



Offrir un cadre favorable à la grossesse et aux responsabilités parentales dans le milieu orthopédique

Un énoncé de position de l'Association Canadienne d'Orthopédie

Contributeurs:

Kristen Barton, Laura Morrison, Annalise Abbott, Colm McCarthy, Alexandra Bunting, Pierre Guy, Brendan Sheehan, Marie Gdalevitch, Lisa Howard, Lane Dielwart, Linda Thyer, Duyen Thi Kim Nguyen, Olufemi Ayeni, Kishore Mulpuri, Laurie A. Hiemstra and Pascale Thibaudeau.

Approuvé par le conseil d'administration de l'Association Canadienne d'Orthopédie le 12 juin 2024

Table des matières

INTRODUCTION	1
PRINCIPES DIRECTEURS.....	2
PRÉCONCEPTION.....	2
Traitement de fertilité	2
GROSSESSE	2
Rendez-vous prénatals.....	2
Symptômes et complications liés à la grossesse	3
Lignes directrices relatives au temps de garde.....	3
Exposition aux toxines en suspension dans l'air.....	4
Exposition aux pathogènes à diffusion hémotogène.....	4
Radioexposition	5
CONGÉ PARENTAL.....	5
Congé parental pour le partenaire	5
Durée du congé.....	6
Suppléance.....	6
Dépression postpartum	7
Fausse couche ou mortinaissance	7
RETOUR AU TRAVAIL.....	8
Temps de garde	8
Allaitement maternel.....	8
Retour et temps de formation supplémentaire	9
Services de garde sur place et ressources pour la garde d'enfants.....	9
Ressources	9
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	10
GLOSSAIRE	
RÉFÉRENCES	

“On parle constamment de soutenir les femmes qui veulent devenir orthopédistes... jamais de la réalité d’être une femme en orthopédie. Pourquoi?”

– Dre. Lisa Howard

INTRODUCTION

L’Association Canadienne d’Orthopédie (ACO) reconnaît qu’on peut à la fois être orthopédiste et parent; la réussite professionnelle ne devrait pas être un obstacle à la parentalité. L’orthopédiste qui décide d’avoir des enfants, soit grâce à une grossesse ou à celle de sa partenaire, soit en ayant recours à une mère porteuse ou à l’adoption, s’investit tout autant dans sa carrière que ses collègues qui ont fait le choix de ne pas en avoir. Devenir parent ne détourne pas le professionnel de ses engagements en tant qu’orthopédiste. L’ACO est en faveur d’une grossesse saine et est fermement d’avis que les orthopédistes qui ont des enfants ou qui prennent un congé parental pour s’en occuper ne devraient pas subir de conséquences.

Quoiqu’elle ne constitue ni une maladie ni une blessure, la grossesse est un état physiologique qui exige des soins médicaux. Elle exige que l’on tienne compte à la fois de ses aspects physiques et psychologiques. Toutes les grossesses nécessitent certains accommodements en milieu de travail pour assurer la santé de la mère et de l’enfant. Les grossesses à plus haut risque exigent une adaptation plus personnalisée du milieu de travail. Dans le cadre d’une grossesse, il faut entre autres tenir compte des accommodements et des congés relatifs aux traitements de fertilité, des soins prénatals, de la grossesse comme telle et des complications connexes, y compris une fausse couche, de même que des périodes périnatale et postnatale.

Le congé parental est un congé accordé à tout nouveau parent, ce qui comprend le parent qui donne naissance à l’enfant, son partenaire, les parents adoptifs et les parents ayant recours à une mère porteuse. Le congé parental après la naissance ou l’adoption d’un enfant est associé à des avantages considérables pour les enfants et les parents [1]. Même si le Canada dispose d’excellentes mesures législatives en matière de congé de maternité et de congé parental pour les salariés, il n’y a pas de politique standard en matière de congé parental pour les orthopédistes consultants. Les congés de maternité et parental sont laissés à la discrétion des administrations locales et des collègues, et peu surveillés. Ainsi, il est difficile pour les orthopédistes de prendre un tel congé; ils se retrouvent en quelque sorte à la merci du bon vouloir de leurs collègues. Les associations provinciales de résidents intègrent des lignes directrices à leurs contrats. Cela dit, elles ne sont pas uniformes et il n’y a pas de normalisation entre les provinces.

Il est essentiel qu’un orthopédiste, un résident ou un fellow ait le soutien de ses collègues et de son programme afin de vivre une belle grossesse ou un bon congé parental. On doit donc s’efforcer d’assurer l’accès à du soutien pendant le congé de maternité ou parental. L’établissement de lignes directrices fondées sur des données probantes et axées sur la famille en matière de congé parental est un volet important de l’évolution de la médecine universitaire moderne, puisqu’elles favorisent la santé des parents et de l’enfant, font la promotion du mieux-être et réduisent l’inégalité entre les sexes en chirurgie, ce dont tout le monde profite [2].

PRINCIPES DIRECTEURS

- La grossesse est un état physiologique qui exige des soins médicaux.
- Le congé de maternité comprend les soins prénatals et l'incapacité associée à la grossesse, ce qui inclut la période qui suit une fausse couche ou un accouchement.
- Le congé parental est accordé au parent qui donne naissance à l'enfant, à son partenaire, aux parents adoptifs et aux parents ayant recours à une mère porteuse.
- Les orthopédistes, les résidents et les fellows ont droit à des lignes directrices en matière de congés de maternité et parental qui sont conformes aux mesures législatives en vigueur.

PRÉCONCEPTION

Traitement de fertilité

Les collègues et les programmes de résidence doivent reconnaître que les orthopédistes et les résidents qui suivent un traitement de fertilité vivent souvent des moments stressants et éprouvants, et qu'ils ont plus de rendez-vous médicaux qu'à l'habitude pendant cette période. Des accommodements sont nécessaires pour leur permettre d'aller à ces rendez-vous et à ces traitements. Les orthopédistes, les résidents et les fellows doivent pour leur part tenter de prendre leurs rendez-vous en dehors de leurs heures de travail lorsque possible. Il faut toutefois reconnaître que les rendez-vous doivent souvent être pris subitement et que le réseau offre très peu de souplesse à cet égard. Les lignes directrices doivent présenter l'infertilité et son traitement comme tout autre problème médical.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les traitements de fertilité et les rendez-vous connexes devraient être vus comme des rendez-vous médicaux. Les orthopédistes, résidents et fellows qui connaissent des problèmes de fertilité devraient bénéficier du même soutien que toute autre personne ayant un problème médical.*

GROSSESSE

Rendez-vous prénatals

Les collègues et les programmes de résidence doivent reconnaître que les orthopédistes et les résidentes enceintes auront des rendez-vous médicaux relatifs à leur grossesse, y compris pour une échographie, des analyses en laboratoire et des consultations avec l'obstétricien ou le médecin de famille. La fréquence et le degré d'urgence peuvent varier en fonction du type de test, du stade de la grossesse et de toute complication potentielle ou avérée. Des accommodements doivent être pris pour leur permettre d'aller à ces rendez-vous et de recevoir ces traitements. Il en est de même pour les orthopédistes, résidentes et fellows enceintes ou ceux dont la partenaire est enceinte. Les orthopédistes, les résidents et les fellows doivent s'efforcer de prendre leurs rendez-vous en dehors des heures de travail lorsque possible.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les rendez-vous et les traitements prénatals liés à la grossesse devraient être jugés nécessaires sur le plan médical; ils ont souvent lieu dans des délais serrés et devraient susciter le même soutien que tout autre rendez-vous médical.*
2. *L'orthopédiste, le résident ou le fellow qui souhaite être présent aux rendez-vous prénatals de sa partenaire devrait obtenir du soutien en ce sens.*

Symptômes et complications liés à la grossesse

Même les grossesses les plus sereines s'accompagnent souvent de divers symptômes, dont la fatigue, les nausées et les vomissements, les étourdissements et le besoin fréquent d'uriner. Selon leur gravité, ces symptômes peuvent avoir une grande incidence sur le fonctionnement de la personne. Il peut s'avérer nécessaire d'offrir des accommodements aux orthopédistes qui présentent ces symptômes afin qu'elles puissent accomplir leurs tâches.

Comparativement à la population générale, les orthopédistes ont tendance à retarder toute grossesse pour des raisons professionnelles, à avoir globalement moins d'enfants et à afficher un taux plus élevé d'infertilité et de complications liées à la grossesse [3, 4]. Les femmes qui préfèrent attendre la fin de leur résidence ou de leur fellowship avant de tomber enceintes disent craindre les répercussions qu'une grossesse pourrait avoir sur leur réputation professionnelle, et soulignent le manque de soutien relatif à la grossesse ou au rôle de parent durant la formation [5-7]. Ce report peut entraîner un âge plus avancé à la première grossesse, ce qui est associé à de plus grands risques de complications et de problèmes de fertilité et à un nombre réduit d'enfants [8]. Il est toutefois préoccupant de constater que, même quand on tient compte de l'âge plus avancé de la mère, on constate un taux plus élevé d'infertilité et de complications liées à la grossesse chez les orthopédistes [7]. Cela comprend entre autres le recours à la technologie de reproduction assistée, ainsi qu'un taux plus élevé de prééclampsie, de diabète gestationnel et de travail prématuré [7, 8]. Ces complications seraient liées aux conditions de travail des orthopédistes, soit les longues heures de travail, les nuits de garde et le stress [5].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes qui désirent avoir des enfants devraient être soutenus tout le long de leur carrière sans crainte de répercussions sur le plan professionnel.*
2. *Il devrait y avoir des politiques qui favorisent l'autonomie des orthopédistes enceintes dans le milieu de travail (heures de travail, heures de garde, déplacement d'objets lourds, etc.).*

Grandes demandes physiques et longues heures de travail

Pour les résidentes, les fellows et les orthopédistes, les grandes demandes physiques et les longues heures de travail peuvent se traduire par de graves complications, y compris le travail prématuré, la prééclampsie et le retard de croissance intra-utérin (RCIU). On constate une augmentation des risques de complications chez les orthopédistes qui travaillent plus de 60 heures par semaine, mais aucun lien n'a été confirmé avec le nombre d'heures passées en salle d'opération [9]. Toutefois, rester debout pendant plus de trois heures accroît les risques de travail prématuré et d'insuffisance de poids à la naissance [10].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes, résidentes et fellows enceintes ne devraient pas travailler plus de 60 heures par semaine. Elles ne devraient pas avoir de quarts de travail de plus de 12 heures après la 28e semaine de grossesse, voire avant si ceci s'avère médicalement nécessaire.*

Lignes directrices relatives au temps de garde

Les règlements de chaque région sanitaire et équipe médicale en milieu hospitalier traitent des lignes directrices relatives au temps de garde des orthopédistes consultants; elles sont fondées sur le principe de la qualité et de la sécurité des soins, de même que sur les responsabilités de chacun par rapport à l'accès aux services et au temps de garde. Il s'agit de règlements généraux qui laissent au service visé le soin d'établir les détails. Leur interprétation peut être très large. Les lignes directrices relatives au temps de garde des résidents en orthopédie sont incluses dans les contrats provinciaux conclus avec leur association. Fait surprenant, ces lignes directrices sont souvent peu détaillées, et varient beaucoup d'une province à l'autre. Puisque l'embauche d'orthopédistes et de personnel en santé ne relève pas des orthopédistes et des résidents, les régions sanitaires doivent jouer un rôle actif dans la protection de la santé et du mieux-être des orthopédistes en les soulageant de l'obligation d'être de garde, ce qui ne devrait pas être strictement du ressort des orthopédistes, des résidents et des fellows. Les lignes directrices relatives au temps de garde doivent être claires quant à la santé et à la sécurité des orthopédistes enceintes et citer explicitement les attentes.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Il devrait y avoir des lignes directrices nationales qui limitent tout particulièrement le temps de garde des orthopédistes, résidentes et fellows enceintes. D'après la littérature, le temps de garde devrait cesser à la 28e semaine de grossesse; des accommodements peuvent s'avérer nécessaires avant cette date, selon les besoins et l'état physique de la personne.*
2. *Les orthopédistes enceintes ne devraient pas être tenues de compenser pour le temps de garde qu'elles ne font pas en raison de leur grossesse et des soins médicaux nécessaires, voire d'assurer du temps de garde supplémentaire avant leur congé en prévision de leur absence.*
3. *Le temps de garde chez les orthopédistes enceintes doit faire l'objet de discussions au sein de leur service, en collaboration avec l'administration de l'hôpital.*

Exposition aux toxines en suspension dans l'air

Dans la salle d'opération, les orthopédistes enceintes peuvent être exposées à des gaz et à des produits chimiques aux effets fœtotoxiques, y compris le méthacrylate de méthyle, ou MMA en anglais, et les gaz anesthésiques. On trouve du méthacrylate de méthyle dans le ciment orthopédique; une très grande exposition pourrait poser des risques de fœtotoxicité [11]. Les effets possibles du méthacrylate de méthyle sur l'enfant à naître comprennent le retard de croissance intra-utérin et les malformations squelettiques [11]. On estime que les risques d'exposition au méthacrylate de méthyle à des concentrations fœtotoxiques en salle d'opération sont minimes, une étude signalant un maximum de 280 ppm enregistrés dans l'air. Le mélange sous vide plutôt qu'à la main et l'utilisation d'une cagoule de protection viennent réduire les risques. Les preuves sont contradictoires quant aux effets néfastes des gaz anesthésiques pour inhalation; l'exposition à des gaz anesthésiques résiduels pourrait être associée à un plus grand risque de fausse couche [9].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes enceintes devraient avoir accès à un mélangeur sous vide et à une cagoule de protection afin de réduire l'exposition au méthacrylate de méthyle.*
2. *Les orthopédistes enceintes devraient envisager d'attendre à l'extérieur de la salle d'opération pendant l'induction de l'anesthésie.*
3. *Bien que les preuves soient rassurantes pour l'instant, les orthopédistes enceintes devraient faire preuve de prudence si elles risquent d'être exposées au méthacrylate de méthyle et/ou aux gaz anesthésiques et gérer leur exposition en fonction de leurs préférences et de leur aisance.*

Exposition aux pathogènes à diffusion hématogène

Chez les orthopédistes, le risque de transmission d'infection après exposition percutanée à un pathogène à diffusion hématogène varie de 0,3 % dans le cas du VIH à 30 % dans le cas de l'hépatite B [9]. L'effet possible sur le fœtus est important, puisque ces virus à diffusion hématogène peuvent être transmis directement, ce qui entraîne des risques d'infection chez le nouveau-né, y compris d'hépatite B ou C aiguë ou chronique. Les orthopédistes enceintes présentent des difficultés de traitement supplémentaires après l'exposition. La prophylaxie après une exposition au VIH peut être mutagène chez le fœtus [9], et il n'existe actuellement aucune prophylaxie après une exposition à l'hépatite C pour les femmes enceintes.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes, les résidentes et les fellows enceintes devraient avoir accès à de l'équipement de protection individuelle bien ajusté, y compris à une cagoule de protection.*
2. *Dans la mesure du possible, l'exposition des orthopédistes enceintes à des cas à haut risque devrait être limitée. Elles devraient avoir l'option de se retirer d'interventions non urgentes et à haut risque en confiant le patient à un collègue.*
3. *Les résidentes et les fellows enceintes devraient elles aussi pouvoir prendre cette décision sans en subir les conséquences.*

Radioexposition

L'exposition des orthopédistes aux rayonnements au travail varie en fonction de leur sous-spécialité et de leurs responsabilités de garde. La radioexposition peut s'exprimer en grays (Gy, dose réelle) ou en sieverts (Sv, dose absorbée) [12]. Quand il est question de radioexposition due à une radiographie ou à une radioscopie standard, les Gy et les Sv sont jugés interchangeables et s'expriment habituellement en milligrays ou en millisieverts (mGy ou mSv). Les risques d'effets indésirables pour l'enfant à naître sont les plus élevés à moins de deux semaines de grossesse, puis vont en décroissant au fil du temps [11]. Parmi les possibles effets néfastes sur le développement de l'enfant à naître, il y a la mort in utero (enfant mort-né), le retard de croissance et la malformation d'organes; ils peuvent se produire à une dose supérieure à 50 mGy (l'équivalent de 50 mSv) [11]. Au Canada, la dose limite pour les travailleuses enceintes est de 4 mSv de la confirmation de la grossesse jusqu'à sa fin [13]. Santé Canada recommande un suivi de la radioexposition toutes les deux semaines à l'aide d'un dosimètre placé sur l'abdomen, sous une protection en plomb [13].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes enceintes devraient pouvoir porter un tablier demi-chasuble plombé standard et bien entretenu de 0,25 mm avec rabats de protection axillaire quand elles sont exposées à du rayonnement. Il faudrait envisager de doubler l'épaisseur de plomb (0,5 mm) sur l'abdomen pour réduire l'absorption du rayonnement. Cette décision doit être prise en fonction des exigences physiques du port d'une protection lourde en plomb.*
2. *L'orthopédiste enceinte devrait recevoir un dosimètre pour surveiller sa radioexposition.*
3. *Les résidentes enceintes devraient être en mesure de se retirer d'une intervention chirurgicale qui leur cause un grave malaise (en raison de la chaleur ou du poids de la protection en plomb) ou si elles estiment que cette intervention pose un risque pour leur santé ou celle du fœtus.*

CONGÉ PARENTAL

Congé parental pour le partenaire

Le congé parental a une incidence positive sur l'engagement, la formation d'un lien d'attachement, le stress et le bonheur au sein de la famille. Le congé pris par le parent qui n'a pas donné naissance à l'enfant est prouvé comme ayant de nombreux avantages pour le couple, les enfants et la personne concernée [14]. De tels avantages sont importants pour tous les orthopédistes, peu importe leur sexe, qu'ils donnent ou non naissance à l'enfant. Comprendre les pratiques inhérentes au congé parental en orthopédie est vital à la promotion de l'équité au sein de la profession et au soutien d'un juste équilibre entre le travail et la vie familiale [6]. Il est essentiel d'établir des politiques de congé parental inclusives, puisque la nouvelle génération de parents n'ayant pas donné naissance à l'enfant participe davantage à son éducation. Les orthopédistes, de même que les résidents et fellows, sont confrontés à de grandes difficultés quand ils veulent prendre un congé parental [15]. Les principaux facteurs de stress par rapport au congé parental comprennent des politiques mal dégrossies, des paradigmes bien ancrés où on privilégie les responsabilités professionnelles au détriment des responsabilités personnelles, la stigmatisation associée à la prise de congés et la culpabilité d'imposer une surcharge à ses collègues [15].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les avantages sociaux offerts par les établissements et les programmes de formation devraient comprendre un congé parental bien défini qui est facilement accessible et offert aux deux parents.*
2. *Les services d'orthopédie et les programmes de formation devraient appuyer le congé parental sans conséquences pour l'orthopédiste, le résident ou le fellow qui s'en prévaut.*

Durée du congé

Il est prouvé que le congé parental confère d'importants avantages pour la santé des membres de la famille et qu'il en améliore le mieux-être général [16]. Au Canada, les salariés ont droit à un congé après la naissance de leur enfant ou après l'adoption d'un enfant, quoique la durée maximale de ce congé varie légèrement d'une province à l'autre. Selon le Code canadien du travail [17], l'employée a droit à un congé de maternité maximal de 17 semaines. En outre, tous les parents ont droit à un congé parental maximal de 63 semaines, avec prolongation accordée dans certaines circonstances. À la fin de son congé, la personne peut réintégrer son emploi sans pénalité. Bien que la majorité des orthopédistes canadiens ne soient pas employés au sens propre du terme, ils devraient bénéficier des mêmes protections que les employés en matière de congés de maternité et parental.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *La durée maximale du congé pour les orthopédistes enceintes devrait correspondre à celle des congés de maternité et parental canadiens, ce qui comprend un congé de maternité maximal de 17 semaines et un congé parental maximal de 61 semaines, pour un total de 78 semaines, soit 18 mois.*
2. *La durée maximale du congé parental des orthopédistes n'ayant pas donné naissance devrait correspondre aux lignes directrices nationales pour les employés fédéraux, à savoir un maximum de 63 semaines.*
3. *Les orthopédistes qui prennent un congé de maternité ou parental devraient être en mesure d'opter pour la durée de leur choix, jusqu'à concurrence du maximum consenti aux travailleurs canadiens, établi ci-dessus, sans craindre de perdre leurs droits hospitaliers ou leur poste universitaire.*

Suppléance

Dans bien des cas, quand l'orthopédiste planifie un congé, il peut embaucher un chirurgien suppléant qui va « prendre le relais » en son absence. Bien que les parents n'aient pas un droit inhérent d'embaucher un suppléant, un gouvernement provincial, celui du Québec, affirme qu'il approuve automatiquement toute demande de remplacement temporaire en raison d'un congé de maternité, parental ou d'adoption, tandis que la mise en œuvre à l'échelon local d'une telle entente est laissée à la discrétion du chef de service et du conseil d'administration de l'hôpital.

“Une demande de nomination temporaire liée à une absence pour congé de maternité, congé de paternité, congé parental, congé d'adoption ou congé de ressourcement et qui respecte les durées ci-dessus sera autorisée par le MSSS [ministère de la Santé et des Services sociaux]. L'établissement qui soumet une demande de remplacement temporaire doit s'assurer que le choix du remplaçant ne cause pas préjudice à un autre établissement [18].”

L'approbation d'un suppléant doit être favorisée plutôt qu'indûment retardée. La suppléance assure aux patients de l'orthopédiste qu'un clinicien a été désigné pour les prendre en charge, contribue à réduire le fardeau de l'équipe et peut aider à atténuer la culpabilité de l'orthopédiste parent qui expose ses collègues à une surcharge de travail pendant son congé [15]. L'entente financière avec le suppléant, qui prend temporairement le relais de l'orthopédiste, doit tenir compte des frais généraux de l'orthopédiste, soit ceux liés au personnel, aux locaux et aux activités, pour veiller à ce que l'orthopédiste revienne dans le même environnement de travail qu'il a laissé, puisque l'on sait que les préoccupations financières affectent les orthopédistes parents [15].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Une suppléance devrait être envisagée dans le cadre de discussions collaboratives avec les partenaires et les collègues.*
2. *L'administration des hôpitaux et des cliniques devrait collaborer avec les orthopédistes pour l'embauche et l'octroi de privilèges au chirurgien suppléant.*
3. *Les règlements de l'hôpital devraient clairement énoncer que la prise d'un congé parental et l'embauche d'un suppléant n'ont aucune incidence sur le poste de l'orthopédiste, sur ses privilèges hospitaliers ou sur sa carrière universitaire.*
4. *Si un orthopédiste ne peut pas trouver de suppléant pour assurer les soins et la garde en son absence, il ne devrait pas avoir à assurer plus de temps de garde avant ou après son congé pour compenser pour la surcharge imposée à ses collègues.*

Dépression postpartum

La dépression postpartum affecte non seulement la mère, mais aussi l'enfant et les membres de son cercle social. Si elle n'est pas traitée, la dépression postpartum peut mener au suicide ou à la dépression à long terme [19]. Le manque de soutien offert en milieu de travail aux orthopédistes qui ont des préoccupations de nature obstétrique ou néonatale contribue à la dépression postpartum [20]. Les professionnelles qui ont un emploi très stressant, comme les orthopédistes, arrivent à s'en prémunir quand elles ont la capacité de gérer leur horaire et bénéficient du soutien de leurs pairs [21]. La stigmatisation ou les répercussions, perçues comme réelles, découlant d'une demande d'accommodements au travail pendant ou après la grossesse, les craintes de surcharger les collègues, de même que le fardeau financier associé à un congé figurent parmi les raisons possibles pour les futures mères de ne pas faire de demandes au travail [20]. Les orthopédistes, les résidentes ou les fellows qui ont des problèmes de santé pendant la grossesse ou après celle-ci doivent avoir l'appui de leurs collègues et des hôpitaux grâce à une approche multifactorielle. Une culture de travail solidaire, des politiques institutionnelles, des stratégies de réduction planifiée du travail et un dédommagement financier tant pour l'orthopédiste enceinte que pour ses collègues facilitent la gestion du fardeau supplémentaire imposé au groupe en soutenant tous ses membres. Une atténuation des risques de dépression postpartum se traduit non seulement par la protection des orthopédistes, mais probablement aussi de leur famille.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Il faudrait favoriser un dialogue ouvert sur les répercussions de la grossesse et de la parentalité sur la santé mentale.*
2. *On devrait soutenir et favoriser la reconnaissance et le traitement de la dépression postpartum.*
3. *Il faudrait promouvoir des accommodements pour les nouveaux parents en dépression postpartum pendant leur retour au travail.*

Fausse couche ou mortinaissance

Une fausse couche est un événement médical qui change une vie. Les collègues et les résidentes qui décident d'avoir un enfant méritent du soutien, peu importe les résultats de la grossesse. Un congé adéquat, l'accès à du soutien en santé mentale et du temps de rétablissement sont essentiels pour favoriser un sain rétablissement après une grossesse. Tous les parents doivent obtenir les mêmes protections et disposer des mêmes droits, y compris ceux faisant face à une fausse couche ou une mortinaissance.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes, les résidentes et les fellows qui vivent une fausse couche ou une mortinaissance devraient obtenir le soutien physique et psychologique nécessaire pour se remettre de cette épreuve.*
2. *Les orthopédistes, les résidents et les fellows dont la partenaire a vécu une fausse couche ou une mortinaissance devraient obtenir le soutien physique et psychologique nécessaire pour se remettre de cette épreuve.*

RETOUR AU TRAVAIL

Temps de garde

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les responsabilités en matière de garde ne devraient pas être cumulatives. Aucun orthopédiste ne devrait avoir à rattraper le temps passé en congé de maternité ou parental.*

Allaitement maternel

L'allaitement maternel a de nombreux avantages reconnus pour la santé du bébé et de la mère. Il réduit entre autres les risques d'asthme, de diabète de type 1, d'obésité et du syndrome de mort subite du nourrisson, en plus de réduire les risques de cancer du sein et des ovaires, de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle chez la mère [22-24]. L'allaitement maternel est soutenu et favorisé par l'Association for Women Surgeons [25]; pourtant, il y a encore des obstacles pour les orthopédistes, les résidentes et les fellows qui souhaitent allaiter [26]. Les grandes demandes physiques et les longues heures de travail constituent des difficultés supplémentaires pour les orthopédistes qui allaitent [9]. On recommande l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus longtemps encore [27]. Des études montrent que des accommodements au travail pour les femmes qui allaitent contribuent à maintenir l'allaitement [28].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *L'horaire des orthopédistes, des résidentes et des fellows devrait être assez souple pour leur permettre d'exprimer, c'est-à-dire de « tirer », leur lait ou d'allaiter pendant leur journée de travail. La fréquence et la durée requises des pauses d'expression du lait varient d'une personne à l'autre.*
2. *Les orthopédistes, les résidentes et les fellows qui allaitent devraient avoir accès à un endroit privé et propre à cet effet. Une salle de bain n'est pas un endroit acceptable. Il faut une salle d'allaitement munie de prises électriques, d'un évier et d'un réfrigérateur pour le lait maternel. Cette salle devrait être à proximité de la salle d'opération et munie d'un téléphone et d'un ordinateur pour permettre à l'orthopédiste, à la résidente ou à la fellow de travailler au besoin. Fournir un tire-lait de qualité hospitalière rendrait le tout encore plus commode.*
3. *Les orthopédistes, résidentes et fellows devraient être autorisées à utiliser un tire-lait mains libres à la clinique et dans la salle d'opération si elles le souhaitent. Toutefois, l'utilisation d'un tel dispositif ne remplace pas les pauses adéquates pour tirer le lait.*
4. *Une culture de travail solidaire est essentielle pour permettre aux orthopédistes, aux résidentes et aux fellows qui allaitent de continuer à le faire une fois de retour au travail.*
5. *Tous les professionnels de la santé devraient recevoir une formation sur l'allaitement et les besoins des médecins qui allaitent.*

Retour et temps de formation supplémentaire

Après un long congé, les orthopédistes peuvent constater une certaine détérioration de leurs aptitudes opératoires [29]. Dans le cas des résidents, des ententes provinciales comportent des lignes directrices relatives au temps de formation supplémentaire en cas de congé de maternité ou parental. Dans certaines circonstances, un plan personnalisé de formation supplémentaire doit être établi en collaboration avec le directeur du programme et le comité de la formation médicale postdoctorale. Dans le cas des résidents et des fellows, la durée possible du congé sans qu'il soit nécessaire de prolonger la résidence ou le fellowship doit faire l'objet d'une approche personnalisée où des discussions sont rapidement entreprises avec le directeur de la résidence ou du fellowship. Les fellows en orthopédie clinique doivent être en mesure de respecter leur nombre de cas et les autres exigences de leur fellowship dans le cadre d'un plan personnalisé. Dans le cas des orthopédistes en exercice, ils doivent obtenir le soutien nécessaire à un retour progressif, adapté à leurs besoins.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Si un orthopédiste le demande, tous les efforts devraient être déployés pour lui fournir de l'assistance chirurgicale de la part d'un collègue orthopédiste pendant son retour à la pratique chirurgicale.*
2. *La fin de la résidence devrait être établie d'après les lignes directrices de l'approche par compétences. Si du temps supplémentaire de formation est nécessaire pour répondre aux exigences après un congé de maternité ou parental, celui-ci devrait être exigé. Aucun temps supplémentaire de formation ne devrait être nécessaire si le congé n'a pas d'incidence sur la capacité du résident à répondre aux exigences du curriculum de l'approche par compétences.*
3. *La fin d'un fellowship devrait correspondre à un plan personnalisé fondé sur les objectifs du fellowship et un certain nombre de cas.*
4. *Les parents qui ne souhaitent pas revenir au travail à temps plein pour des raisons familiales devraient pouvoir opter pour le partage d'un poste à temps plein, une méthode tout à fait acceptable, voire favorisée.*

Services de garde sur place et ressources pour la garde d'enfants

Tous les hôpitaux qui peuvent le faire devraient offrir des services de garde à leurs travailleurs [30]. Soutenir les parents au travail grâce à des services de garde stables et fiables ainsi qu'à des services de garde d'urgence quand une personne est malade assure la productivité soutenue du milieu hospitalier. Des services de garde fiables et faciles d'accès contribuent également à une plus grande satisfaction professionnelle, en plus de réduire le stress des parents dû aux horaires [31].

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Tous les hôpitaux qui peuvent le faire devraient offrir des services de garde à leurs travailleurs.*

Ressources

Les orthopédistes ne doivent pas être pénalisés parce qu'ils prennent un congé de maternité ou parental. Pour bien intégrer les congés familiaux, il est difficile de s'en tenir strictement aux listes d'attente pour allouer le temps en salle d'opération.

Recommandations pour les orthopédistes, les résidents et les fellows:

1. *Les orthopédistes de retour à leur horaire de travail régulier après un congé parental devraient obtenir les mêmes ressources qu'avant leur congé, y compris le temps en clinique et en salle d'opération.*

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

La grossesse est un état physiologique qui exige des soins médicaux, et elle devrait être traitée comme telle quand il est question de prendre congé en période prénatale et postnatale ou de retourner au travail. Le congé parental s'applique à tous les parents, y compris au parent qui donne naissance, à son partenaire, aux parents adoptifs et aux parents ayant recours à une mère porteuse. Malgré des preuves solides montrant qu'un congé parental améliore le sort de tous les membres de la famille, il y a encore de la stigmatisation associée à la prise d'un congé et aux diverses questions liées à la grossesse, à l'allaitement maternel et à la dépression postpartum, surtout au sein de la communauté médicale. Une meilleure sensibilisation à ces questions est une façon très efficace de contrer la stigmatisation et de promouvoir un changement de culture fort nécessaire. Une formation sur ces sujets devrait donc être accessible et fournie à tous les orthopédistes et services hospitaliers, ainsi qu'à tout le personnel des hôpitaux.

Les politiques relatives aux congés de maternité et parental devraient être uniformes à l'échelle du pays et accessibles à tous les orthopédistes. Les lignes directrices ci-dessus constituent la norme pour optimiser la sécurité de la mère et de l'enfant, de même que le mieux-être de la famille de tous les orthopédistes. La mise en œuvre des accommodements susmentionnés ne devrait pas nécessiter de billet du médecin. Toutefois, tout ce qui n'est pas prévu dans les présentes lignes directrices devrait être confirmé par le médecin traitant. L'ACO invite les employeurs et les services à collaborer avec les orthopédistes, les résidents et les fellows concernés pour leur assurer un congé de maternité ou parental sûr. Dans le cas des personnes qui peuvent mettre en œuvre leurs propres lignes directrices, l'ACO les invite à établir une politique claire en matière de congés de maternité et parental pour tous les membres de la communauté orthopédique.

GLOSSAIRE

Par **parent**, on entend:

- la personne qui donne naissance à l'enfant,
- la personne qui adopte un enfant,
- la personne qui a recours à une mère porteuse,
- la personne qui est ou était partenaire du parent d'un enfant et qui compte traiter l'enfant comme si c'était le sien.

Congé parental: Congé accordé à une personne qui a donné naissance, à une personne qui a adopté un enfant ou à une personne qui a eu recours à une mère porteuse pour avoir un enfant, ou à son partenaire, pour qu'il ou elle puisse participer aux soins de l'enfant.

Adoption: Processus qui permet à une personne de devenir le parent d'un enfant à la place du parent biologique ou légal.

Recours à une mère porteuse: Projet parental d'une personne ou d'un couple qui fait appel à une tierce partie (mère porteuse), pour donner naissance à l'enfant.

Congé de maternité : Congé accordé en raison d'une grossesse en cours ou récente. Il peut aussi s'agir d'un congé accordé dans la foulée d'une grossesse qui n'est pas arrivée à terme

RÉFÉRENCES

1. Li, D. and X. Guo, *The effect of the time parents spend with children on children's well-being*. Front Psychol, 2023. **14**: p. 1096128.
2. Ortiz Worthington, R., L.D. Feld, and A. Volerman, *Supporting New Physicians and New Parents: A Call to Create a Standard Parental Leave Policy for Residents*. Acad Med, 2019. **94**(11): p. 1654-1657.
3. Frenkel Rutenberg, T., et al., *Fertility and pregnancy complications in female orthopaedic surgeons*. Occup Med (Lond), 2024.
4. Garcia, E., et al., *Occupational hazards and pregnancy in orthopaedics: female surgeons are at increased risk of infertility and pregnancy complications*. ANZ J Surg, 2024.
5. Reid, D.B.C., et al., *Parenthood Among Orthopedic Surgery Residents: Assessment of Resident and Program Director Perceptions on Training*. Orthopedics, 2021. **44**(2): p. 98-104.
6. Morrison, L.J., et al., *What Are the Challenges Related to Family Planning, Pregnancy, and Parenthood Faced by Women in Orthopaedic Surgery? A Systematic Review*. Clin Orthop Relat Res, 2023.
7. Ruse, S., R. Bergman, and E. Crawford, *Pregnancy in Orthopaedic Residents: Peripartum Barriers Identified*. JB JS Open Access, 2022. **7**(4).
8. Hamilton, A.R., et al., *Childbearing and pregnancy characteristics of female orthopaedic surgeons*. J Bone Joint Surg Am, 2012. **94**(11): p. e77.
9. Downes, J., P.N. Rauk, and A.E. Vanheest, *Occupational hazards for pregnant or lactating women in the orthopaedic operating room*. J Am Acad Orthop Surg, 2014. **22**(5): p. 326-32.
10. Bonzini, M., D. Coggon, and K.T. Palmer, *Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review*. Occup Environ Med, 2007. **64**(4): p. 228-43.
11. Keene, R.R., et al., *Occupational hazards to the pregnant orthopaedic surgeon*. J Bone Joint Surg Am, 2011. **93**(23): p. e1411-5.
12. Uzoigwe, C.E. and R.G. Middleton, *Occupational radiation exposure and pregnancy in orthopaedics*. J Bone Joint Surg Br, 2012. **94**(1): p. 23-7.
13. *Safety Procedures for the Installation, Use and Control of X-ray Equipment in Large Medical Radiological Facilities*. Safety Code 35 2023; Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/environmental-workplace-health/reports-publications/radiation/safety-code-35-safety-procedures-installation-use-control-equipment-large-medical-radiological-facilities-safety-code.html>.
14. *Paternity Leave: Why Parental Leave For Fathers Is So Important For Working Families*, U.S.D.o. Labor, Editor. 2023.
15. Castillo-Angeles, M., et al., *Paternity Leave During Surgical Training: Perspectives of Male Residents*. J Surg Educ, 2022. **79**(6): p. e85-e91.
16. Gault, B., et al., *Paid parental leave in the United States: What the data tell us about access, usage, and economic and health benefits*. 2014.
17. *Standard Hours, Wages, Vacations and Holidays*. 2023; Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/L-2/page-25.html>.
18. Québec, R.d.G.E.S.-G.D. *Règles de Gestion En Spécialité - Gouvernement Du Québec*. 2021; Available from: publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-527-01W.pdf.
19. Manso-Córdoba, S., et al., *Factors Related to Seeking Help for Postpartum Depression: A Secondary Analysis of New York City PRAMS Data*. Int J Environ Res Public Health, 2020. **17**(24).
20. Castillo-Angeles, M., et al., *Postpartum Depression in Surgeons and Workplace Support for Obstetric and Neonatal Complication: Results of a National Study of US Surgeons*. J Am Coll Surg, 2022. **234**(6): p. 1051-1061.
21. Dagher, R.K., et al., *The psychosocial work environment and maternal postpartum depression*. Int J Behav Med, 2009. **16**(4): p. 339-46.

22. Feltner, C., et al., *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews, in Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries*. 2018, Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville (MD).
23. *About Breastfeeding*. 2024; Available from: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/php/about/index.html#:~:text=Key%20points,they%20are%206%20months%20old.>
24. *Breastfeeding and Lactation for Medical Trainees*. 2024; Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-lactation-medical-trainees.html>.
25. *AWS Statement on Supporting Surgical Trainees Who Are Breastfeeding*. 2023; Available from: <https://womensurg.memberclicks.net/assets/Resources/AWS%20Statement%20on%20Supporting%20Surgical%20Trainees%20Who%20Are%20Breastfeeding.pdf>.
26. Peters, G.W., et al., *Lactation challenges of resident physicians-results of a national survey*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2020. **20**(1): p. 1-8.
27. *Breastfeeding*. 2024; Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.
28. Vilar-Compte, M., et al., *Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women*. Int J Equity Health, 2021. **20**(1): p. 110.
29. Kent, F., M. Stephens, and L. Allery, *Returning to surgical training from parental leave*. The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England, 2022. **104**(8): p. 400-404.
30. Mayer, K.L., H.S. Ho, and J.E. Goodnight, *Childbearing and child care in surgery*. Archives of surgery, 2001. **136**(6): p. 649-655.
31. Snyder, R.A., et al., *The case for on-site child care in residency training and afterward*. J Grad Med Educ, 2013. **5**(3): p. 365-7.