

## Surmenage et problèmes?

*Devrait-on permettre le double emploi aux résidents?*

OUI

Sarita Verma LLB MD CCFP FCFP

Le double emploi - aussi connu sous le nom de *moonlighting*, travail clinique additionnel ou encore permis d'exercice limité ou restreint - sème la controverse chez les résidents en médecine. Le débat a récemment été relancé en Ontario, lorsque le gouvernement provincial a instauré un projet pilote de permis d'exercice restreint, en mars 2008. On entend par double emploi l'exécution d'une activité professionnelle reliée à la médecine en dehors du champ ou du déroulement d'un programme de résidence ou de bourse clinique approuvé, sur l'initiative du résident ou du boursier, qu'il reçoive ou non une rémunération.

Le double emploi n'est pas un retour à l'ancien régime d'internat et de la pratique générale. Ce n'est pas la délivrance d'un permis d'exercice illimité aux résidents. Il s'agit plutôt d'un permis restreint à un travail spécifique à une spécialité, sous supervision, dans un domaine où le résident a fait preuve de compétence. Le permis s'applique aussi à des milieux jugés appropriés, pour assurer la sécurité de la population tout en permettant la prestation de services. Huit provinces canadiennes sur 10 autorisent actuellement une forme ou une autre de permis restreint pour les résidents. Selon des données empiriques, l'expérience dans ces provinces s'est révélée un franc succès. Aux États-Unis, plusieurs États permettent le *moonlighting*, de même que l'Accreditation Council for Graduate Medical Education. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada n'encouragent ni interdisent pas le double emploi.

Avant les changements aux permis d'exercice en 1993, les stagiaires recevaient un permis général d'exercice de la médecine après avoir complété des stages d'internat; ensuite, ou bien ils pratiquaient la médecine ou ils retournaient suivre une formation dans une spécialité. Durant ces années additionnelles de formation, beaucoup de résidents travaillaient des

quarts supplémentaires en plus de leur programme de résidence, couvrant le service dans les hôpitaux et à l'urgence, et faisaient de la suppléance. Avec le permis général, les résidents pouvaient facturer le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

Après les modifications dans la délivrance des permis en 1993, notamment l'exigence d'obtenir la certification du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada avant de recevoir un permis d'exercice autonome, une cohorte entière de résidents travailleurs et leurs services médicaux ont essentiellement disparu. C'était à lui seul le plus important changement de politique, qui s'est soldé par une pénurie de médecins - un problème qui s'est progressivement aggravé depuis.

Les obstacles au permis d'exercice restreint pour les résidents ont contribué à la rareté de médecins disponibles pour les services de garde, la suppléance et les services médicaux afférents. Le retour au double emploi a regagné une certaine validité politique et sociale, en raison de la pénurie grandissante de médecins, des problèmes de recrutement et de maintien en poste des médecins ruraux, et du fardeau de la dette des résidents. Alors que la situation actuelle incite le monde universitaire à examiner des modèles pour régler ces problèmes, le double emploi semble une option viable.

### Voir la lumière

Le double emploi apporte beaucoup d'avantages. Il offre aux résidents une source de revenus additionnels, leur permettant de rembourser leurs énormes dettes étudiantes. Il leur donne l'occasion d'acquérir plus d'expérience et de responsabilités cliniques, enrichissant ainsi leur formation. Il expose les résidents à des communautés en dehors des centres de formation habituels, ce qui facilite le recrutement dans les régions mal desservies. Le *moonlighting* offre aux urgences des hôpitaux communautaires la couverture des services

*suite à la page 1372*

This article is also in English on **page 1366**.

Les auteurs pourront réfuter les arguments de leur opposant dans Réfutation, dans un prochain numéro.

### OUI suite de la page 1370

essentiels la nuit et les fins de semaine ainsi que les soins intensifs chez l'adulte, l'enfant et le nouveau-né. Il permet que soient couverts les services de soins palliatifs, les centres de soins chroniques et tous les autres secteurs pour lesquels les résidents sont formés et compétents, notamment en obstétrique ou comme assistants en chirurgie. L'alternative serait l'absence de tels soins.

Le remboursement des prêts, la réduction des dettes et l'augmentation des revenus sont cités le plus souvent comme facteurs motivant les résidents à faire du *moonlighting*<sup>1-3</sup>, mais on mentionne aussi le perfectionnement des habiletés cliniques, la pratique de la prise de décisions de manière autonome et la responsabilité sociale<sup>4</sup> par la prestation de services en région rurale et dans les secteurs mal desservis, ce qui a un effet favorable sur le placement de médecins en pratique rurale. Les ouvrages spécialisés signalent un certain nombre d'études sur la pratique du double emploi par les résidents, surtout en médecine d'urgence<sup>4-6</sup>. Il n'y a pas de synthèse critique examinant les effets du permis restreint sur l'éducation, le rendement, et le bien-être des résidents et de leur famille, ni sur le choix de lieu de pratique à la fin de leur résidence. Ce manque de données a incité le College of Physicians and Surgeons of Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à entreprendre un projet pilote sur le permis d'exercice restreint.

### Démystification


Divers mythes sont associés au double emploi:

*Le moonlighting entraîne un manque de sommeil, la dépression, l'usage de drogues et le divorce.* C'est faux. Le double emploi n'est pas la cause principale de ces problèmes et il est improbable qu'il y contribue de manière considérable.

*Les nuits passées par les résidents à travailler en dehors des dispositions de leur convention viennent à l'encontre des impositions aux milieux de travail, si durement gagnées, de limiter le nombre d'heures de travail.* De nombreux résidents occupent un autre emploi dans des professions non médicales, et ce travail n'est pas réglementé. À l'heure actuelle, le *moonlighting*, qui se produit en raison des pénuries de médecins dans les urgences et les unités de soins intensifs et critiques, est une activité illicite. Un double emploi qui est fondé sur des critères transparents permet d'imposer des restrictions à de telles activités et d'intervenir si elles nuisent au rendement dans les études.

*Le moonlighting n'a aucune valeur éducative.* L'expérience clinique progressive et l'exercice de responsabilités grandissantes font partie intégrante de notre système d'éducation, et les données probantes font valoir que ces éléments améliorent le rendement des

résidents dans leurs divers rôles: professionnel, expert, érudit, gestionnaire, collaborateur, communicateur et promoteur de la santé<sup>5</sup>.

*Les résidents ne connaissent pas leurs limites.* Les résidents se préoccupent grandement de leurs obligations juridiques et sont capables de décider d'eux-mêmes de ce qui leur convient. L'Association canadienne de protection médicale, en autorisant le Code 35 «résidents avec travail clinique additionnel» reconnaît la validité de cette activité. 

**D<sup>re</sup> Verma** est professeure au Département de médecine familiale, doyenne adjointe de la Faculté de médecine et vice-doyenne à l'Éducation médicale postdoctorale à l'University of Toronto, en Ontario.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>re</sup> Sarita Verma**, Éducation médicale postdoctorale, Faculté de médecine, University of Toronto, 500 University Ave, Suite 602, Toronto, ON M5G 1V7; téléphone 416 978-6709; courriel [sarita.verma@utoronto.ca](mailto:sarita.verma@utoronto.ca)

#### Références

1. Glaspy JN, Ma OJ, Steele MT, Hall J. Survey of emergency medicine resident debt status and financial planning preparedness. *Acad Emerg Med* 2005;12(1):52-6.
2. Chisholm, C. The moonlighting paradox. *Am J Emerg Med* 2000;18(2):224-6.
3. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform. *Ann Intern Med* 2002;136(5):384-90.
4. Baldwin DC Jr, Daugherty SR. Moonlighting and indebtedness reported by PGY2 residents: it's not just about money! *Acad Med* 2002 Oct;77(10 Suppl):S36-8.
5. Li J, Tabor R, Martinez M. Survey on moonlighting practices and work requirements of emergency medicine residents. *Am J Emerg Med* 2000;18(2):147-51.
6. Mahood S, Bradel T. Moonlighting by residents [Correspondance]. *Can Fam Physician* 2001;47:249-50.

### CONCLUSIONS FINALES

- Le double emploi est une activité valable pour les résidents. Il permet aux résidents seniors d'approfondir leur expérience clinique et de fournir des soins aux patients là où il y a des pénuries de services tout en gagnant des revenus additionnels pour alléger leur fardeau de dettes contractées pour suivre leurs études de médecine.
- Aucune donnée probante ne corrobore que le moonlighting entraînerait un mauvais rendement dans les études ou nuirait au bien-être des résidents.
- Il ne faut pas confondre les arguments entourant les restrictions concernant les heures de service et ceux concernant le moonlighting, car ce sont là 2 questions complètement différentes.
- Un processus rigoureux d'approbation fondée sur des critères, comme celui du projet pilote en Ontario, permet aux programmes et aux ordres de médecins d'empêcher, au besoin, les résidents de faire du moonlighting.