**ANNEXE 1**

**Recommandations nationales actuelles**

**1.A. ÉNONCÉ DE POSITION DES MÉDECINS RÉSIDENTS DU CANADA**

**SÉCURITÉ ET BIEN-ÊTRE : HEURES DE TRAVAIL DES RÉSIDENTS**

1. On doit gérer les heures de travail des résidents de manière à ce qu’elles ne compromettent aucunement leur santé ou celle des patients. Surtout, il faut instaurer des limites relatives au nombre d’heures de travail consécutives des résidents. Conformément avec les données actuelles, les MRC insistent auprès des autorités provinciales et régionales du Canada pour qu’elles s’efforcent d’établir un système permettant la prescription d’un nombre maximal d’heures de travail consécutives égal ou inférieur à 16 heures. De plus, en fixant l’horaire de travail, on doit prévoir une période adéquate entre deux quarts de travail, c’est-à-dire une période qui permet de remédier à la privation de sommeil. Ce genre de seuil augmentera la capacité des résidents à fournir des soins sécuritaires et de qualité aux patients, tout en protégeant leur propre santé et en assurant leur propre sécurité;

2. Les heures de travail des résidents doivent être fixées de manière à permettre à ceux-ci de tirer le meilleur profit de leur expérience éducative. En particulier, le nombre d’heures de travail ne doit pas nuire à leur capacité d’apprendre ou de former d’autres personnes;

3. Les résidents doivent être formés officiellement en vue d’acquérir les compétences en matière de transfert des soins, soit la capacité de confier à un collègue la responsabilité d’apporter les soins nécessaires à la fin du quart de travail;

4. Les résidents devraient avoir un horaire de travail assez flexible pour qu’il soit adapté au contexte particulier dans lequel ils remplissent leurs fonctions et aux services à fournir lors de certaines rotations.

5. La gestion des heures de travail devrait se faire en parallèle avec le changement de mentalité en médecine, ce qui permettra d’éliminer les conséquences qu’engendre un nombre trop élevé d’heures de travail consécutives sur l’exercice de la médecine en général, y compris sur les médecins membres du personnel et les apprenants autres que les résidents;

6. Dans les cas où il y a eu violation des normes éthiques, législatives ou juridiques, qu’elles soient fédérales ou provinciales, y compris, sans s’y limiter, les violations à la *Charte canadienne des droits et libertés*, les MRC exhortent tous les intervenants d’aborder et de régler la situation dans les plus brefs délais.

**1.B COMITÉ DIRECTEUR NATIONAL SUR LES HEURES DE TRAVAIL DES RÉSIDENTS – LA FATIGUE, LES RISQUES ET L’EXCELLENCE**

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;

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;

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;

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.

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

Canadian Patient and Physician

**1.C POLITIQUE DE L’ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE LA GESTION DE LA FATIGUE CHEZ LES MÉDECINS**

1. Renseigner les médecins au sujet des effets du manque de sommeil et de la fatigue sur l’exercice de la médecine et sur leur santé, et sur la façon de reconnaître et de gérer ces effets;

2. Créer une « boîte à outils » nationale sur la prise de conscience de soi, contenant des stratégies et des techniques de gestion de la fatigue;

3. Promouvoir l’intégration de la gestion de la fatigue dans le continuum de l’éducation médicale;

4. Promouvoir l’instauration de facteurs habilitants dans le système en préservant la flexibilité pour :

· examiner la charge de travail globale des médecins (activités cliniques, formation, activités administratives, recherche, etc.);

· optimiser les horaires pour coordonner les périodes de garde et autres soins aux patients après les périodes de garde;

· mettre en œuvre des plans de gestion des risques liés à la fatigue à l’échelle de l’organisation ou de l’établissement.

5. Élaborer et promouvoir la mise en œuvre de protocoles normalisés de transfert du soin des patients;

6. Perfectionner et réaffirmer en médecine une culture des soins axés sur les patients;

7. Réaffirmer une réorientation de la culture médicale qui englobe le mieux-être des médecins;

8. Encourager les médecins qui traitent des médecins à être conscients des facteurs aggravants de la fatigue sur le mieux-être des médecins et l’exercice de la médecine.

**ANNEXE 2**

**NORMES D’AGRÉMENT RELATIVES AU BIEN-ÊTRE DES RÉSIDENTS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA ET DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA**

**2.A. NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE**

3.6 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité de services continus de planification de carrière aux résidents;

3.7 Le comité du programme de résidence **doit** mettre en place et assurer la disponibilité, pour les résidents, de services de gestion du stress et d’autres problèmes similaires;

3.7.1 Le comité du programme de résidence **doit** s’assurer que les résidents connaissent les services mis à leur disposition ainsi que les modalités pour s’en prévaloir;

3.9 Le comité du programme de résidence **doit** avoir une politique par écrit régissant la sécurité des résidents en ce qui a trait aux déplacements, aux rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des départements isolés et les transferts des patients (p. ex., Medevac). Cette politique devrait aussi permettre aux résidents d’exercer leur discrétion et leur jugement concernant leur sécurité personnelle et assurer une supervision appropriée des résidents durant toutes ces rencontres cliniques;

3.9.1 La politique **doit** spécifiquement inclure les activités pédagogiques (p. ex., identifier les indicateurs de risque);

3.9.2 Le programme **doit** avoir mis en place des mécanismes efficaces pour gérer les enjeux liés à la perception d’un manque de sécurité chez les résidents;

3.9.3 Les résidents et le corps professoral **doivent** être informés des mécanismes en place pour gérer les enjeux liés à la perception d’un manque de sécurité chez les résidents;

5.1 Les résidents **doivent** disposer de suffisamment d’espace pour effectuer leurs tâches quotidiennes.

**2.B NORMES GÉNÉRALES APPLICABLES À L’UNIVERSITÉ ET AUX CENTRES AFFILIÉS**

3.7 Le comité **doit** assurer l’existence d’un milieu propice à l’éducation, dépourvu d’intimidation, de harcèlement, et de comportements abusifs, et la présence de mécanismes pour régler les problèmes de cette nature, s’il en survenait;

3.8 Le comité **doit** avoir une politique régissant la sécurité des résidents en ce qui a trait aux déplacements, aux rencontres avec les patients, y compris les visites à domicile, les consultations après les heures dans des départements isolés et les transferts des patients (p. ex., Medevac);

Norme A2 : Centres servant à l’éducation médicale postdoctorale

6. Tous les centres participants **doivent** assurer en tout temps la sécurité des résidents, en particulier en ce qui concerne les produits dangereux, comme les toxines environnementales, l’exposition à des agents infectieux transmis par le sang et les liquides organiques, la radiation et l’exposition possible à la violence de la part de patients ou d’autres personnes.

**2.D OBJECTIFS DE LA FORMATION SPÉCIALISÉE EN MÉDECINE D’URGENCE**

**3. Gérer efficacement leur pratique et leur carrière**

3,1. Établir les priorités et gérer leur temps pour établir un juste équilibre entre les soins aux patients, les exigences de la pratique, les activités extérieures et la vie personnelle;

3,5. Établir des priorités réalistes, utiliser le temps et les ressources de manière efficace pour atteindre les buts et remplir leurs obligations personnelles et professionnelles.