



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

Résumé des recommandations

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

“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].

Le document suivant résume nos recommandations par rapport aux congés parentaux. Le document complet, incluant les discussions approfondies et la littérature applicable pour chacun des sujets, peut être accédé ici : xxx

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.

PRÉNATAL

Rendez-vous

1. Les rendez-vous et traitements de fertilité ou de suivi de grossesse devraient être vus comme des rendez-vous médicaux nécessaires, devraient bénéficier du même soutien que toute autre personne 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

1. Compte tenu des symptômes causés par une grossesse et du taux de complications de grossesse plus élevé chez les orthopédistes, 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.).
2. Les orthopédistes qui désirent avoir des enfants devraient être soutenus tout le long de leur carrière sans crainte de répercussions sur le plan professionnel.

Grandes demandes physiques et longues heures de travail

1. Les orthopédistes, résidentes et fellows enceintes devraient limiter leurs heures de travail afin de minimiser les risques de complications de grossesse, en travaillant un maximum 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

1. Il devrait y avoir des lignes directrices nationales qui limitent tout particulièrement le temps de garde des orthopédistes, résidentes et fellows enceintes. 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

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 hémotogène

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 quand elles sont exposées à du rayonnement.
2. L'orthopédiste enceinte devrait recevoir un dosimètre pour surveiller sa radioexposition.
3. Les résidentes 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

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

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

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.

Dépression postpartum

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

Fausse couche ou mortinaissance

1. Les orthopédistes, les résidentes et les fellows qui ont vécu, ou 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

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

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. Un endroit privé et propre doit être disponible à cet effet. 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.
2. Les orthopédistes, résidentes et fellows devraient être autorisés 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.
3. 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. 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

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; du temps supplémentaire de formation devrait être mandaté seulement dans les cas où le congé a eu une 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

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

Ressources

Recommandations pour les orthopédistes:

1. Les orthopédistes de retour au travail 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.