la vie et à la sécurité personnelle, de même qu'à des conditions d'emploi équitables et raisonnables, pour le résident.

### **La transition vers de nouveaux horaires de travail est en cours.**

Même si quelques programmes au Québec utilisaient déjà un horaire de garde compatible avec les dispositions de la décision arbitrale avant qu'elle ne soit rendue, une majorité de programmes ont effectué la transition vers la nouvelle limite, qui stipule que toute garde en établissement doit être d'une durée maximale de 16 heures consécutives. Comme pour toute transition importante, il importe de reconnaître que ce virage nécessitera une période d'adaptation pour tous, y compris les résidents, les médecins exerçant la profession et tout autre professionnel de la santé. Comme ce changement est très récent, il faut aussi reconnaître que l'évaluation approfondie de ses répercussions demeure quelque peu limitée et qu'une appréciation longitudinale de ses incidences n'est pas encore possible.

<sup>4</sup> Les détails complets de cette décision figurant dans le dossier d'arbitrage accessible en ligne, au : [http://www.fmrq.qc.ca/PDF/2011-06-07\\_Griefhorairesgarde\\_DecisiondeMeJPLussier\\_VF.pdf](http://www.fmrq.qc.ca/PDF/2011-06-07_Griefhorairesgarde_DecisiondeMeJPLussier_VF.pdf)





**Il n'existe toujours pas de consensus global sur les incidences de l'arbitrage. Des défis et des avantages pour les soins aux patients comme pour la santé et le mieux-être des résidents ressortent de cette transition.**

Le virage provincial vers des quarts d'une durée maximale de 16 heures s'est révélé une tâche considérable au Québec. Jusqu'ici, les premières analyses de ces changements révèlent des divergences de points de vue entre différents intervenants, résidents et programmes de résidences en ce qui a trait aux répercussions de la décision arbitrale et des transitions connexes vers une diminution des heures consécutives de garde au Québec.

D'importants défis en ce qui a trait à la mise en œuvre de la décision arbitrale ont été relevés. Tous les programmes ont dû procéder à des ajustements pour le déploiement des résidents et l'élaboration des horaires de ces derniers aux fins des changements requis. Dans certains cas, la transition initiale vers le nouveau modèle a constitué un défi, ce qui a engendré une certaine résistance chez les résidents et les enseignants. Cela laisse supposer que du travail reste à faire pour atténuer certaines difficultés liées aux horaires et à la formation afin d'assurer une transition efficace et harmonieuse dans les disciplines nécessitant des soins très intensifs. Le nouveau modèle de 16 heures soulève des inquiétudes, car il pourrait avoir pour effet d'entraîner une éventuelle *augmentation* du nombre de changements de quarts dans certains programmes. Si tel est le cas, la nouvelle formule risque de rendre plus fréquente l'alternance entre les quarts de jour et les quarts de nuit, ce qui peut perturber l'horaire de sommeil des résidents. De plus, le transfert plus fréquent des soins aux patients selon le nouveau modèle pourrait accroître les risques d'erreurs médicales en raison d'une communication déficiente entre les professionnels de la santé ou les équipes de soins. Étant donné l'importance de processus de transfert solides, la FMRQ souligne que la formation dans ce domaine est et demeurera un aspect de plus en plus important dans le programme de formation des résidents.

Comme c'est le cas pour tous les changements importants, la démarche courageuse, novatrice et réfléchie de chacun des programmes a été un facteur déterminant dans la période de transition. De nombreux programmes de résidence ont fait de cette décision arbitrale sans précédent au Canada un levier pour la mise en œuvre d'innovations plus vastes et de changements positifs dans l'univers de la formation des résidents qui pourraient se traduire par des réussites encore plus importantes à la suite de la transition.

## Les heures de travail des résidents en Nouvelle-Écosse et dans les Maritimes

Une récente décision arbitrale en Nouvelle-Écosse risque aussi d'avoir des répercussions sur la réglementation liée aux heures de travail des résidents au Canada. En mars 2013, une décision arbitrale a été rendue en Nouvelle-Écosse afin de résoudre certaines problématiques liées aux conditions de travail et identifiées par les parties à l'entente collective régissant les résidents en médecine des Maritimes (l'Association professionnelle des résidents et internes des provinces maritimes, ou PARI-MP et six établissements de soins de santé désignés des Maritimes). Le conseil arbitral a entre autres accordé aux résidents des Maritimes des augmentations salariales annuelles de 1,5 % par semestre pour toute la période de renouvellement de l'entente collective, soit trois ans. Il a également appuyé certaines propositions de la PARI-MP en matière de congés de maternité, de congés parentaux, de congés de perfectionnement et de congés spéciaux.

Dans son appréciation du paysage juridique changeant des heures de travail des résidents, soulignons que le conseil arbitral affirme, par l'entremise de sa décision (rédigée par son président et appuyée par le représentant de la PARI-MP), que la question des heures de travail excessives constitue un important enjeu sous-jacent dans le cadre de cet arbitrage, même si elle n'a pas été directement abordée par les parties, et qu'elle a représenté un facteur clé dans le processus décisionnel du conseil. Le conseil a qualifié spécifiquement cette décision d'appel à l'action pour toutes les institutions participant à la mise en place et à la gestion du système de soins de santé au Canada. Dans son avis divergent, le représentant de l'employeur conclut que la question des heures de travail excessives n'avait pas été présentée au conseil et que la décision était injuste puisque les parties n'avaient pas eu la possibilité de présenter d'éléments de preuve à cet égard. Bien que l'analyse exhaustive de la situation en Nouvelle-Écosse aille au-delà de la portée du projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** », le comité directeur national affirme cependant qu'elle contribue à prouver que des négociations ont cours et que les délibérations liées aux heures de travail dans le cadre de la formation des résidents ont des répercussions juridiques.



**Le suivi constant des répercussions entraînées par les changements dans le domaine de la formation des résidents aura une importance fondamentale pour faire en sorte que toute la réglementation à venir au Canada soit fondée sur des données probantes.**

Les preuves préliminaires portent à croire que certains programmes mettent en œuvre des projets pilotes et que certains chercheurs mettent en place des outils visant à évaluer les répercussions des nouveaux horaires de garde. Cette nouvelle approche étant une première au Canada, le comité directeur national est d'avis que l'évaluation de ces changements sera déterminante pour s'assurer de l'optimisation des soins aux patients, de la sécurité des patients et de la qualité des résultats pédagogiques. De plus, ces changements doivent être évalués à l'aide d'un cadre d'évaluation tenant compte d'un ensemble de données à l'échelle nationale et permettant les comparaisons entre les régions.

### 3.1.3 Glossaire des heures de travail des résidents au Canada

Devant les disparités entre certaines interventions mises de l'avant pour modifier les heures de travail des résidents et la réglementation connexe et les importantes variations d'une région à l'autre en ce qui a trait à la terminologie couramment employée, comme les concepts de journée de travail, de garde à domicile, de cumul d'emplois et de garde de nuit, les principaux termes liés aux heures de travail des résidents ont fait l'objet d'une analyse.

Durant l'ensemble du projet, on a procédé à l'examen des principaux termes pour mieux comprendre les types d'activités faisant partie des « heures de travail des résidents » et pour alimenter le glossaire dont il est question plus haut. Ce travail a révélé que malgré une grande variation de certains termes d'une région à l'autre, d'autres termes font généralement consensus.

Voici un résumé de ces constatations :

**L'inclusion des activités cliniques et des activités académiques formelles dans les « heures de travail des résidents » fait généralement consensus.**

La notion « d'heures de travail des résidents » a été désignée comme étant un concept complexe renfermant plusieurs éléments. De façon générale, cependant, l'inclusion des activités académiques formelles dans ce concept fait consensus. Il importe de souligner que la plupart des sources liées à ce terme étaient américaines et que les sources canadiennes étaient, pour leur part, axées sur les mécanismes de réglementation, comme la limite d'heures de travail par semaine ou la fréquence des gardes en établissement.

**La démarche révèle que les notions de « service » et d'« apprentissage » sont assorties de définitions largement implicites.**

La démarche a révélé que les notions de « service » et d'« apprentissage » avaient généralement une définition implicite plutôt que manifeste. Par exemple, dans les ententes collectives de certaines associations provinciales, se retrouvent des dispositions sur la dichotomie service/apprentissage et des références à des concepts comme les soins aux patients, les connaissances et la collaboration. Le groupe de travail ayant réalisé l'étude a recommandé que l'on atténue la dichotomie entre ces deux concepts constituant le double rôle du résident, puisque le service suppose habituellement des éléments d'apprentissage et que l'apprentissage s'effectue à l'extérieur et à l'intérieur du contexte des soins cliniques. Ces termes ont plutôt été considérés comme des gradients dans le glossaire, comme le résume le livre blanc du Collège royal intitulé *Le double rôle du résident : apprendre tout en soignant*.

**Les notions de « cumul d'emplois » et de « permis restrictif-résident » variaient considérablement d'une région à l'autre.**

D'une région à l'autre, ces notions étaient comprises, interprétées, appliquées et définies différemment.



Devant l'absence de consensus, on a recommandé qu'elles soient exclues du glossaire et que celui-ci traite plutôt de « travail effectué à l'extérieur d'un programme de résidence avec un permis restreint ou un permis d'étudiant » et de « travail effectué à l'extérieur d'un programme de résidence avec un permis restrictif-résident ou un permis d'étudiant » et de « travail effectué à l'extérieur d'un programme de résidence avec un permis régulier (c.-à-d. un certificat dans une spécialité primaire). »

**Il y a consensus, en général, sur les notions de « journée de travail », de « garde à domicile », de « garde en établissement », de « conversion des gardes » et de « garde de nuit ».**

On a identifié une constante dans les définitions de ces termes d'une région à l'autre, malgré certaines légères nuances et variations. Par exemple, les sources canadiennes en ce qui a trait à la notion de « garde en établissement » renferment habituellement plus d'information que les sources américaines sur les mécanismes de réglementation. De plus, la notion de « garde de nuit », plus présente aux États-Unis, était définie par rapport à la raison d'être de sa mise en œuvre, soit en tant qu'outil d'organisation d'horaires visant à assurer le respect de la réglementation. La notion de « garde à domicile » s'est révélée comme étant strictement

d'usage canadien. On a procédé à l'harmonisation de définitions communes pour ces notions en particulier.

**Les notions de « permis par étapes », de « travail par quarts », de « heures effectuées après les horaires réguliers de travail » et de « heures de médecine totales » étaient rarement utilisées.**

Ces termes étaient rarement employés et n'étaient souvent utilisés que dans certaines régions. La notion de permis par étapes relève strictement du contexte canadien, alors que celle de travail par quarts, utilisée à l'occasion dans le contexte canadien, généralement dans le cadre de certaines ententes collectives d'associations provinciales, est définie de façon vague : « p. ex., service d'urgence, soins intensifs. » De plus, les notions d'heures effectuées après l'horaire de travail et d'heures de médecine totales étaient rarement employées au Canada comme aux États-Unis. Ces notions se sont révélées plus difficiles à définir.

Le but principal de cette étude consistait à alimenter la création d'un glossaire de termes, qui se révélera instructif aux fins de l'élaboration d'un énoncé pancanadien sur les heures de travail des résidents. Il sera utile de forger une compréhension commune de certaines notions fondamentales sera utile pour encadrer les discussions stratégiques à venir à propos des réformes visant les heures de travail des résidents.

L'adoption de la proposition de glossaire suivante aux fins du processus décisionnel et des délibérations entourant les heures de travail des résidents constitue un objectif clé du projet :

TERME	DÉFINITION
<b>Heures de travail des résidents</b>	Toutes les heures investies dans des activités cliniques et académiques prévues en lien avec le programme de résidence, c'est-à-dire : les soins aux patients (hospitalisés ou non), les tâches administratives liées aux soins aux patients, la prestation du transfert des soins aux patients, les heures passées en établissement durant les activités de garde et les activités d'apprentissage prévues, comme les séances d'enseignement structurées. Les heures de travail ne comprennent pas les périodes consacrées à la lecture, ni les heures passées à l'extérieur du contexte de travail.



TERME	DÉFINITION
<b>Service/ apprentissage</b>	<p><b>Service</b> : l'interaction professionnelle et clinique avec les patients et la prestation de soins cliniques, y compris des soins indirects; un important mode d'apprentissage pour les résidents et un volet essentiel de la formation des résidents.</p> <p><b>Apprentissage</b> : Dans le contexte de la formation des résidents, il s'agit de l'application de connaissances, de collaboration et de découvertes menant à l'acquisition des compétences et des attitudes nécessaires pour permettre aux résidents de devenir des médecins dévoués et compétents capables de servir les patients et la société dans laquelle ils fonctionnent. L'apprentissage comprend des activités formelles/structurées et des activités informelles et non structurées à l'intérieur et à l'extérieur de l'environnement où sont prodigués les soins cliniques.</p>
<b>Permis par étapes</b>	<p>Permis d'exercice de la médecine assujéti à des dispositions, à des limites, à des conditions ou à des restrictions. Ce type de permis s'applique souvent, au Canada, aux diplômés en médecine formés à l'étranger et est également connu sous le nom de « permis provisoire », « permis restrictif » ou encore « permis défini ».</p>
<b>Travail effectué à l'extérieur d'un programme de résidence avec un permis restrictif-résident ou un permis d'étudiant</b>	<p>Travail effectué par un résident à l'extérieur des activités formelles de son programme de résidence, avec un permis d'étudiant ou un permis restrictif-résident. À certains endroits, on parle plutôt de « cumul d'emplois » ou « d'enregistrement restreint ».</p>
<b>Travail effectué à l'extérieur d'un programme de résidence avec un permis régulier</b>	<p>Travail effectué par un résident à l'extérieur des activités formelles de son programme de résidence, avec un permis régulier. Ce terme s'applique aux résidents détenant un certificat dans une spécialité primaire et ayant un permis en bonne et due forme pour exercer la médecine dans leur discipline primaire. Dans certaines régions, on peut parler plutôt de « cumul d'emplois ».</p>
<b>Journée de travail</b>	<p>Une journée de travail habituelle fait normalement référence à du travail effectué du lundi au vendredi, généralement entre 7 h et 18 h et n'excédant généralement pas douze (12) heures consécutives.</p>
<b>Garde à domicile</b>	<p>Services cliniques ou disponibilité immédiate pour de tels services, prodigués par un résident au-delà des heures de travail habituelles alors que le résident n'est pas tenu de demeurer à l'hôpital. Le résident peut devoir retourner à l'hôpital au besoin, ce qui est souvent réglementé (voir « conversion des gardes »). La garde à domicile est parfois désignée sous le nom de « garde hors du milieu hospitalier » ou de « garde hors de l'établissement ».</p>
<b>Garde en établissement</b>	<p>Service de garde dans le cadre duquel le résident doit être immédiatement disponible pour offrir des services cliniques au-delà des heures de travail régulières et doit demeurer à l'hôpital durant la période visée. On parle également de « garde en milieu hospitalier ».</p>
<b>Conversion des gardes</b>	<p>Changement rétroactif apporté à l'horaire d'un résident, ayant pour effet de modifier une garde hors du milieu hospitalier en une garde en établissement lorsque le résident effectuant un service de garde hors du milieu hospitalier doit se rendre à l'hôpital pour y travailler. Une telle conversion s'effectue habituellement sur la base de plus de quatre (4) heures consécutives en établissement durant la période de garde, dont plus d'une heure complète après minuit et avant 6 h.</p>



TERME	DÉFINITION
<b>Travail par quarts</b>	Pratique typique d'organisation horaire dans les services d'urgence et les unités de soins intensifs, où les médecins se succèdent par bloc horaire établi, suivant un certain modèle, afin d'offrir un service 24 heures sur 24, sept jours sur sept.
<b>Heures effectuées après les horaires réguliers de travail</b>	Travail habituellement effectué à l'extérieur de la journée de travail régulière (voir « <a href="#">journée de travail</a> »).
<b>Gardes de nuit</b>	Stage de résidence dans le cadre duquel un ou plusieurs résidents sont affectés à un ou des quarts de travail de nuit, comme modèle de couverture, pour assurer la continuité des soins et le respect des restrictions liées aux heures de travail. L'horaire des gardes de nuit, qui prévoit habituellement des nuits consécutives de 10-12 heures ou des nuits plus longues en alternance (débutant parfois à 20 h ou après cette heure du lundi au samedi et à 22 h ou après cette heure le dimanche). Dans certaines régions, p. ex., au Québec, on l'appelle également « garde de nuit en établissement ».
<b>Heures de médecine totales</b>	Terme utilisé par PAIRO, indiquant que les exigences en matière de service et d'apprentissage liées à la résidence transcendent considérablement la somme des tâches cliniques habituelles et des heures de garde. Ces exigences considérables peuvent varier d'un programme à l'autre, mais comprennent généralement des responsabilités comme la participation à la recherche, l'appropriation de tous les rôles CanMEDS, la préparation de cas, l'étude en vue des examens, l'autoapprentissage, la préparation de tournées, l'enseignement, les tâches administratives et les déplacements liés à la résidence. Le fait de considérer ces heures sous l'angle des « heures de médecine totales » met en évidence les aspects exclusifs de la résidence ayant des répercussions en matière de fatigue et de rendement.

## 3.2 Évaluation des répercussions des heures de travail des résidents

L'un des principaux objectifs de ce projet supposait la cueillette et la synthèse d'écrits portant sur les thèmes fondamentaux liés aux heures de travail des résidents, dans le but d'évaluer les répercussions des heures de travail des résidents.

Plusieurs paramètres doivent être reconnus à titre de recommandations et d'éléments fondamentaux ayant des répercussions sur les constatations tirées de ce projet. D'abord, bien qu'il existe de nombreux écrits sur les heures de travail

des résidents, ces écrits sont de qualité variable, sont parfois divergents et proviennent souvent des États-Unis et de l'Europe. Ces ouvrages ne traduisent pas toujours la réalité des heures de travail des résidents dans le paysage particulier du Canada ou ne peuvent entièrement s'y appliquer. Deuxièmement, tous les principaux domaines d'intérêt étudiés par l'entremise de ce projet sont multidimensionnels et profondément intégrés à des systèmes de formation médicale et de soins médicaux complexes. Il peut devenir difficile d'isoler tout changement visant uniquement les heures de travail des résidents. Troisièmement, la mise en œuvre d'éventuelles interventions ou de règlements sur les heures de travail des résidents prend une grande diversité de formes et d'approches, qui auront vraisemblablement des répercussions, des avantages et des désavantages variables.



Devant ces trois importants défis liés à la réalisation d'une revue de la littérature dans ce contexte et à la lumière de la grande valeur des contributions des intervenants, les principales autorités et les experts œuvrant au sein du processus global entourant le projet « **À la recherche d'un consensus pancanadien sur les heures de travail des résidents** » ont priorisé quelques activités visant à colliger des données analytiques significatives et à faire en sorte que les efforts déployés pour établir un processus de concertation soient à l'image des compétences diverses du milieu universitaire, des participants et des intervenants qui s'investissent dans la formation des résidents. À la suite de la synthèse des conclusions de notre évaluation, de la compilation de recensements systématiques des écrits, des travaux de six groupes d'experts, de données recueillies par l'entremise du sondage national visant essentiellement la situation canadienne et de délibérations d'experts lors d'une conférence de deux jours, sept constatations fondamentales se dégagent des recherches menées durant le projet, soit :

### **1. Les périodes de travail traditionnelles présentent des risques à la santé physique, mentale et professionnelle des résidents.**

Les heures de travail des résidents font l'objet de nombreux débats à l'échelle nationale et internationale pour diverses raisons. Au centre de ces débats figurent des préoccupations soulevées par rapport aux modèles de garde « traditionnels », c'est-à-dire les approches non assujetties à de récentes réformes, réglementations ou restrictions. Typiquement, les modèles de garde dits « traditionnels » sont ceux qui supposent 24 heures consécutives de travail ou plus sans période de sommeil réparateur. L'une des principales inquiétudes soulevées par rapport à ces horaires est liée aux répercussions sur la santé physique, mentale et professionnelle des personnes qui prodiguent des soins aux patients. De telles préoccupations ont stimulé la mise en œuvre de réformes d'ordre international et national. À cet égard, soulignons particulièrement la mise en œuvre de la Directive européenne sur le temps de travail (DETT) dans l'ensemble de l'Europe, dans le but déclaré de réduire les heures de travail excessives pour tous les employés, et non seulement pour ceux qui œuvrent dans un contexte clinique ou dans un cadre où intervient la variable de la sécurité des patients. Dans les provinces canadiennes du Québec et de la Nouvelle-Écosse,

de récentes décisions arbitrales concluent que les modèles de garde traditionnels sont préjudiciables à la santé et au bien-être des résidents.

Les données sur la santé et le mieux-être des résidents sont généralement conceptualisées en trois domaines : la santé mentale, la santé professionnelle. Dans chacun de ces domaines, force est de reconnaître qu'il existe de profondes différences entre les personnes, ce qui se traduit par des répercussions variables de la fatigue d'un individu à un autre. Pour ce qui est de la santé mentale, les études démontrent effectivement qu'un nombre élevé d'heures de travail multiplie les risques d'épuisement professionnel (Fletcher et coll., 2011; Bhanaker et Cullen, 2003; Lefebvre, 2012; Mountain et coll., 2007) nuisant, par conséquent, à la qualité de vie (Henning, Hawken et Hill, 2009).

Pour ce qui est de la santé physique, on constate des liens entre les longues heures de travail et certains symptômes physiques menaçant la santé des résidents. Les répercussions de la privation de sommeil sur les symptômes physiques sont bien documentées par des données probantes (Lefebvre, 2012; Peets et Ayas, 2012) et des études systématiques démontrent aussi le lien entre la privation de sommeil et l'accroissement des risques d'apparition de problèmes de santé comme l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires (Czeisler, 2009; Bhanaker et Cullen, 2003). La sécurité personnelle figure également parmi les risques importants associés aux longues heures de travail. En effet, des études systématiques concluent que les risques d'accident de véhicule automobile sont plus élevés chez les résidents effectuant plus d'heures de travail (Lockley et coll., 2006, Parthasarathy, 2005). Il en va de même pour les risques de blessures percutanées (par piqûre d'aiguille) (Mountain et coll., 2007). Une proportion de 70 % des résidents ayant participé à un sondage réalisé dans le cadre de ce projet déclare se retrouver en état de privation de sommeil durant de longues périodes. La majorité (67 %) des résidents recourent à la caféine pour se tenir éveillés, alors qu'un très faible pourcentage utilise d'autres médicaments à cette fin. Une proportion de 20 % des résidents ayant répondu au sondage déclare notamment



faire usage de somnifères. Cependant, la majorité des répondants déclarent ne pas avoir été impliqués dans des quasi-accidents automobiles (75 %), ni d'avoir eu d'accidents automobiles à proprement parler (98 %) ni d'avoir subi de blessures ou d'accidents de nature personnelle au travail (98 %) au cours d'une période de quatre semaines.

## 2. La fatigue diminue le rendement cognitif et altère le comportement.

Les ouvrages sur l'étude du sommeil s'accordent généralement pour dire que la privation de sommeil et la fatigue ont d'importantes répercussions sur le rendement cognitif et le comportement. De nombreuses études systématiques en arrivent aux mêmes conclusions en ce qui a trait aux conséquences négatives de la privation de sommeil sur le rendement (Bhananker et Cullen, 2003; Czeisler, 2009; Ellenbogen, 2005; Heins et Euerle, 2002), faisant état d'une diminution significative du rendement cognitif et comportemental, de même que des répercussions négatives sur le traitement cognitif (Ellenbogen, 2005).

Des répercussions aussi négatives s'expliquent comme suit : la privation de sommeil se répercute négativement sur le rendement au travail en raison des effets négatifs de la fatigue sur « les interactions avec les patients et leur famille, l'empathie, les habiletés motrices, l'efficacité, la précision et les taux d'erreurs médicales » (Papp, Miller et Strohl, 2006). On souligne aussi que la privation de sommeil entraîne des « perturbations » d'ordre émotif et cognitif susceptibles de compromettre le rendement (Tyssen et Vaglum, 2002).

Les effets négatifs de la fatigue sur le rendement ont d'autres conséquences. D'abord, étant donné que le manque de sommeil et la fatigue se répercutent négativement sur les taux d'erreurs médicales, les chercheurs craignent que de telles répercussions puissent avoir une incidence néfaste sur la santé des patients. À cet égard, comme en fait état le passage qui suit, les preuves sont moins évidentes. Deuxièmement, on craint également que les effets négatifs de la fatigue puissent aussi avoir d'importantes répercussions sur le traitement cognitif et, par conséquent, sur la rétention des connaissances, ce qui est d'autant plus inquiétant que les heures de travail ne sont pas que des heures de service,

mais également des heures de formation essentielles à la prestation de soins de santé sécuritaires et compétents pour les années à venir. Les répercussions de cet ordre sont abordées dans la section traitant des conséquences de la fatigue sur le rendement académique ci-dessous (voir la 6<sup>e</sup> constatation).

## 3. Un médecin fatigué n'est pas forcément un médecin dangereux.

La sécurité des patients revêt une importance primordiale dans la prestation des soins de santé. La profession a le devoir de veiller à ce que tous les professionnels soient en mesure de maintenir les normes de sécurité les plus élevées dans le cadre de leurs activités cliniques. L'un des principaux éléments de délibération en ce qui a trait aux heures de travail des résidents porte sur les liens entre les heures de travail des résidents, la fatigue et la sécurité des patients.

Malgré les écrits portant sur les répercussions de la fatigue sur le rendement, aucun consensus clair ne se dégage quant à la relation entre, d'une part, la fatigue et, d'autre part, les erreurs médicales et la sécurité des soins prodigués aux patients. Cette absence de consensus est peut-être attribuable à la grande multiplicité de facteurs qui se répercutent sur la sécurité des patients. La fatigue est un facteur fondamental pouvant éventuellement être préjudiciable si elle entraîne des erreurs médicales, bien sûr, mais l'incidence ultime de la fatigue sur la sécurité des patients est compliquée par d'autres facteurs considérés comme ayant des conséquences sur la sécurité des patients. Bien qu'intuitivement, on puisse être porté à croire que les médecins effectuant moins d'heures de travail sont moins fatigués et commettent moins d'erreurs, favorisant ainsi l'amélioration des soins aux patients, d'autres facteurs connexes peuvent prendre plus d'importance et avoir une incidence encore plus importante sur la sécurité des patients en général. L'augmentation du nombre de transferts entre médecins, la qualité de ces transferts, le degré et la qualité de l'encadrement ainsi que d'autres facteurs externes comme les horaires, la continuité des soins offerts par une équipe multidisciplinaire et même les différences



dans la prestation des soins de santé d'un établissement à l'autre sont autant de facteurs qui contribuent, de façon générale, à la sécurité des patients et aux résultats obtenus chez les patients (Henning, Hawken et Hill, 2009).

Certains de ces facteurs peuvent notamment soulever plus de préoccupations si la réglementation ou les changements liés aux heures de travail des résidents entraînent une augmentation du nombre de transferts ou s'ils ont des répercussions négatives sur la continuité des soins.

Même s'il est reconnu que les résidents en état de fatigue risquent de commettre plus d'erreurs et d'avoir plus d'accidents, les répercussions à plus longue échéance de tels accidents sur la sécurité des soins prodigués aux patients demeurent incertaines. Bien que l'IOM ait reconnu que les résidents en état de fatigue risquent de commettre plus d'erreurs et d'avoir plus d'accidents, le groupe d'experts de l'Institut estime moins concluantes les données ayant trait aux répercussions sur les patients. On relève, en effet, qu'il y a « tout simplement trop peu de données » pour permettre une estimation fiable de la mesure dans laquelle ces erreurs se répercutent sur les patients et leur sont préjudiciables (IOM, 2009).

Le sondage national lancé dans le cadre de ce projet renfermait des questions visant à recueillir les perceptions des résidents en ce qui a trait à leurs propres erreurs médicales, le cas échéant, sur une période de quatre semaines. À la question portant sur la plus récente période de quatre semaines, 89 % des résidents ayant participé au sondage ont indiqué n'avoir commis aucune « erreur médicale grave risquant de causer du tort à un patient en raison d'un manque de sommeil » et une proportion encore plus importante de répondants, 98,5 %, indiquent n'avoir commis aucune « erreur médicale grave ayant causé du tort à un patient en raison d'un manque de sommeil. » De telles données, pouvant sans doute s'accompagner de certaines limites puisqu'elles ont été recueillies auprès des intéressés eux-mêmes et qu'elles portent sur une période limitée, corroborent néanmoins les écrits qui font état de conclusions semblables.

#### **4. Il n'existe pas de données concluantes prouvant que des restrictions d'heures de travail consécutives des résidents sont nécessaires pour assurer la sécurité des patients.**

Comme l'indique le présent rapport, la réglementation liée aux heures de travail des résidents suscite beaucoup de débats à l'échelle nationale et internationale. Les préoccupations liées à l'incidence de la fatigue sur la sécurité des patients sont ressorties comme étant l'une des diverses raisons fondamentales de la mise en œuvre de réformes visant les heures de travail des résidents dans des pays comme les États-Unis.

Les réformes visant les heures de travail des résidents sont apparues comme des outils de choix pour améliorer ou protéger la sécurité des patients. Cependant, les premières évaluations de ces outils révèlent qu'ils ne sont peut-être pas d'une grande efficacité. Pour évaluer la relation entre les heures de travail consécutives et la sécurité des patients, on a fréquemment recours aux indicateurs suivants : erreurs préjudiciables, événements indésirables, erreurs cliniques, erreurs précliniques et erreurs liées aux analyses de laboratoire. Bon nombre des études systématiques évaluées dans le cadre de ce projet concluent que la réforme des heures de travail a peu de répercussions, voire aucune, sur les normes liées aux soins prodigués aux patients et sur les effets constatés chez les patients (Moonesinghe et coll. 2011; Olson, Drage et Auger, 2009; Schenarts, Anderson, Schenarts et Rotondo, 2006).

Ces recherches comportent évidemment des limites. La sécurité des patients est un aspect d'une incroyable complexité et force est d'admettre qu'il est très difficile d'évaluer les réformes liées aux heures de travail des résidents en tant que conséquence exclusive de ces mesures aux fins d'une étude précise et directive. De façon plus particulière, plusieurs études signalent que le manque de données de qualité adéquate (Moonesinghe et coll., 2011) ou en quantité suffisante (Baldwin et coll., 2011; Curet, 2008; Fletcher et coll., 2004; Lockley et coll., 2006; Mountain et coll. 2007) compliquait l'élaboration d'énoncés probants sur la relation entre la réduction des heures de travail et la sécurité des patients.





Devant le manque d'uniformité des preuves recueillies jusqu'ici en ce qui a trait aux véritables répercussions des heures de travail consécutives ou aux effets préventifs des nouvelles réformes sur la sécurité des patients, les décideurs doivent porter une attention particulière aux facteurs confusionnels pouvant être exacerbés par les réformes des heures de travail des résidents.

**5. Les efforts visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire la fatigue des résidents devront être exhaustifs et comprendre plus que la réglementation sur les heures de travail des résidents.**

La sécurité des patients et la fatigue chez les résidents sont deux aspects complexes et multidimensionnels reconnus comme étant influencés non seulement par les heures de travail des résidents, mais par divers autres facteurs. Dans le cas de la fatigue, le rapport de l'IOM fait état d'autres facteurs, comme « un manque de personnel et une trop grande charge de travail au sein du milieu de travail et d'apprentissage, un encadrement insuffisant, la santé mentale, le degré de compétence et de connaissance, la complexité de l'état clinique du patient, des problèmes de communication entre les membres de l'équipe, des barrières linguistiques avec les patients et des défaillances inhérentes au système » (IOM, 2009) ayant un lien avec l'enjeu de la sécurité globale des patients. Aucune preuve ne démontre qu'il puisse être efficace de ne viser que la fatigue, en excluant tous les autres facteurs possibles, en vue de l'amélioration de la sécurité des patients. Bien que les heures de travail des résidents soient souvent évoquées et considérées en tant qu'indicateur de fatigue, soulignons que la fatigue elle-même subit aussi les effets de divers grands facteurs, dont le sommeil, la charge de travail la perturbation du rythme circadien et d'autres facteurs individuels. À cet égard, certains des facteurs énumérés plus haut (comme le manque de personnel, la lourdeur de la charge de travail et le manque d'encadrement) peuvent influencer le niveau de fatigue dans son ensemble, à l'instar d'autres facteurs, comme les aspects particuliers de l'organisation horaire (c.-à-d. l'heure des quarts) pouvant aussi se répercuter sur la fatigue des résidents.

Si l'on accepte le fait que les heures de travail des résidents ne représentent pas l'unique facteur ayant une incidence sur le degré de fatigue ou sur la sécurité des patients, il s'ensuit nécessairement que les initiatives visant exclusivement l'évaluation, la réglementation ou la restriction des heures de travail des résidents sont peu susceptibles d'entraîner, à elles seules, des résultats positifs à cet égard. Les heures de travail des résidents ne sauraient être traitées comme une panacée pour engendrer des améliorations positives en ce qui a trait à la sécurité des patients et au degré de fatigue.

**6. Il n'y a pas de données claires démontrant que la réglementation sur les heures de travail des résidents a eu une incidence positive ou négative sur le rendement académique.**

Le système de formation des résidents doit faire en sorte de former des professionnels de la médecine et de la chirurgie hautement qualifiés et compétents capables de prodiguer d'excellents soins de santé. Le rendement et les résultats académiques durant la formation doivent être reconnus comme des indicateurs au fil d'un processus évolutif menant à l'ultime objectif de la formation des résidents : préparer les médecins en formation à exercer la profession de façon autonome et veiller à ce que les médecins et les chirurgiens du Canada soient bien préparés à prodiguer le niveau de soins que mérite la population du pays.

Devant l'importance des résultats en matière de formation médicale, une évaluation des répercussions des heures de travail des résidents sur le rendement académique est fondamentale. Le nombre d'heures total ou le nombre d'heures consécutives travaillées des résidents est l'un des nombreux facteurs susceptibles d'avoir des répercussions sur la formation médicale. Outre l'évaluation des conséquences des heures de travail des résidents et de l'incidence de la fatigue sur la rétention des connaissances, il importe également de considérer les indicateurs de résultats préalables et ultérieurs aux règlements liés aux heures de travail des résidents. Parmi ces facteurs figurent



les possibilités de formation, les objectifs d'apprentissage, la richesse éducative des tâches, les résultats aux examens, ainsi que l'accès et l'expérience en situation opératoire. En raison, peut-être, de ces multiples facteurs, les preuves actuelles liées à l'incidence particulière des heures de travail des résidents sur le rendement académique n'ont pas démontré que la réglementation, à elle seule, pouvait avoir eu d'importantes répercussions, positives ou négatives, sur les résultats académiques dans leur ensemble.

Dans l'univers de la formation médicale, l'une des principales préoccupations liées aux heures de travail des résidents est l'incidence de celles-ci sur la fatigue et, subséquemment, sur la rétention des connaissances, donc sur les résultats académiques. Effectivement, certaines études ont démontré que les modifications et les restrictions liées aux heures de travail des résidents rehaussent les processus cognitifs complémentaires à la consolidation des apprentissages et de la mémoire (Czeisler, 2009; Ellenbogen, 2005; Papp, Miller et Strohl, 2006). Cependant, cette fois encore, le défi des relations multidimensionnelles refait surface et vient mettre en doute cette conclusion. Il faut reconnaître que les répercussions globales des heures de travail et les règlements liés à la formation médicale reposent sur l'incidence de divers autres facteurs, comme la relation entre les heures de travail des résidents et la fatigue, le degré d'encadrement avant et après les changements ayant trait à certains aspects de l'environnement de travail, les capacités du résident lui-même et un éventuel changement des heures cliniques, entre autres. Il n'est peut-être pas étonnant, à la lumière d'une telle convergence et de « l'interconnectivité des thèmes et des éléments de l'environnement de soins et d'apprentissage clinique » (Philibert, 2012) que les écrits en matière de formation médicale soient mitigés et non concluants (Boex and Leahy, 2003; Fletcher, Reed et Arora, 2011; Levine, Adusumili et Landrigan, 2010; Moonesinghe et coll. 2011; Philibert, 2012). Dans certains cas, les résultats d'examens servent comme indicateurs des résultats de l'efficacité du système de formation. Plusieurs études utilisant des résultats d'examens révèlent des données mitigées (Fletcher et coll., 2011; Fletcher, Reed et Arora, 2010; Peets et Ayas, 2012). De même, le rapport de l'IOM

concluait que l'ensemble des effets de la réglementation mise en œuvre par l'ACGME en 2003 en matière de formation médicale manquait toujours de précision cinq ans après son instauration (2009).

De plus, certains programmes de formation des résidents ont aussi lancé des innovations en matière d'enseignement et d'apprentissage de la médecine, souvent en tandem avec des limites liées aux heures de travail des résidents. Des facteurs et des changements de cet ordre compliquent la capacité des chercheurs de cibler et d'isoler les répercussions des seuls règlements et changements liés aux heures de travail des résidents.

Comme dans le cas des cinq autres domaines thématiques, mais peut-être même davantage dans l'univers de la formation médicale et des heures de travail des résidents, force est de reconnaître qu'il y a également un manque flagrant de données canadiennes sur le sujet et que les recherches effectuées à cet égard ne sont généralement pas d'une grande qualité méthodologique.

#### **7. Des données probantes suggèrent que, en chirurgie, la restriction des heures de travail des résidents entraînerait des résultats sous-optimaux en matière de soins aux patients et de formation.**

Les recherches portant sur l'incidence des heures de travail des résidents font ressortir des conséquences diverses et hétérogènes en ce qui a trait à plusieurs résultats dans différentes disciplines. Même si, tel que décrits, les résultats pour l'ensemble des disciplines sont habituellement assez mitigés et peu concluants pour les six indicateurs étudiés dans le cadre de ce projet, soulignons que des préoccupations (preuves suggérant des résultats sous-optimaux en matière de formation et de soins aux patients) plus importantes et plus fréquentes sont exprimées dans les services de chirurgie et d'hospitalisation de soins aigus, comme dans les unités de soins intensifs. Ces écrits justifient des recherches et des évaluations supplémentaires, puisqu'ils suggèrent l'éventuelle nécessité de travailler davantage à l'élaboration de stratégies visant à préserver l'accès à d'importantes possibilités d'apprentissage et à assurer la



continuité des soins prodigués aux patients dans le contexte de la réglementation des heures de travail.

De façon plus particulière, les résultats liés aux soins prodigués aux patients et à la formation médicale peuvent être influencés différemment dans le domaine de la chirurgie par rapport aux autres disciplines. En ce qui a trait aux soins aux patients, les récentes analyses n'ont pas révélé d'amélioration considérable des soins aux patients ni des taux de mortalité en chirurgie à la suite de l'imposition de limites aux heures de travail (IOM, 2009; Jamal et coll., 2012). Cependant, l'analyse systématique de Jamal a révélé une augmentation des effets indésirables chez les patients à la suite d'interventions chirurgicales d'urgence. De plus, à la lumière de nombreuses études, les règlements visant les heures de travail des résidents auraient des répercussions négatives sur les résultats des interventions chirurgicales chez les patients. (Hoh, 2012; Dumont, 2012; Kaderli, 2012; Poulouse, 2005; Browne, Cooke et coll., 2009; Gopaldas, Chu et coll., 2010).

Dans le domaine de l'enseignement et de la formation, le défi est plus grand dans le cas des disciplines interventionnelles (Moonesinghe et coll., 2011). Ce défi lié à la nature de l'exercice de la chirurgie est influencé par le degré d'occupation des services d'hospitalisation, la prestation de soins d'urgence à des heures imprévisibles et par le temps nécessaire à l'exercice du jugement et pour maîtriser les aspects techniques dans le cadre de la tâche. Certains écrits invoquent la diminution de l'exposition à des chirurgies depuis la mise en œuvre de règlements limitant les heures de travail des résidents (Kairys et coll., 2009; Sabada et Urso, 2011). D'autres chercheurs n'ont pas trouvé de lien entre le volume d'interventions et les limites imposées en matière d'heures de travail (Jamal et coll., 2011; IOM, 2009); bien qu'une partie de ces études porte principalement sur le volume d'interventions, sans évaluer, par ailleurs, la combinaison de cas appropriée, la période périopératoire et les possibilités didactiques non opératoires (IOM, 2009). Un autre élément fondamental est l'exposition des médecins en formation à des interventions chirurgicales inhabituelles, rares et urgentes. Une approche mieux adaptée pourrait se révéler plus appropriée.

Des innovations en matière de soins aux patients et de formation médicale dans le contexte des soins aigus pourraient favoriser une formation rigoureuse, la santé et le mieux-être des résidents, de même que les soins aux patients. Parmi ces innovations, relevons :

- *une meilleure protection du sommeil des résidents la nuit;*
- *l'utilisation de programmes de simulation validés pouvant abréger la courbe d'apprentissage dans le cas des volets plus routiniers et plus répétitifs des opérations;*
- *la formation et l'évaluation fondées sur les compétences;*
- *la réorganisation des ressources en salle d'opération pour accroître l'accès à des chirurgies d'urgence le jour;*
- *l'optimisation des périodes passées dans l'environnement clinique pour mettre davantage l'accent sur les activités pédagogiques à haut rendement et sur la prestation de soins nécessaires du point de vue médical, surtout pour les nouveaux résidents.*

Au Canada, selon le sondage lancé dans le cadre du présent projet, 73 % des résidents en chirurgie ayant participé estiment que leurs possibilités actuelles en matière de formation interventionnelle sont adéquates ou très adéquates. Bien que cela soit prometteur pour l'avenir des heures de travail des résidents au Canada, d'éventuelles limites en matière d'heures de travail risquent de se répercuter sur les possibilités de formation et, par conséquent, sur les résultats de la formation en chirurgie, ce qui demeure une préoccupation commune. Des inquiétudes semblables pourraient notamment se révéler justifiées pour d'autres spécialités appelées à œuvrer dans les services d'hospitalisation de soins aigus, comme les unités de soins intensifs.

**8. La réglementation sur les heures de travail des résidents nécessite une réorganisation du déploiement des ressources humaines de la santé et des modèles de prestation de soins. Ces modifications peuvent avoir une incidence sur le système de soins de santé.**



Le double rôle des résidents, soit l'apprentissage et la prestation des soins de santé, se traduit par deux tâches complémentaires, mais distinctes, toutes deux assorties de coûts et d'avantages en lien avec les heures de travail des résidents. Globalement, ceux-ci comprennent les ressources nécessaires à la prestation de l'enseignement et de la formation, de même que les importants services assurés par les résidents en milieu hospitalier, moyennant un encadrement approprié. Des changements en ce qui a trait à la durée des quarts de travail consécutifs ou au maximum d'heures de travail entraîneront forcément une réorganisation du déploiement des ressources humaines de la santé et des modèles de prestation des soins. Étant donné que la nature exacte de telles réorganisations et le résultat net qu'elles auraient sur les besoins en matière de ressources reposeraient, subséquemment, sur les ajustements spécifiques apportés aux heures de travail des résidents, l'incidence des réformes visant les heures de travail des résidents pourrait se révéler importante. De plus, soulignons que des changements liés aux heures de travail des résidents risquent d'avoir des répercussions financières *à la hausse et à la baisse* sur les systèmes de santé. Autrement dit, les facteurs et les modifications visés par d'éventuelles réformes des heures de travail des résidents risquent de donner lieu à des pressions pour l'embauche de professionnels de la santé supplémentaires dont la rémunération serait plus élevée. Par contre, il est reconnu que de telles répercussions financières pourraient être atténuées par d'autres facteurs : les soins pourraient être prodigués plus efficacement par des équipes bien conçues ou à la suite d'un allègement des processus, ou d'autres initiatives de réduction des coûts qui permettraient au système de réaliser d'autres économies. Les répercussions nettes des heures de travail des résidents sont, à ce titre, difficiles à prévoir.

Des renseignements obtenus d'autres régions suggèrent que des efforts s'imposent pour réévaluer et réorganiser le modèle de prestation des soins de santé, notamment par le lancement d'innovations dans les modèles de prise en charge, par le recours à d'autres professionnels de la santé et par la prise en considération de la nature et de la portée du travail, particulièrement en ce qui a trait au travail effectué à l'extérieur de l'horaire régulier. Par exemple, les programmes « Hospital at Night » du Royaume-Uni ont été élaborés à la suite de la mise en œuvre des exigences

de la DETT et visaient principalement à combler les plages horaires où les médecins étaient moins présents. De telles initiatives ont fait appel à l'utilisation d'équipes multidisciplinaires hautement performantes, d'une redéfinition du déroulement de l'organisation du travail afin d'éliminer les tâches non essentielles la nuit et la fin de semaine, des protocoles harmonisés pour le transfert des soins et l'organisation des horaires, l'utilisation d'outils de triage automatisés pour la mise en œuvre de niveaux de soins ascendants et une disponibilité accrue de médecins d'expérience. Les preuves révèlent de solides résultats à la suite de la mise en œuvre du programme « Hospital at Night », l'aspect le plus impressionnant étant le maintien ou l'amélioration de résultats cliniques typiques, allant des taux de mortalité aux effets indésirables, en passant par les complications chirurgicales (Mahon et coll., 2005). Même s'il existe entre les systèmes de soins de santé du Canada et du Royaume-Uni et que de telles améliorations ne sont peut-être pas directement transférables, le programme « Hospital at Night » devrait néanmoins être perçu comme un incitatif et un facteur de motivation. Il importe de miser sur les discussions entourant les heures de travail des résidents pour catalyser les innovations et la réorganisation.

Toutes les modifications apportées au système devraient s'accompagner d'une planification rigoureuse et des affectations de ressources nécessaires pour faire en sorte qu'elles soient conçues et mises en œuvre afin d'améliorer l'apprentissage des résidents de même que de rehausser la sécurité et la qualité des soins. La réglementation en matière d'heures de travail des résidents est souvent envisagée dans l'intention d'améliorer la sécurité des patients ou la qualité des soins. Cependant, en l'absence d'une planification méticuleuse et d'affectations de ressources, la réglementation liée aux heures de travail des résidents risque de réduire, par inadvertance, la sécurité et la qualité des soins par l'entremise de facteurs comme la multiplication des transferts de soins, l'interruption des soins et la diminution de l'encadrement des médecins en formation. Un tel risque, particulièrement inquiétant en lui-même, nécessite une attention particulière en cette époque marquée par des pressions accrues sur les ressources financières du système de soins de santé et par un engagement parallèle d'assurer aux patients canadiens des soins exceptionnellement sécuritaires et gérés de façon responsable.



## 4.0

# La voie à suivre pour le Canada



Comme le présent rapport l'a maintes fois mentionné, les heures de travail des résidents font l'objet de grands débats à l'échelle nationale et internationale et, par conséquent, un certain nombre de mesures stratégiques ont été mises en œuvre dans diverses régions. Dans certains pays, comme aux États-Unis, une législation contraignante a été adoptée par un organisme national non gouvernemental (l'ACGME). Ailleurs, comme en Australie, la réglementation prend la forme de recommandations et non d'une législation ayant force exécutoire et met l'accent sur l'atténuation de la fatigue et des risques qui en découlent.

Ce projet visait la poursuite de deux objectifs interreliés perçus comme étant essentiels pour l'avenir des heures de travail des résidents : d'abord, colliger les preuves accessibles et deuxièmement, arriver à un consensus pancanadien sur la voie à suivre pour les heures de travail des résidents au Canada. À cet égard, nous centrons maintenant notre attention sur l'évaluation de diverses options et solutions stratégiques pouvant se révéler appropriées selon les preuves rassemblées dans le cadre du projet. Une gamme d'éventuelles solutions et options stratégiques ont été considérées dans le contexte canadien; entre autres, de nouveaux modèles de prestation des soins, des ajustements au nombre d'heures consécutives ou totales de travail effectuées par les résidents et de nouvelles approches en matière de formation médicale postdoctorale.

## 4.1 Données du sondage national sur les options stratégiques pour le Canada

Il ne fait aucun doute que les délibérations quant à l'avenir des heures de travail des résidents sont d'une importance critique.

Un certain nombre de mécanismes ont été mis en œuvre pour évaluer les perspectives et les perceptions sur cet enjeu pour faire en sorte que les discussions prévues à l'occasion de la Conférence consensuelle canadienne soient à l'image de l'opinion nationale et que, par la suite, les recommandations destinées à ce rapport soient éclairées. Outre le travail des six groupes d'experts centrés sur ce mandat, un sondage national a été envoyé à quatre groupes pour recueillir des données sur les perceptions entourant les heures de travail des résidents du point de vue des intervenants. L'un des principaux domaines visés par le sondage aura été celui des options stratégiques, dont les résultats sont résumés ici. Une description de la méthodologie utilisée dans ce sondage, les taux de réponse et les principales limitations liées à l'analyse des résultats du sondage figurent à l'[annexe C](#).

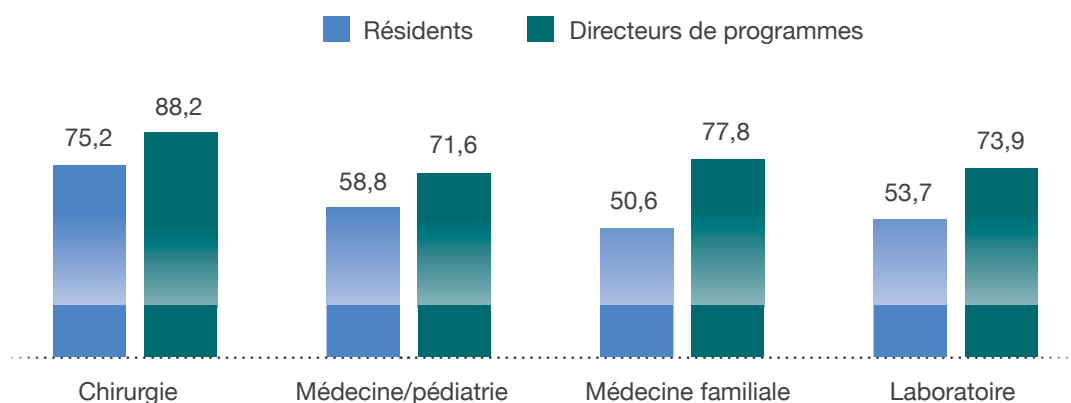
Les données recueillies dans le cadre de ce sondage démontrent que les répondants sont en faveur d'une norme nationale sur les heures de travail des résidents au Canada. Selon les résultats du sondage, plus de la moitié des répondants dans chacun des groupes estimait qu'il devait y avoir une norme nationale sur les heures de travail des résidents :

- *résidents en chirurgie (65,4 %) et directeurs de programme (57,7 %)*
- *autres résidents (80,8 %) et directeurs de programme (76,8 %)*
- *doyens aux études médicales postdoctorales (77,0 %)*
- *Administrateurs d'hôpital (85,0 %)*



Selon les données recueillies dans le cadre du sondage, les répondants sont aussi en faveur d'une approche adaptée à chaque discipline :

## Pourcentage de répondants indiquant que la réglementation sur les HTR devrait être adaptée selon le type de discipline



On a également demandé aux répondants d'indiquer les stratégies qui devraient être envisagées dans le cadre de règlements supplémentaires sur les heures de travail. Les principales stratégies proposées par toutes les populations cibles ont été les suivantes :

- *formation médicale fondée sur les compétences;*
- *nouveaux modèles de prestation des soins à l'extérieur de l'horaire régulier;*
- *utilisation accrue d'autres professionnels de la santé.*

### GRUPE DE RÉPONDANTS

### PRINCIPALES STRATÉGIES

	Réduction des tâches administratives de nature non académique	Nouveaux modèles de prestation des soins à l'extérieur de l'horaire régulier	Formation fondée sur les compétences	Utilisation accrue d'autres professionnels de la santé
<b>Résidents</b>	55,6 %	42,3 %	38,6 %	
<b>Directeurs de programme</b>		46,0 %	51,0 %	33,0 %
<b>Doyens aux études médicales postdoctorales</b>		54,0 %	46,0 %	46,0 %
<b>Administrateurs d'hôpital</b>		52,0 %	48,0 %	46,0 %



## 4.2 Conférence consensuelle canadienne sur les heures de travail des résidents

Les 14 et 15 mars 2013, à Ottawa (Ontario), avait lieu la Conférence consensuelle canadienne sur les heures de travail. Cette conférence a constitué l'occasion de présenter les principales constatations des deux premières phases du projet, de discuter et de délibérer sur les enjeux fondamentaux se rapportant aux heures de travail des résidents, ainsi que d'établir la voie à suivre pour le Canada en ce qui a trait à la réglementation de ces heures à partir des résultats et de l'avancement du projet jusqu'ici.

Parmi les participants à la conférence, on comptait des membres du Comité directeur national sur les heures de travail des résidents et les neuf organisations qui y participent, les membres et les présidents des six groupes d'experts et un certain nombre de représentants d'autres organismes intervenants.

Durant cette conférence de deux jours, les participants se sont penchés sur les répercussions éventuelles que pourraient avoir la modification des heures de travail des résidents et les événements contemporains au Canada sur la sécurité des patients, la formation médicale, la santé et le mieux-être des résidents et des enseignants, le professionnalisme, les systèmes de santé et la prestation des services de santé. Les participants ont également pris part à des discussions en petits groupes portant sur des sujets liés à la gestion des risques de fatigue, aux indicateurs globaux, aux nouveaux modèles de soins de santé et de formation, à l'encadrement et à une voie à adopter pour équilibrer la tension inhérente entre souplesse et rigueur.

Voici une sélection de thèmes fondamentaux énoncés par les participants à la conférence :

- *Le statu quo en ce qui a trait aux heures de travail des résidents est inacceptable.*
- *Une approche universelle en matière d'heures de travail des résidents ne sera ni efficace, ni appropriée au Canada. Une approche adaptée doit cependant être rigoureuse.*

- *La mise en œuvre d'une approche significative en matière d'heures de travail des résidents nécessitera un examen élargi des autres facteurs, comme la charge de travail, l'atténuation et la gestion de la fatigue, les modèles de prestation de soins et les modèles de formation des résidents.*
- *Le rythme des négociations et des délibérations liées aux heures de travail des résidents présente une occasion idéale d'agir proactivement en ce qui a trait à l'élaboration d'une voie à suivre au pays.*
- *Des leçons peuvent être apprises auprès d'autres régions qui se sont dotées de règlements sur les heures de travail des résidents, mais les évaluations doivent reconnaître les complexités inhérentes que pose le contexte juridique exclusif du Canada en ce qui a trait aux heures de travail des résidents et aux systèmes de prestation des soins de santé.*
- *Une évaluation plus approfondie, constante et systématique des heures de travail des résidents dans le contexte canadien s'impose.*

À la conclusion de la Conférence consensuelle canadienne sur les heures de travail des résidents, le Comité directeur national sur les heures de travail des résidents a amorcé un processus d'élaboration de principes fondamentaux et de recommandations pour dégager un consensus sur les enjeux liés aux heures de travail des résidents au Canada. Ces éléments, présentés ci-dessous, se veulent le reflet de la diversité des opinions, des données à l'appui et des suggestions reçues durant la Conférence consensuelle canadienne sur les heures de travail.

### Résultats de la conférence : Principes aux fins de l'atteinte d'un consensus sur les heures de travail des résidents au Canada

Étant donné que le statu quo en ce qui a trait aux heures de travail des résidents est inacceptable, cinq principes fondamentaux visant l'élaboration d'une réponse collective pancanadienne ont été établis et approuvés par les membres du comité directeur national.



Ces principes font suite à la reconnaissance, par le comité, du fait que les enjeux liés aux heures de travail des résidents ne sauraient être perçus isolément par rapport à leurs conséquences dans la vaste étendue des systèmes de soins de santé et de formation médicale. De plus, ces principes prévoient le respect de l'actuel contexte de négociation des heures de travail des résidents au Canada, dans le cadre duquel les conditions de travail des résidents sont négociés par des associations de résidents reconnues appelées associations provinciales.

Ces cinq principes, qui se veulent la raison d'être des recommandations mises de l'avant par le comité, visent à constituer un cadre et un contexte pour les recommandations et à résumer les constatations du comité directeur national en ce qui a trait aux heures de travail des résidents. Ces principes sont les suivants :

**1. Les résidents ont des rôles interdépendants en tant qu'apprenants et fournisseurs de soins.**

Les heures de travail sont des heures de formation et font partie intégrante de la prestation des soins aux patients dans le système de santé canadien.

**2. Les résidents sont des fournisseurs essentiels au sein d'un réseau de santé collectivement responsable d'assurer la couverture des soins aux patients, et ce, en tout temps.**

Le système de soins de santé au Canada a l'obligation d'assurer, quotidiennement et à toute heure du jour, la prestation de soins aux patients. Cependant, il faut reconnaître et distinguer qu'il s'agit d'une responsabilité relevant d'un système, et non d'un seul intervenant de la santé. Les résidents constituent une composante importante de l'équipe d'intervenants et ont une responsabilité collective, plutôt qu'individuelle, d'assurer la prestation des soins de santé lorsqu'ils sont nécessaires afin de garantir les meilleurs soins envisageables en temps opportun pour tous les Canadiens.

**3. Les périodes de travail de 24 heures consécutives ou plus sans sommeil réparateur devraient être évitées.**

En raison des risques que posent de telles périodes de travail, nous recommandons qu'elles n'aient cours que dans des circonstances rares et exceptionnelles.

**4. Les efforts visant à réduire le risque et à augmenter la sécurité sont nécessaires et ne peuvent être entrepris en traitant uniquement des heures de travail des résidents.**

Les heures de travail des résidents ne représentent qu'un des multiples facteurs contribuant à la fatigue des résidents. Pour être efficaces, les efforts déployés pour l'amélioration des résultats en matière de sécurité devront inclure d'autres actions sur des facteurs liés à la formation et à la prestation des services de santé, comme l'amélioration des processus de travail, de l'encadrement et de l'enseignement.

**5. Un modèle personnalisé et rigoureux des heures de travail des résidents et de la prestation des soins après les heures normales est nécessaire étant donné la variation substantielle des besoins de formation des résidents.**

Les besoins de formation des résidents dénotent de profonds écarts entre les provinces et territoires du pays, les disciplines, les types de stage, les lieux de formation et les niveaux de formation. L'optimisation de la formation des résidents et des soins aux patients exige une réflexion sur un bon nombre de facteurs uniques à chaque stage. Il n'y a aucune approche universelle pouvant optimiser les volets de la formation, de la sécurité des patients et des soins aux patients au sein du système diversifié de formation des résidents du Canada.

## 4.3 Recommandations

Les recommandations présentées ci-dessous représentent la vision collective du comité directeur national par rapport à une approche concernant les enjeux relevant des heures de travail des résidents au Canada et ceux qui en subissent les conséquences.

Devant la nécessité d'une approche globale pour accroître les résultats en matière de sécurité et de mieux-être, le comité directeur national présente ces recommandations afin qu'elles puissent être mises en œuvre de façon systématique et globale, et non isolément.





## 1. Étant donné que de nombreux facteurs contribuent à la fatigue des résidents, une approche globale visant à atténuer la fatigue et les risques qui en découlent devrait être élaborée et mise en œuvre dans le cadre de la formation des résidents dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

La création d'une stratégie de gestion de la fatigue reconnaît que la diminution de la fatigue chez les résidents est multidimensionnelle et qu'elle devrait, par conséquent, s'étendre au-delà de la réglementation pour s'attarder à l'examen de la charge de travail, à la physiologie et aux besoins de la personne ainsi qu'à l'encadrement et au soutien. Voici des mesures et des stratégies facilitantes concernant cette recommandation :

### 1.1 Tous les programmes de résidence devraient être tenus de développer un plan de gestion des risques liés à la fatigue pour les résidents (PGRF).

Les risques liés à la fatigue varient d'une personne à l'autre et sont grandement influencés par des facteurs circonstanciels comme la charge de travail, les heures d'éveil et le manque de sommeil, aigu et chronique. Dans cette optique, le plan de gestion des risques de fatigue devra être élaboré par le programme de formation des résidents, en partant du principe que chaque milieu de formation s'engage à contribuer à la démarche. L'objectif du plan de gestion des risques de fatigue consisterait à cerner et à atténuer les risques liés à la fatigue dans les hôpitaux et les universités, dans le but ultime de veiller à l'optimisation des résultats en matière de sécurité des patients, de formation médicale, ainsi que de santé et de mieux-être des résidents.

- Chaque plan de gestion des risques de fatigue devrait être élaboré et approuvé par les intervenants visés à partir de principes établis de gestion des risques et de la sécurité.
- Chaque plan de gestion des risques de fatigue devrait renfermer le nombre total d'heures consécutives de travail prévues, l'évaluation de la charge de travail, de même que l'exposition et les réactions à la fatigue.

Les preuves indiquent que le nombre d'heures de sommeil constitue un facteur crucial, peut-être même plus révélateur que le nombre d'heures travaillées, aux fins d'une évaluation précise des risques liés à un état de fatigue *aigu*.

- Chaque plan de gestion des risques de fatigue devrait aussi faire régulièrement l'objet d'un suivi et d'un examen interne et externe reposant sur des mesures du rendement appropriées fondées sur des preuves. Il devrait également être recalibré ou mis à jour selon les résultats du processus d'examen ou des avancées reposant sur des données probantes dans le domaine de la science de la fatigue.
- Un échantillon national représentatif de chaque plan de gestion des risques de fatigue devrait être systématiquement examiné, une année sur deux, par un nouvel organisme national de surveillance dans le but :
  - de déterminer dans quelle mesure les risques de fatigue sont gérés à l'échelle nationale;
  - d'élaborer des documents d'orientation et des principes de pratique exemplaire pour mieux appuyer l'élaboration et l'amélioration continue des plans de gestion des risques de fatigue dans l'ensemble du système de santé au Canada.

### 1.2 L'infrastructure devrait être conçue et mise en œuvre par les programmes de résidence pour soutenir la gestion des risques liés à la fatigue comme faisant partie de la pratique, et ce, grâce à la création de mécanismes de contrôle et d'application.

- Une évaluation de l'intensité moyenne de la charge de travail des résidents et de la fatigue associée aux périodes de travail et de sommeil devrait être entreprise, tout en tenant compte de la nature particulière de la discipline visée et de ses besoins en matière de formation.
- Des évaluations des risques personnalisées devraient être effectuées régulièrement pour appuyer l'application ciblée de stratégies d'atténuation ou,



là où c'est possible, de mesures d'inadmissibilité au travail et de modification des responsabilités modifiées pour les individus. Les évaluations des risques personnalisées sont nécessaires pour veiller à ce que les résidents connaissent leur propre vulnérabilité et pour assurer l'atténuation des risques.

- Les évaluations des risques devraient permettre de vérifier si les résidents sont aptes à exercer et éviter que toute activité supplémentaire, y compris le travail clinique effectué hors du programme officiel avec un permis d'étudiant ou un permis restrictif-résident, n'entrave ni l'apprentissage, ni la sécurité, ni le bien-être du résident.
- Dans chaque programme de résidence, avec la participation de chaque milieu de stage, des stratégies devraient être élaborées dans le cadre de la gestion des risques de fatigue afin de promouvoir activement le mieux-être au sein du programme de formation et du milieu de travail. Ces stratégies devraient notamment inclure des mesures d'intervention d'urgence en matière de santé mentale et des recommandations pour les groupes de résidents ciblés comme étant davantage à risque.
- Chaque programme de résidence devrait également avoir l'obligation, dans le cadre de ses normes d'agrément et de ses plans de gestion des risques de fatigue, de mettre en œuvre une formation pour amener les résidents à prendre conscience de leur aptitude à exercer et de leur rendement en tout temps.
- Dans chaque région, il faudrait prévoir un mécanisme d'application approprié, comme la désignation d'un responsable local de la fatigue, pour surveiller les indicateurs de charge de travail et d'organisation horaire avec le soutien d'un nouvel organisme central canadien destiné à évaluer les heures de travail des résidents.

### 1.3 Une boîte à outils nationale de stratégies et de techniques d'atténuation de la fatigue devrait être créée. Ces stratégies et ces techniques devraient être adaptables à une variété de milieux et de disciplines.

- Cette boîte à outils nationale pourrait comporter une collection de ressources reposant sur des données probantes, comme un modèle de plan de gestion des risques de fatigue et des outils d'évaluation valides et fondés sur des preuves. L'objectif de cette trousse consisterait à soutenir la création de chacun des plans de gestion de la fatigue en offrant une collection de données et de modèles.

## 2. Les approches pédagogiques devraient être repensées afin d'exploiter les innovations et les nouvelles méthodes pour assurer une formation et une acquisition des compétences adéquates dans une ère où la réglementation des heures de travail des résidents continue d'augmenter.

Dans une ère d'intensification de la réglementation des heures de travail des résidents, le déploiement et l'usage soutenu de nouvelles approches pédagogiques sont d'autant plus essentiels pour assurer l'atteinte de résultats de formation tangibles pour les résidents et les programmes de résidence partout au Canada. Les délibérations concernant les heures de travail des résidents constituent une occasion privilégiée sans précédent de réformer et de réaménager les approches éducatives en mettant à l'essai des innovations et des stratégies pouvant être utilisées dans la formation des résidents. Voici des suggestions particulières en ce qui a trait au réaménagement éducatif de la formation des résidents :

### 2.1 Des projets pilotes devraient être élaborés, soutenus et répertoriés suivant une gamme d'outils de formation et de systèmes d'organisation d'horaire novateurs, afin de veiller à ce que la formation offerte dans le cadre des programmes de résidence soit aussi appropriée, efficiente et efficace que possible.

Comme toutes les heures de résidence constituent de précieuses occasions de formation, les projets pilotes intégrant des principes de souplesse, d'encadrement efficace, d'enseignement et de mentorat tout en atténuant et en réduisant les risques liés à la fatigue devraient être appuyés dans les contextes locaux. Les leçons apprises et les pratiques exemplaires devraient être cataloguées et évaluées à l'aide d'un cadre national afin que l'innovation puisse être mise en



commun et reproduite et que des champions locaux de l'innovation puissent être ciblés.

**2.2 La résidence doit être réaménagée de façon à valoriser et à maximiser les possibilités d'enseignement et d'apprentissage, ainsi qu'à tendre à optimiser la valeur pédagogique et l'utilité clinique de toutes les heures de travail effectuées.**

Des mesures d'encadrement, d'enseignement et de mentorat doivent être mises en œuvre de façon efficace, afin de maximiser les possibilités d'apprentissage et d'enrichir la valeur de la formation. Les demandes de services, et particulièrement celles qui surviennent à l'extérieur de l'horaire régulier, « ne doivent pas empêcher les résidents de suivre leur programme de formation universitaire<sup>5</sup>. » La participation des résidents à la prestation de soins auprès des patients durant la nuit doit viser davantage les soins médicalement requis auprès des patients et de leur famille et offrir des possibilités d'apprentissage ayant d'importants avantages pour les résidents.

**2.3 Des expériences de simulation guidées par les meilleures données probantes accessibles devraient être intégrées aux programmes sous forme d'outils d'enseignement, afin de favoriser l'efficacité des apprentissages et l'amélioration de la sécurité des patients.**

La simulation peut avoir une définition large et englober les cas de patients standardisés, des simulations virtuelles ainsi que des appareils de haute fidélité et de basse fidélité. Étant donné que les situations cliniques ne peuvent jamais être entièrement remplacées par des activités de simulation, cet outil d'enseignement peut se révéler valable dans des situations particulières et particulièrement à la lumière d'efforts visant à accroître l'efficacité de la formation. Plus particulièrement, la simulation peut enrichir l'acquisition des connaissances fondamentales ou, lorsque la situation le justifie, dans les circonstances

où l'enseignement dirigé de cas cliniques rares est essentiel à l'acquisition des compétences.

**2.4 Le réaménagement de la formation des résidents devrait intégrer, à titre de volets de programme fondamentaux, des compétences d'autoévaluation, de gestion de la fatigue et de transfert des soins.**

Le cursus des programmes de formation des résidents peuvent constituer une occasion idéale pour favoriser la formation dans des domaines essentiels, comme l'autoévaluation du rendement, la gestion et l'atténuation de la fatigue et les compétences en transfert des soins, qui représentent toutes des composantes importantes d'une approche ciblée et nuancée en ce qui a trait à la gestion des heures de travail des résidents et aux enjeux connexes.

**2.5 Le Collège royal, le CMFC et le CMQ sont invités à revoir leurs exigences de formation spécialisée afin d'offrir suffisamment de souplesse dans l'organisation de la formation.**

Les exigences ne devraient pas être perçues comme des obstacles pour les programmes qui souhaitent réaménager la formation de leurs résidents selon d'autres modèles de soins, comme les quarts de nuit et la prise en charge réciproque, pourvu que toutes les compétences soient tout de même atteintes.

**3. Les normes d'agrément doivent être adaptées pour soutenir les modifications prévues au contenu et la durée du travail des résidents, grâce à l'application d'activités de gestion des risques liés à la fatigue.**

La force des solides systèmes d'agrément du Canada au chapitre de la formation des résidents, qui s'articule de façon collaborative entre les trois collèges, constitue un puissant levier devant être actionné pour appuyer des réformes élargies en ce qui a trait aux heures de travail des résidents. À ce titre,

<sup>5</sup> Ce principe figure actuellement au volet (5.1) des normes conjointes B3 de formation des résidents distribuées par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le CMFC et le CMQ.



des exigences particulières devraient figurer dans les normes d'agrément canadiennes pour les programmes de résidence en médecine familiale et spécialisée de tout le pays :

### 3.1 Les normes d'agrément devraient préciser que les programmes de résidence doivent développer, et maintenir à jour, des plans de gestion des risques liés à la fatigue (PGRF).

Les normes devraient préciser que chaque programme de résidence est tenu d'élaborer et de mettre à jour un tel plan. Chaque programme aurait la responsabilité de solliciter l'apport des milieux de formation et des hôpitaux où se déroule la formation des résidents en ce qui a trait à leur plan de gestion des risques de fatigue.

### 3.2 L'exigence d'enseigner des compétences liées à l'autoévaluation, au transfert efficace des soins et à la communication devrait être intégrée aux normes d'agrément.

Les normes d'agrément devraient être modifiées pour tenir compte de l'importance des compétences en matière d'autoévaluation, de transfert efficace des soins aux patients et de communication pour la prestation de soins sécuritaires aux patients dans toute circonstance. Elles devraient aussi surtout tenir compte de leur caractère particulièrement essentiel et de leur interrelation avec les enjeux entourant les heures de travail des résidents.

## 4. Un inventaire d'autres modèles d'organisation d'horaires et de prestation des soins hors des heures régulières devrait être créé et diffusé, afin de fournir des solutions de rechange et des repères en matière d'horaires et de prestation des soins.

Comme la formation des résidents s'effectue dans le cadre de systèmes de santé ayant le mandat d'assurer des soins en tout temps et puisque la réglementation exigera des changements dans les systèmes de prestation des soins, un inventaire de modèles d'organisation d'horaires et de prestation de soins après les heures régulières devrait être créé et diffusé. Un tel

inventaire devrait renfermer des évaluations des ressources directes et indirectes nécessaires à ces modèles. Un répertoire national des approches actuelles et novatrices appuierait les recherches sur une base continue et les discussions à cet égard dans l'ensemble du Canada en proposant des solutions de rechange et des repères en matière d'organisation horaire et de prestation des services.

La mise en œuvre de stratégies visant à améliorer l'efficacité d'un tel inventaire suppose la démarche suivante :

### 4.1 Un cadre d'évaluation des indicateurs pertinents devrait être élaboré et mis en œuvre pour assurer le suivi des répercussions des changements apportés aux heures de travail des résidents sur la prestation des soins de santé.

L'importance de l'évaluation continue comme mécanisme essentiel d'évaluation des horaires actuels des résidents et comme moyen de veiller à la fiabilité de toute démarche de changement en ce qui a trait à la réglementation des heures de travail des résidents au Canada ne saurait être sous-estimée.

L'utilisation d'un cadre d'évaluation uniforme et multidimensionnel contribuerait à la compilation et au catalogage des modèles actuels et des nouveaux modèles d'exploration de l'éducation, des soins aux patients et du mieux-être des résidents. Elle permettrait également de recueillir des renseignements à l'échelle nationale sur les endroits où ces programmes sont utilisés et sur les responsables locaux des projets mis en œuvre.

Ce cadre devrait être appliqué et utilisé pour documenter les renseignements liés aux heures de travail des résidents et, en particulier, les modèles novateurs de soins aux patients et les approches pédagogiques. Un certain nombre d'indicateurs ont été cernés à titre d'éventuels domaines de recherche pouvant être abordés dans ce cadre (voir l'annexe D) par les six groupes d'experts et le comité directeur national. On y retrouve notamment les répercussions des changements de personnel sur la prestation des soins de santé (y



compris la prise en charge clinique), la qualité de la formation des résidents et la participation active des résidents à la prestation des soins cliniques et aux activités d'apprentissage, de même que des analyses coûts-avantages. Puisque la fiabilité de ces éléments nécessitera un important processus d'examen et de consultation, des recherches plus approfondies devront être entreprises aux fins de l'élaboration d'une liste définitive d'indicateurs à inclure dans ce cadre.

Un cadre d'évaluation national uniforme permettrait aux décideurs de cerner les implications, en fait de coûts et de ressources en général, des autres modèles de prestation des soins et d'évaluer les répercussions d'ensemble qu'ont les réformes des heures de travail des résidents sur les patients, sur l'équipe d'intervenants et sur l'institution. Ultiment, l'utilisation répandue d'un tel cadre contribuerait à assurer la gestion appropriée et efficace des rares ressources de soins de santé tout en maintenant la prestation de soins de grande qualité pour les patients. Un tel objectif est particulièrement essentiel dans une ère de montée fulgurante des coûts de soins de santé et de préoccupations croissantes en ce qui a trait à la viabilité financière de la prestation des services de santé au Canada.

##### **5. Un modèle personnalisé et rigoureux des heures de travail des résidents et de la prestation des soins après les heures normales est nécessaire étant donné la variation substantielle des besoins de formation des résidents.**

La création d'un consortium pancanadien voué à l'évaluation des heures de travail des résidents permettrait la prise de décisions à l'échelle locale en prodiguant des ressources et des mesures en matière d'heures de travail des résidents. Ce groupe agirait à titre de ressource pour les associations provinciales et les autres parties aux ententes collectives. En tant qu'organe central, il aurait plusieurs rôles fondamentaux, notamment :

- Constituer une boîte à outils nationale de ressources renfermant notamment des horaires particuliers et des cas de réussite et en assurer la diffusion, afin de veiller à ce que tous aient accès à des ressources sur les pratiques exemplaires.
- Appuyer le processus de création de plans de gestion des risques de fatigue au sein de chaque programme de résidence.
- Entreprendre des recherches scientifiques reposant sur des données probantes en ce qui a trait à la réglementation liée aux heures de travail des résidents et à ses répercussions sur l'horaire de travail.
- Assurer l'application des connaissances et la diffusion des données de recherches actuelles sur les heures de travail des résidents.



# Références



Australian Medical Association. *National Code of Practice – Hours of work, shiftwork, and rostering for hospital doctors*. Kingston ACT, Australie : Australian Medical Association Ltd., 2005.

Baldwin, K., S. Namdari, D. Donegan, A.F. Kamath et S. Mehta. *Early Effects of Resident Work-hour Restrictions on Patient Safety: A systematic review and plea for improved studies*. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A*, 2011, vol. 93, n° 2, p. 19.

Bhananker, S.M., et B.F. Cullen. *Resident Work Hours*. *Current Opinion in Anaesthesiology*, décembre 2003, vol. 6, n° 6.

Boex, J.R. et P.J. Leahy. *Understanding Residents' Work: Moving beyond counting hours to assessing educational value*. *Academic Medicine*, 2003, vol. 78, n° 9, p. 939-944.

Browne, J. A., C. Cook, et coll. *Resident Duty-Hour Reform Associated with Increased Morbidity Following Hip Fracture*. *The Journal of Bone & Joint Surgery* 2009, vol. 91, n° 9, p. 79-85.

Curet, M.J. *Resident Work Hour Restrictions: Where Are We Now?* *Journal of the American College of Surgeons*, novembre 2008, vol. 07, n° 5.

Czeisler, C.A. Medical and Genetic Differences in the Adverse Impact of Sleep Loss on Performance: ethical considerations for the medical profession. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 2009, vol. 120, p. 249-285.

*Doctors' training and the European Working Time Directive*. *The Lancet* 375, 19 juin 2010.

Dumont, T.M., A.I. Rughani, P.L. Penar, M.A. Horgan, B.I. Tranmer et R.P. Jewell. *Increased Rate of Complications on a Neurological Surgery Service after Implementation of the Accreditation Council for Graduate Medical Education Work-hour Restriction*. *J Neurosurg*, 2012, vol. 116, p. 483-486.

Ellenbogen, J.M. *Cognitive Benefits of Sleep and their Loss due to Sleep Deprivation*. *Neurology*, 2005, vol. 64, n° 7, p. E25-E27.

Fletcher, K.E., D.A. Reed et V.M. Arora. *Patient Safety, Resident Education and Resident Well-being Following Implementation of the 2003 ACGME Duty Hour Rules*. *Journal of General Internal Medicine*, août 2011, vol. 26, n° 8.

Gopaldas, R.R., D. Chu, et coll. 2010. *Impact of ACGME Work-hour Restrictions on the Outcomes of Coronary Artery Bypass Grafting in a cohort of 600,000 Patients*. *Journal of Surgical Research*, 2010, vol. 163, n° 2, p. 201-209.

Heins, A., B. Euerle. *Application of Chronobiology to Resident Physician Work Scheduling*. *Ann Emerg Med.*, 2002, vol. 39, p. 444-447.

Henning, M.A., S.J. Hawken et A.G. Hill. *The Quality of Life of New Zealand Doctors and Medical Students: What can be done to avoid burnout?* *New Zealand Medical Journal*, 2009, vol. 122, n° 1307, p. 102-10.

Hoh, B.L., D.W. Neal, D.T. Kleinhenz, D.J. Hoh, J. Mocco et F.G. Barker, 2nd. *Higher Complications and No Improvement in Mortality in the ACGME Resident Duty-hour Restriction Era: An analysis of more than 107,000 neurosurgical trauma patients in the Nationwide Inpatient Sample database*. *Neurosurgery*, 2012, vol. 70, p. 1369-1381; discussion p. 1381-1362.

Iglehart, J.K. *The ACGME's Final Duty-Hour Standards – Special PGY-1 Limits and Strategic Napping*. *New England Journal of Medicine*, 2010, vol. 363, n° 17, p. 1589-1591.

IOM (Institute of Medicine). *Resident Duty Hours: Enhancing Sleep, Supervision, and Safety*. Washington, DC : The National Academies Press, 2009.

IOM (Institute of Medicine). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, rédacteurs en chef. Washington, DC : The National Academies Press, 2000.

Jamal, M.H., S.A.R. Doi, M. Rousseau, M. Edwards, C. Rao, J.J. Barendregt, L. Snell et S. Meterissian. *Systematic Review and Meta-analysis of the Effect of North American Working Hours Restrictions on Mortality and Morbidity in Surgical Patients*. *British Journal of Surgery*, mars 2012, vol. 99, n° 3.

Kaderli, R., A. Businger, A. Oesch, U. Stefanelli et U. Laffer. *Morbidity in Surgery: Impact of the 50-hour work-week limitation in Switzerland*. *Swiss Med Wkly*, 2012, vol. 142, p. 0.

Kairys, J. C., K. McGuire, et coll. *Cumulative Operative Experience Is Decreasing During General Surgery Residency: A Worrisome Trend for Surgical Trainees?* *Journal of the American College of Surgeons*, 2008, vol. 206, n° 5, p. 804-813.

Krupa, C. *Resident Work Hours, Supervision Face New Round of Restrictions*. *American Medical News*, 5 juillet 2010. Extrait le 10 juin 2013 du site Web : <http://www.amednews.com/article/20100705/profession/307059969/1/>

Landrigan, C.P. *New Zealand Junior Doctors – An Analysis of Current Scheduling Practices and Recommendations for the Future*, 2006. Extrait le 25 juillet 2012 du site Web : [http://old.rcplondon.ac.uk/news/EU/ewtd\\_nz-jnr-doc.pdf](http://old.rcplondon.ac.uk/news/EU/ewtd_nz-jnr-doc.pdf)

Lefebvre, D.C. *Perspective: Resident Physician Wellness: A new hope*. *Academic Medicine*. Mai 2012, vol. 87, n° 5.



Levine, A.C., J. Adusumilli et C.P. Landrigan. *Effects of Reducing or Eliminating Resident Work Shifts over 16 Hours: A systematic review*. *Sleep*, 2010, vol. 33, n° 8, p. 1043-1053.

Lockley, S.W., C.P. Landrigan, L.K. Barger, C.A. Czeisler. 2006. When Policy meets Physiology – The Challenge of Reducing Resident Work Hours. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2006, n° 449, p. 116-127.

Mahon, A., C. Harris, J. Tyrer, S. Car, K. Lawson, L. Carr, S. Chaplin et D. Wright. *The Implementation and Impact of Hospital at Night Pilot Projects: An evaluation report*. *National Health Service*, 2006.

Moonesinghe, S.R., J. Lowery, N. Shahi, A. Millen et J.D. Beard. *Impact of Reduction in Working Hours for Doctors in Training on Postgraduate Medical Education and Patients' Outcomes: Systematic review*. *BMJ*, 2011, vol. 342, n° 7800, p. 02.

Mountain, S.A., B.S. Quon, P. Dodek, R. Sharpe et N.T. Ayas. *The Impact of Housestaff Fatigue on Occupational and Patient Safety*. *Lung* 2007, vol. 185 (4) : 203-209.

Olson, E.J., L.A. Drage et R.R. Auger. *Sleep Deprivation, Physician Performance, and Patient Safety*. *Chest*, 2009, vol. 136, n° 5, p. 1389-1396.

Papp, K.K., C.M. Miller et K.P. Strohl. *Graduate medical training, learning, relationships, and sleep loss*. *Sleep Medicine Reviews*. 2006, vol. 10, n° 5, p. 339-345.

Parthasarathy, S. *Sleep and the Medical Profession*. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, novembre 2005, vol. 11, n° 6.

Peets, A. et N.T. Ayas. *Restricting Resident Work Hours: The good, the bad, and the ugly*. *Critical Care Medicine*, mars 2012, vol. 40, n° 03.

Philibert, I. *Closing the research gap at the interface of learning and clinical practice*. *Canadian Journal of Anesthesia*, février 2012, vol. 59, n° 2.

Poulose, B. K., W. A. Ray et coll. *Resident Work Hour Limits and Patient Safety*. *Annals of Surgery*, 2005, vol. 241, p. 847-860.

Sadaba, J.R. et S. Urso. *Does the Introduction of Duty-hour Restriction in the United States Negatively Affect the Operative Volume of Surgical Trainees?* *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, septembre 2011, vol. 13, n° 3.

Schenarts, P.J., K.D. Anderson Schenarts et M.F. Rotondo. *Myths and Realities of the 80-Hour Work Week*. *Current Surgery*, juillet/août 2006, vol. 63, n° 4.

Srijan, S., H.R. Kranzler, A.K. Didwania et coll. *Effects of the 2011 Duty Hour Reforms on Interns and Their Patients: A Prospective Longitudinal Cohort Study*. *JAMA Internal Medicine*, 2013, vol. 173, n° 8, p. 657-662.

Tami, T.A. *Special Features Topic: the effects of limited work hours on surgical training in otolaryngology-head and neck surgery*. *Current Opinion in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2004, vol. 12, p. 217-221.

Tyssen, R. et P. Vaglum. *Mental Health Problems among Young Doctors: An updated review of prospective studies*. *Harvard Review of Psychiatry*, 2002, vol. 10, n° 3, p. 154-165.



# Annexe A

## Comité directeur national sur les heures de travail des résidents



### Coprésidents

**Dr Jason Frank**, directeur, Normes, formation et stratégies d'éducation spécialisée, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

**Dr Kevin Imrie**, vice-président, Éducation, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

**Dre Najma Ahmed**, directrice du Programme de résidence en chirurgie générale; professeure agrégée en chirurgie, Université de Toronto<sup>1</sup>

**Dre Cathy Cervin**, vice-doyenne, Formation postdoctorale, École de médecine du Nord de l'Ontario

**Dr Paul Dagg**, directeur clinique, Services de soins tertiaires en santé mentale, Régie régionale de la santé de l'intérieur de la Colombie-Britannique<sup>1</sup>

**Dr Jonathan DellaVedova**, résident nommé par l'ACMR<sup>2</sup>

**Dr Mathieu Dufour**, vice-président et représentant, ACMR (mai et juin 2013; remplaçant en mars et avril 2012)

**Dre Susan Edwards**, directrice, Bureau du bien-être des résidents en formation médicale postdoctorale, Faculté de médecine, Université de Toronto<sup>2</sup>

**Mme Danielle Fréchette**, directrice exécutive, Politiques de la santé et Communications, Collège royal

**Dre Shiphra Ginsburg**, professeure, Université de Toronto

**Dr Ken Harris**, directeur exécutif, Bureau de l'éducation, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

**Dre Ramona Kearney**, vice-doyenne, Formation médicale postdoctorale, Faculté de médecine et de dentisterie, Université de l'Alberta

**Dre Caroline Lacroix**, résidente, représentante de la FMRQ (de mars à juin 2013)

**Dre Kathy Lawrence**, directrice de programme, Département de médecine familiale, Université de la Saskatchewan; présidente désignée et présidente du Conseil d'administration, CMFC

**Dre Francine Lemire**, directrice générale et chef de la direction, CMFC

**Mme Suzanne McGurn**, sous-ministre adjointe, Division des stratégies en matière de ressources humaines de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Dr Richard Montoro**, vice-doyen, Affaires professionnelles-résidents, Université McGill

**Dr Chris Parshuram**, directeur, Recherche sur la sécurité des patients pédiatriques, Université de Toronto<sup>2</sup>

**Dr Ernest Prigent**, directeur adjoint, Direction des études médicales, CMQ

**Dr Paul Rainsberry**, directeur général associé, Médecine familiale universitaire, CMFC

**Dr Mathieu Rousseau**, résident, représentant de la FMRQ (de mars 2012 à mars 2013)

**Dre Charmaine Roye**, directrice, Affaires professionnelles et Alliances stratégiques en santé, Association médicale canadienne





**Dre Maureen Shandling**, vice-présidente, Affaires médicales, Hôpital Mount Sinai; neurologue<sup>2</sup>

**Dr Joshua Tepper**, Bureau du vice-président de l'éducation, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

**Dr Mark Walton**, vice-doyen, Études médicales postdoctorales; professeur et chirurgien en pédiatrie générale, Département de la chirurgie et de la pédiatrie, Université McMaster

**Dr Richard J. Warren**, président, Comité de spécialité en chirurgie plastique, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

**Dre Grace Yeung**, présidente, représentante de l'ACMR (mars 2012 et avril 2013)

## Secrétariat du projet du comité directeur national

**Mme Sarah Taber**, directrice adjointe, Stratégies d'éducation et Agrément

**Mme Julia Selig**, analyste de politiques, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation

**Mme Lisa Gorman**, analyste de politiques, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation

**Mme Stefanie De Rossi**, chercheuse adjointe, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation

**M. Tom McMillan**, spécialiste principal, Communications et relations externes

**Mme Gillian Carter**, analyste de politiques, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation

**Mme Jessica Anderson**, adjointe administrative, Unité du développement, des innovations et des stratégies d'éducation

<sup>1</sup> Membre du comité directeur national et présidente/coprésidente ou président/coprésident d'un groupe d'experts

<sup>2</sup> Présidente/coprésidente ou président/coprésident d'un groupe d'experts



# Annexe B

## Composition des groupes d'experts



Chacun des six groupes d'experts suivants s'est réuni d'octobre 2012 à mars 2013 afin d'élaborer leur rapport respectif sur l'une des thématiques pertinentes à l'enjeu des heures de travail des résidents. Les constatations des rapports ainsi produits ont enrichi la base de données générale dont a tenu compte le comité directeur national durant l'ensemble du projet. Voici les membres de chacun de ces groupes, que nous avons tenu à nommer ici afin de les remercier de leur apport et de leur participation au projet.

### Sécurité des patients

**Dr Chris Parshuram** (président), directeur, Recherche sur la sécurité des patients pédiatriques, Université de Toronto

**Dr Fred Baxter**, directeur, Programme de résidence en anesthésie, Université McMaster

**Prof. Drew Dawson**, directeur, Appleton Institute, Central Queensland University

**Dr David Dinges**, chef, Division du sommeil et de la chronobiologie; directeur associé, Center for Sleep and Circadian Neurobiology

**Dr Michelle Jung**, résidente nommée par l'ACMR

**Dr Peter Lennox**, plasticien, Colombie-Britannique

**Dr Hugh MacLeod**, directeur général, Institut canadien pour la sécurité des patients

**Dr Roderick MacArthur**, directeur de programme en chirurgie cardiaque, Université de l'Alberta

**Dr Peter Ramon-Moliner**, directeur, Programme d'anesthésiologie, Université de Sherbrooke

**Dr Ganesh Srinivasan**, directeur, Programme de résidence, surspécialité en médecine néonatale périnatale, Université du Manitoba

**Dr Steve Tilley**, résident nommé par l'ACMR

**Dr Roger Wong**, professeur clinicien, Division de la médecine gériatrique, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Liaison avec le secrétariat du projet : Julia Selig

### Professionalisme

**Dre Shiphra Ginsburg** (présidente), professeure, Université de Toronto

**Dre Adelle Atkinson**, directrice de programme, Formation médicale postdoctorale, Université de Toronto

**Dre Fiona Bergin**, professeure agrégée, Département de la médecine familiale de l'Université de Dalhousie

**Dr Douglas Courtemanche**, plasticien, Vancouver

**Dr Richard Cruess**, ancien doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill; professeur en chirurgie au Centre d'éducation médicale de l'Université McGill

**Dre Sylvia Cruess**, endocrinologue; professeure en médecine; membre du Centre d'éducation médicale de l'Université McGill

**Dr Eric Hui**, résident, Université de la Colombie-Britannique

**Dr Tim Karachi**, directeur de programme, Université McMaster

**Dr David McKnight**, vice-doyen, Équité et professionnalisme, Université de Toronto

**Dr Alec Yarascavitch**, résident nommé par l'ACMR

**Dre Doris Yuen**, directrice de programme, Université Western Ontario

Liaison avec le secrétariat du projet : Julia Selig



## Santé et mieux-être des résidents et des professeurs

**Dr Jonathan DellaVedova** (coprésident), résident nommé par l'ACMR

**Dr Susan Edwards** (coprésidente), directrice, Bureau du bien-être des résidents en formation médicale postdoctorale, Faculté de médecine, Université de Toronto

**Dr Arman Almain**, ancien vice-doyen, Affaires professionnelles-résidents, Université McGill

**Dr Melissa Andrew**, directrice des affaires relatives aux résidents, Université Queen's

**Dr Lynn Ashdown**, résidente nommée par l'ACMR

**Dr Najib Ayas**, professeur agrégé, Département de la pneumologie, Université de la Colombie-Britannique

**Dr Jordan Cohen**, directeur de la formation postdoctorale en résidence, Département de la psychiatrie; professeur agrégé en clinique, Faculté de médecine, Université de Calgary, Alberta

**Dr Etienne Désilets**, résident; représentant de la FMRQ

**Dr Barb Fitzgerald**, professeure agrégée en clinique, Université de la Colombie-Britannique

**Dr Noura Hassan**, résidente de première année en obstétrique et gynécologie, Université McGill; ancienne présidente, Fédération d'étudiants en médecine du Canada

**Dr Melanie Lewis**, vice-doyenne, Défense et bien-être des apprenants, Université de l'Alberta

**Dr Jaret Olson**, directeur du Programme de chirurgie plastique, Université de l'Alberta

**Dr Maury Pinsk**, professeur agrégé, directeur de programme de spécialité en néphrologie pédiatrique, Université de l'Alberta

**Dr Richard Tang-Wai**, professeur adjoint, directeur de programme de résidence, Université de l'Alberta

Liaison avec le secrétariat du projet : Julia Selig

## Formation médicale

**Dr Paul Dagg** (président), directeur clinique, Services de soins tertiaires en santé mentale, Régie régionale de la santé de l'intérieur de la Colombie-Britannique

**Dr Farhan Bhanji**, professeur agrégé en pédiatrie, Université McGill

**Dr Mathieu Dufour**, résident nommé par l'ACMR

**Dr Elysabeth Fonger**, directrice d'établissement en médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique

**Dr Teodor Grantcharov**, professeur agrégé en chirurgie; chirurgien généraliste, Hôpital St. Michael's

**Dr Ramona Kearney**, doyenne associée de la formation médicale postdoctorale, Université de l'Alberta

**Dr Moyez Ladhani**, professeur agrégé, Département de pédiatrie, Université McMaster

**Dr Natalie Logie**, résidente nommée par l'ACMR

**Dr Thomas Maniatis**, directeur de programme, Programme de résidence en médecine interne, Université McGill

**Dr Carol-Anne Moulton**, chirurgienne titulaire en chirurgie oncologique hépatobiliaire, Réseau de santé universitaire; professeure agrégée, Université de Toronto; scientifique, The Wilson Centre

**Dr Rick Moulton**, professeur agrégé en neurochirurgie, Université d'Ottawa; directeur et chef de division, L'Hôpital d'Ottawa

**Dr Daniel Albert Peters**, Chirurgie plastique, Ottawa

**Dr Tarek Razek**, directeur de l'unité de traumatologie, Hôpital général de Montréal

**Dr Nathalie Saad**, résidente

**Dr Mithu Sen**, professeure agrégée en médecine, Division de la pneumologie, École de médecine et de dentisterie Schulich, Western University

**Dr Chris Smith**, directeur du Programme de médecine interne fondamentale, Université Queen's



**Dr Mark Walton**, vice-doyen, Études médicales postdoctorales; professeur en pédiatrie et en chirurgie générale, Université McMaster

**Dr Gary Victor**, interniste, directeur de l'Unité d'enseignement clinique au Kelowna General Hospital/Southern Medical Program - Université de la Colombie-Britannique

Liaison avec le secrétariat du projet : Lisa Gorman

## Économie de la santé et systèmes de santé

**Dre Maureen Shandling** (présidente), vice-présidente, Affaires médicales, Hôpital Mount Sinai; neurologue

**Dr Doug Angus**, professeur et ancien directeur du Programme de doctorat en santé des populations, Université d'Ottawa

**Dre Shirmee Doshi**, résidente nommée par l'ACMR

**Mme Antonia Johnson**, candidate à la maîtrise en administration des affaires (Rotman School of Business, 2013); candidate au doctorat en médecine (Université de l'Alberta, 2015)

**Mme Suzanne McGurn**, sous-ministre adjointe, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

**Dr Patrick O'Connor**, vice-président de la médecine, de la qualité et de la sécurité, Vancouver Coastal Health

**Dr Fayez Quereshy**, chirurgien généraliste, University Health Network

**Dre Meera Rayar**, résidente nommée par l'ACMR

**Dr Anurag Saxena**, doyen de l'éducation médicale postdoctorale, Université de la Saskatchewan

**Dr Arthur Sweetman**, titulaire de la chaire de recherche en ressources humaines de la santé de l'Ontario; professeur, Département de l'économie, Université McMaster; membre du Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster

**Dr Harshad Telang**, professeur agrégé en chirurgie générale, École de médecine du Nord de l'Ontario

Liaison avec le secrétariat du projet : Lisa Gorman

## Particularités pour les disciplines interventionnelles

**Dre Najma Ahmed** (présidente), directrice du Programme de résidence en chirurgie générale, Université de Toronto

**Dr Henry Broekhuysen**

**Dr J.F. Chevalier**, neurochirurgien, Kamloops

**Dr Jonathan Cools**, résident, Université McGill

**Dre Maryam Elmi**, résidente

**Dre Paola Fata**, directrice du Programme de chirurgie générale, Université McGill

**Dr Stan Feinburg**, chirurgien généraliste, directeur adjoint du Programme de chirurgie générale, Université de Toronto

**Dre Liane Feldman**, directrice, Division de la chirurgie générale, Université McGill

**Dr Sean Gorman**, chirurgien généraliste, Kamloops

**Dr Douglas Hedden**, professeur et titulaire de la chaire Walter Stirling Anderson; directeur clinique du Département de la chirurgie, Université de l'Alberta

**Dr Ahmed Kayssi**, résident

**Dr Abhaya V. Kulkarni**, directeur de programme en neurochirurgie, Université de Toronto

**Dr Nir Lipsman**, résident, Division de la neurochirurgie, Université de Toronto

**Dr Todd Mainprize**, directeur adjoint du Programme de neurochirurgie, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

**Dr Brian Muir**, obstétricien-gynécologue, Grand Prairie, Alberta

**Dr Ravi Sidhu**, professeur agrégé; vice-doyen intérimaire; directeur du Programme de chirurgie vasculaire, Université de la Colombie-Britannique

**Dr Jonathan Spicer**, résident, Université McGill

**Dr Jefferson Wilson**, résident, Division de la neurochirurgie, Université de Toronto

**Dre Grace Yeung**, résidente nommée par l'ACMR

Liaison avec le secrétariat du projet : Lisa Gorman



# Annexe C

## Bref survol de la méthodologie du sondage national



Le Comité directeur national sur les heures de travail des résidents a élaboré et mené un sondage qui est devenu une composante clé du projet dont il est question dans ce rapport. Ce sondage avait comme principal objectif de recueillir des données sur les perceptions de divers intervenants à l'échelle du Canada.

La version définitive du sondage portait sur six domaines :

- *les habitudes de travail;*
- *les habitudes de sommeil;*
- *les diverses politiques en place;*
- *la satisfaction envers la formation;*
- *les changements d'horaire des résidents;*
- *les caractéristiques démographiques.*

Le sondage a été réalisé auprès de quatre groupes cibles : les résidents, les directeurs de programme, les doyens aux études postdoctorales et les administrateurs d'hôpital. Chacun de ces groupes avait droit à un questionnaire distinct. Les résidents ont obtenu le questionnaire de leur association provinciale, tandis que les représentants des autres groupes l'ont reçu par l'intermédiaire de l'outil FluidSurveys.

Les taux de réponse définitifs de chaque groupe apparaissent dans le tableau suivant

Les résultats préliminaires sont intégrés dans le présent rapport. Toutefois, lorsqu'on évalue les données recueillies, il faut tenir compte de plusieurs facteurs susceptibles d'en restreindre la portée :

- **Un taux de réponse limité**

Malgré les efforts déployés pour maximiser le taux de réponse, il faut reconnaître qu'en raison du taux de réponse des résidents en particulier, il ne s'est situé qu'à environ 30 %.

- **Biais**

Comme ceux de tous les sondages s'appuyant sur des données d'autoévaluation, les résultats de ce sondage peuvent être influencés par bon nombre de biais, y compris le biais de rappel attribuable aux échéances prescrites (blocs de quatre semaines, généralement), et la déviation systématique des réponses étant donné la nature délicate de nombreuses questions. De plus, en ce qui a trait aux administrateurs d'hôpital, on s'est servi d'un sous-ensemble de répondants, ce qui pourrait avoir engendré un biais d'échantillonnage susceptible d'altérer les conclusions.

GROUPES DE RÉPONDANTS	NOMBRE DE RÉPONSES	TAUX DE RÉPONSE
Résidents	3 610/12 672	28,5 %
Directeurs de programme	317/766	41,4 %
Doyens aux études médicales postdoctorales	13/17	76,5 %
Administrateurs d'hôpital	55/116	47,4 %



# Annexe D

## Indicateurs suggérés pour chaque thème étudié



Reconnaissant l'importance de la transparence et des obligations redditionnelles, le comité directeur national a suggéré une série d'indicateurs à considérer pour mesurer l'évolution de certains enjeux et procéder à l'évaluation des résultats d'intérêt.

Ces indicateurs ayant été colligés en tenant compte de suggestions des six groupes d'experts qui ont participé au projet, ils reflètent les thèmes à l'étude, soit la sécurité des patients, la formation médicale, l'économie de la santé et les systèmes de

santé, la santé et le bien-être des résidents et des professeurs, le professionnalisme et les particularités pour les disciplines interventionnelles.

Les indicateurs qui apparaissent aux présentes ne sont que des propositions; il est entendu qu'il faudra les raffiner. Comme on dispose de plus de temps pour la recherche et la consultation, on pourra les étudier plus avant de façon à pouvoir créer un éventuel cadre national d'évaluation.

### INDICATEURS LIÉS À LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

**Des mesures de la sécurité des patients employées à l'échelle locale (taux d'infection, ratios normalisés de mortalité, etc.) devraient être intégrées au plan holistique de contrôle et de gestion de chaque hôpital.**

Sécurité des patients

- Taux d'infection
- Morbidité et ratios normalisés de mortalité hospitalière (RNMH)
- Nombre d'incidents critiques
- Nombre d'incidents indésirables produits ou évités de justesse
- Utilisation d'outils déclencheurs validés
- Transferts de nuit dans des unités de soins intensifs
- Taux d'arrêts cardiaques à l'hôpital
- Admissions imprévues aux unités de soins intensifs
- Taux de réadmission dans les hôpitaux
- Erreurs dans les bilans comparatifs, dans les doses ou dans l'administration de médicaments en temps opportun

Sécurité des patients recevant des soins chirurgicaux

- Interventions imprévues à la suite de chirurgies électives
- Complications médicales à la suite de chirurgies électives



## INDICATEURS LIÉS AU PROFESSIONNALISME

**Les définitions et stratégies d'évaluation du professionnalisme demeurent incertaines. La recherche dans ce domaine emploie parfois des outils différents, comme ceux généralement utilisés pour noter les étudiants en médecine.**

- Déclarations de mauvais traitements infligés aux étudiants par les résidents
- Nombre de résidents en probation pour des questions liées au professionnalisme
- Nombre de déclarations de manquements professionnels et contenus de ces déclarations
- Résumés au congé, prises sténographiques, notes cliniques et dossiers médicaux incomplets
- Taux de participation aux conférences et aux tournées d'enseignement

## INDICATEURS LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS ET DES PROFESSEURS

**Des rapports devraient être produits à intervalles donnés et être assujettis à des examens périodiques centralisés.**

Santé et bien-être sur le plan physique

- Blessures au travail (exposition à des liquides corporels ou autres)
- Blessures lors des allers-retours au travail (accidents ou quasi-accidents de voiture)
- Importante perte ou prise de poids
- Tension artérielle élevée

**L'évaluation des impacts sur la santé et le bien-être doit être plus rigoureuse qu'à l'heure actuelle.**

Santé et bien-être sur le plan mental

- Niveau d'épuisement, de dépression, d'isolement et de stress selon l'échelle de Maslach

**Il faut mesurer la fatigue de façon objective au lieu de se fier à des données d'autoévaluation. Des instruments validés sont suggérés et jugés comme étant appropriés.**

Santé et bien-être sur le plan académique et professionnel

- Productivité du corps professoral sur le plan de la recherche
- Taux d'attrition du corps professoral (mutations à des postes médicaux autres qu'universitaires, changements de domaine médical, réorientations de carrière, etc.)



## INDICATEURS LIÉS À LA FORMATION MÉDICALE

**Répartition et qualité. Il faut mettre l'accent sur des cas moins routiniers et autres que ceux de référence, conformément aux définitions de chaque spécialité.**

Satisfaction et désir d'apprendre des résidents

- Satisfaction des résidents à l'égard des programmes d'étude
- Données d'autoévaluation sur le désir d'apprendre des résidents

Participation et expérience clinique

- Participation et données relatives au registre des cas
- Participation à des activités pédagogiques structurées (demi-journées de formation, conférences en milieu hospitalier, clubs de lecture, etc.) et temps requis pour se préparer aux tournées
- Participation active (alerte) aux activités pédagogiques
- Prévalence d'erreurs dans les ordonnances détectées par d'autres membres du personnel (infirmières, pharmaciens, etc.)
- Capacité de lier les apprentissages aux cas cliniques
- Conformité de la pratique aux recommandations cliniques, et capacité de fournir des explications en cas de divergence

Évaluation des compétences

- Nombre et proportion de résidents en remédiation ou exigeant des années supplémentaires de formation pour passer
- Modification des notes d'examen avant et après la mise en œuvre
- Examen par les professeurs des traits professionnels et des compétences en soins cliniques des résidents
- Satisfaction des nouveaux diplômés à l'égard de leur préparation à la pratique
- Nombre de passages pour chacune des années de résidence

Préparation à l'exercice de la profession

- Niveau de préparation perçu par les résidents en ce qui a trait à l'exercice de leurs fonctions dans tous les contextes

Indicateurs propres à la formation chirurgicale

- Rôle des résidents en chef en qualité d'éducateurs adjoints dans les cas d'intervention





## ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET SYSTÈMES DE SANTÉ

**On devrait exercer un contrôle et mesurer les résultats dans les secteurs financiers, des soins cliniques et des systèmes de prestation de soins.**

**Il est essentiel de consacrer des ressources à l'évaluation de ces mesures.**

Mouvement des patients et accès aux soins

- Disponibilité des transferts critiques
- Temps d'attente
- Taux de réadmission
- Durée des hospitalisations

Qualité des soins

- Satisfaction des patients à l'égard des soins et de ceux qui les fournissent

Transferts et horaires

- Nombre de transferts en fonction des types d'horaire
- Temps consacré aux transferts en fonction des types d'horaire

Effets de la modification des pratiques d'embauche sur la formation médicale

- Catalogage du nombre (postes équivalents temps plein) et du type de praticiens de médecine parallèle
- Évaluations de la rentabilité et des répercussions sur les ressources

## RESPECT DES HORAIRES DE TRAVAIL ÉTABLIS ET DES PROGRAMMES DE GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS À LA FATIGUE

**Des évaluations ponctuelles des charges de travail par stage devraient être effectuées afin de déterminer si on respecte les horaires de travail établis et les programmes de gestion des risques associés à la fatigue.**

Habitudes de sommeil

- Quantité de sommeil au travail
- Fréquence des interruptions de sommeil
- Habitudes de sommeil des résidents avant leurs quarts de travail, en mesurant les risques associés (moins de 5 heures de sommeil au cours des 24 dernières heures; moins de 12 heures de sommeil au cours des 48 dernières heures; périodes d'éveil plus longues que les périodes de sommeil au cours des 48 heures précédant le quart de travail, etc.)
- Nombre moyen d'heures de sommeil par semaine de garde interne et externe
- Nombre moyen d'heures de sommeil par semaine
- Contrôle des heures de clinique effectuées hors du programme de résidence avec une carte de stage ou un permis restreint