

TRIBUNAL D'ARBITRAGE

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC

N° de dépôt : 2011-6011

Date : 7 juin 2011

DEVANT L'ARBITRE : Me Jean-Pierre Lussier

CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL,

« l'Employeur »

Et

ASSOCIATION DES RÉSIDENTS DE MCGILL,

« l'Association »

Grief numéro 4-CUSM-0809-01

SENTENCE ARBITRALE

[1] Le 2 mars 2009, le président de l'Association des résidents de McGill déposait un grief pour contester l'obligation qui leur est faite par l'entente collective de travailler pendant 24 heures d'affilée lorsqu'ils ont à effectuer un service de garde en établissement. Le grief allègue que cela constitue une condition de travail inacceptable qui met en danger la santé, la sécurité et l'intégrité physique des patients et des résidents eux-mêmes. Cette condition de travail, selon le grief, contreviendrait à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (ci-après désignée comme la Charte québécoise) et à la Charte canadienne des droits et libertés (ci-après désignée comme la Charte canadienne). Le grief réclame que la période de travail soit réduite de 24 à 16 heures.

1. LA PREUVE

[2] **Alain Bestawros** est hématologue. Il a entrepris ses études de médecine en 1998 et a terminé sa formation en hématologie en 2009. Il a complété d'abord cinq années d'études avant d'obtenir son diplôme de médecin à l'Université McGill. Puis, il a commencé sa résidence en médecine interne à McGill en 2004.

[3] Il explique que durant la première année de résidence, le résident travaille quatre mois sur les unités spécialisées, trois mois et demi en soins coronariens (désigné comme « coronary care unit » ou « CCU ») et un mois et demi aux soins intensifs proprement dits (désigné comme « intensive care unit » ou « ICU »). Il faut aussi faire ce qu'on appelle des « selective », c'est-à-dire une rotation obligatoire dans certaines spécialités, la gériatrie par exemple, où le docteur Bestawros a travaillé un mois. Enfin, le résident de première année doit aussi faire des rotations en milieu communautaire. Le témoin, à ce titre, a travaillé par exemple un mois à l'hôpital de Cowansville.

[4] Le résident de deuxième et troisième année fait presque la même chose sauf que la période sur les unités spécialisées est un peu moins longue. Le docteur Bestawros a terminé sa résidence au CUSM en 2007. Il a choisi ensuite de se spécialiser en hématologie en milieu francophone au CHUM et il a terminé en 2009.

[5] Questionné sur les tâches accomplies par un résident, le docteur Bestawros raconte qu'il arrive sur les étages vers 7h30 le matin et prend un certain nombre de patients sous sa charge. Il effectue une tournée, s'occupe de faire prendre des tests de laboratoire et procéder à certains examens. Le résident a aussi, ajoute-t-il, un rôle social à jouer auprès des patients et leur famille, notamment lors d'admissions ou de congés. Selon qu'il est en première, deuxième ou troisième année de résidence, ses responsabilités augmentent. Ainsi le résident sénior a des tâches de supervision et même d'enseignement auprès des résidents de première et deuxième année et des étudiants externes.

[6] La journée normale de travail d'un résident, que ce soit sur les étages ou aux unités comme le ICU et le CCU, se termine vers 18h00. Durant toute la journée de

travail, il n'y a que très peu de temps libre et il n'est pas rare qu'on n'ait pas le temps de dîner et qu'on mange un sandwich sur le pouce.

[7] Pour ce qui est de la garde, elle se fait la semaine, après la journée de travail et se poursuit jusqu'à l'arrivée de l'équipe le lendemain matin vers 8h00. Le résident travaille alors 24 heures d'affilée. Quant aux samedi et dimanche, la garde s'effectue du samedi matin 8h00 au dimanche matin 8h00 ou encore du dimanche matin au lundi matin. Encore une fois, la période totale de travail a une durée de 24 heures. Un résident se voit assigner quatre à six gardes par mois en moyenne. Généralement, il fait un samedi, un dimanche et deux à quatre gardes la semaine.

[8] Quand un résident est de garde au CCU ou au ICU, il doit veiller sur des patients qui requièrent beaucoup d'attention et le niveau de stress, ajoute le témoin, est très élevé. Certaines nuits sont plus faciles, mais il y en a d'autres où le résident ne dort pas dans la chambre mise à sa disposition. Lorsqu'il peut dormir, son sommeil est fragmenté et constamment entrecoupé d'appels soit à son téléphone, soit à son téléavertisseur.

[9] Le docteur Bestawros admet qu'au début de la garde, le résident ne ressent pas trop de fatigue même s'il a travaillé toute la journée. Cela va de moins en moins bien vers minuit et en empirant par la suite. La pire période est vers 4h00. Il explique que plus le temps passe, il est ralenti physiquement et cognitivement. Il a parfois peine à prendre des notes. Il devient irritable et il hésite à utiliser les techniques de peur de mal les appliquer. Il se considère lui-même comme dangereux vers 4h00 tant il est fatigué. Et il lui est arrivé de commettre des erreurs qu'il attribue à son état d'épuisement. Il parle par exemple de la prescription d'un antibiotique sans avoir préalablement vérifié la fonction rénale, ce qu'il considère être un réflexe de base en temps normal. Il raconte qu'il a prescrit un diurétique à un patient après qu'une infirmière l'ait appelé et qu'il n'avait aucun souvenir de cela à la fin de sa garde. Il ajoute que certains traitements sont risqués, notamment lorsqu'il faut entrer une aiguille dans la veine jugulaire parce que cette dernière se situe tout près de la carotide. Il se rappelle qu'en 2006, il se sentait épuisé et il a demandé à un résident junior de procéder à cette technique parce que ses mouvements à lui étaient devenus saccadés à cause de son état de fatigue.

[10] Le docteur Bestawros parle aussi d'un effet de cumul de fatigue avec le nombre de gardes. Et même si le résident ne travaille pas le jour où se termine sa garde, il est encore affecté le lendemain quand il reprend le travail.

[11] La garde de fin de semaine, ajoute-t-il, est encore plus pénible parce que l'équipe de soins n'est pas la même. La charge est encore plus élevée. Après avoir travaillé 24 heures, il faut être extrêmement vigilant si on retourne chez soi en automobile. On devient irritable et on a de la difficulté à se concentrer.

[12] Contre-interrogé, le docteur Bestawros reconnaît l'importance de la garde pour acquérir une certaine indépendance et des connaissances accrues, mais il ajoute que

l'apprentissage dépend aussi de l'état cognitif. Il a déposé un grief lui-même en mai 2007 au même effet que le grief à l'étude. C'est le seul écrit de sa part contestant cette pratique. Par ailleurs, il a parlé à ses patrons de la trop grande difficulté de travailler 24 heures d'affilée. Beaucoup de ses patrons ont acquiescé à son opinion, même si certains autres n'étaient pas d'accord pour modifier quoi que ce soit au système en vigueur.

[13] **Kim Anderson** est médecin résidente en troisième année de médecine interne à l'Université de Montréal. Elle a par ailleurs effectué un stage d'un mois au CUSM, plus particulièrement en cardiologie à l'Hôpital Royal Victoria. Elle était alors en deuxième année de résidence. Pendant deux semaines, elle a travaillé au CCU et les deux autres, au sein de l'équipe de consultation en cardiologie. C'était en juin 2009.

[14] Elle explique que les journées sont très occupées pour le résident, spécialement au CCU. En consultation, le travail est différent. La sévérité des pathologies peut varier, mais il y a plus de patients. Durant son mois au Royal Victoria, elle a dû effectuer trois gardes pendant lesquelles elle était la seule résidente. Deux fois, c'était une garde sur semaine et l'autre, un samedi. Chaque fois, sa garde fut très occupée et elle n'a réussi à dormir que de deux à quatre heures par période de 30 minutes entrecoupée d'appels téléphoniques.

[15] Comme le docteur Bestawros, le docteur Anderson estime que les symptômes de fatigue apparaissent autour de minuit. Le pire moment, dit-elle, se situe entre 3h00 et 5h00. Elle raconte avoir éprouvé plusieurs problèmes physiques (maux de tête, nausées, maux de jambes, hypotension orthostatique, ie. voir des étoiles etc.) ainsi que des problèmes cognitifs (concentration diminuée, difficulté à se rappeler pourquoi elle consultait tel ou tel dossier, difficulté à se souvenir de connaissances usuelles lorsqu'il fallait faire un diagnostic différentiel). Heureusement, dit-elle, les infirmières l'ont souvent aidée à ne pas commettre d'erreurs. Elle évoque à ce sujet des erreurs d'inattention (prescrire dans le mauvais dossier, oublier ce qu'elle avait prescrit etc.). Elle mentionne qu'une nuit, vers 4h00, un patient aurait dû bénéficier d'un stimulateur cardiaque intraveineux. Au lieu d'utiliser cette technique, elle a décidé que son état de fatigue faisait en sorte que c'était risqué. Elle a préféré garder le patient en observation jusqu'à l'arrivée de l'équipe soignante de jour à 8h00.

[16] Le docteur Anderson mentionne aussi que le retour au domicile après avoir travaillé 24 heures est difficile en automobile. Elle a failli avoir un sérieux accident après une garde à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont en 2008 et depuis lors, elle se repose avant de quitter l'hôpital. Elle explique que le système de garde est le même à l'Université de Montréal qu'à l'Université McGill. Elle fait aussi de quatre à six gardes par mois; le plus souvent, c'est quatre.

[17] **Roger Godbout** détient un doctorat en psychologie et il est professeur titulaire au département de psychiatrie de l'Université de Montréal. Il s'intéresse depuis très longtemps à la question du sommeil et il a publié de nombreux articles sur le sommeil,

tant humain qu'animal. Parmi ces articles, une cinquantaine porte spécifiquement sur les effets de la privation de sommeil.

[18] Il explique que le sommeil joue un rôle important en rapport avec le travail que l'on peut effectuer durant la journée. Le cerveau, dit-il, fait des travaux non seulement le jour, mais aussi la nuit pendant le sommeil. Par exemple, c'est la nuit que le cerveau consolide la mémoire à long terme. L'information acquise de façon diurne est traitée à nouveau durant la nuit pendant le sommeil. C'est aussi la nuit que le corps secrète les hormones de croissance ou que s'active le système immunitaire.

[19] Trois facteurs sont à considérer quant au sommeil. Le premier est la dette de sommeil. Dès que l'on se lève, le corps humain génère une dette de sommeil qui s'accroît au fil des heures. Après un certain seuil (environ 14 à 15 heures), la probabilité de s'endormir augmente. Le second facteur est ce qu'on appelle l'horloge biologique. Chaque cerveau abrite une forme d'horloge faisant passer par un maximum et un minimum nos fonctions physiologiques. Chaque jour, cette horloge fait en sorte que la probabilité de s'endormir passe par un moment maximum et minimum. Le troisième facteur concerne les synchroniseurs externes (lumière, stress, bruit, température ambiante, etc.) qui affectent la capacité de s'endormir et de rester endormi.

[20] Il y a de gros dormeurs et de petits dormeurs, l'horloge biologique de chacun étant différente. Mais cette horloge fonctionne sur 24 heures. Et chaque être humain est plus porté à s'endormir au moment où sa température corporelle commence à descendre. Cette variance de température existe chez tout le monde quoique son amplitude diffère d'une personne à l'autre. Cela explique peut-être pourquoi certains dorment plus longtemps que d'autres, mais une chose est certaine : selon le docteur Godbout, il faut dormir notre nombre d'heures de sommeil habituel, que le sommeil ne soit pas interrompu et que cela se produise au bon moment, c'est-à-dire la nuit. Dormir à un moment où les autres fonctions du corps essaient de travailler comme si c'était le jour n'est pas très utile. À cet égard, une sieste pendant le jour d'une durée supérieure à 20 minutes hypothèque la nuit à suivre.

[21] À propos du sommeil fragmenté, Monsieur Godbout mentionne que la fragmentation produit des effets pires que la privation totale de sommeil lorsqu'on mesure la performance du sujet le lendemain. On ne récupère jamais totalement le sommeil perdu. On récupère une partie seulement la nuit suivante.

[22] Le sommeil compte cinq stades dont on fait le tour en 90 minutes et qui se répètent par la suite. Le premier stade dure 5 à 10 minutes et est une transition entre l'éveil et le sommeil. Le deuxième stade est celui du sommeil lent et léger où le cerveau se coupe du monde mais peut recevoir quand même de l'information. Pendant 50% d'une nuit complète, on est au stade 2. Les troisième et quatrième stades peuvent être regroupés et sont désignés comme le sommeil lent et profond. On les retrouve de façon plus intense en début de nuit. Et le cinquième stade est celui du sommeil paradoxal (en anglais le REM, pour « rapid eye movement sleep »). On le désigne

comme paradoxal parce que les yeux bougent rapidement comme à l'éveil, mais le tonus musculaire est plat ou paralysé. Le sommeil paradoxal apparaît plus en fin de nuit et c'est pendant ce stade que l'on rêve.

[23] Questionné sur les conséquences d'une mauvaise nuit, soit privée de sommeil ou avec un sommeil fragmenté, le docteur Godbout parle d'irritabilité, d'impulsivité, de manque de concentration, de manque de mémoire, de difficulté de planification et de manque de discernement. À cet égard, il signale qu'il devient difficile de distinguer l'essentiel et l'accessoire, d'établir des priorités ou d'exercer un bon jugement. L'attention est hypothéquée par le manque de sommeil. L'alerte (ou le temps de réponse ou de réaction) est diminuée, l'attention est moins soutenue, ce qui est susceptible d'engendrer des erreurs d'omission ou de commission. L'attention divisée (c'est-à-dire la capacité de porter attention à deux choses à la fois) est aussi alertée. Il en va de même pour l'attention sélective qui permet de cibler quelque chose en faisant abstraction des facteurs de distraction. La privation de sommeil exagère également les tendances naturelles. Un impulsif devient encore plus impulsif. Quelqu'un qui éprouve des difficultés de mémoire en ressentira encore plus.

[24] On parle de privation de sommeil dès que le déficit de sommeil retranche quatre heures d'une nuit normale. Si le déficit excède quatre heures, les effets de privation seront encore plus accentués. Le sommeil fragmenté est, quant à lui, peu réparateur. L'humeur, la prise de décision, la mémoire sont affectées. Cela entraîne également des effets sur l'esprit d'équipe et des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe de travail.

[25] Le cerveau privé de sommeil essaie de compenser les effets négatifs. D'autres zones du cerveau sont alors sollicitées, mais cela ne fonctionne pas toujours même si, subjectivement, l'individu privé de sommeil n'éprouve pas trop de problèmes.

[26] Interrogé sur la récupération pendant la nuit suivante, le témoin mentionne qu'on récupère généralement les minutes du stade 4, mais pas au-delà de la moitié des minutes de sommeil paradoxal. On peut cependant, durant la deuxième nuit, récupérer encore un peu de sommeil paradoxal.

[27] Contre-interrogé, le docteur Godbout est convaincu qu'un travailleur de nuit offre une performance inférieure à celle qu'il pourrait fournir de jour au plan de l'attention et de la dextérité. Le témoin reconnaît aussi que plus on vieillit, on supporte moins bien la privation de sommeil. Il admet aussi qu'il y a des variations des effets de la privation de sommeil d'un individu à l'autre et que cette variable est difficilement décelable au départ, d'autant plus qu'il y a même des variations de ces effets nuisibles chez un même individu dans le temps.

[28] **Charles A. Czeisler** est docteur en médecine et professeur au Harvard Medicine School de Boston. Il enseigne depuis 1983 et en 2004, il est devenu professeur de « Sleep Medicine » et directeur de la division « Sleep Medicine » à l'hôpital Baldino

rattaché au Harvard Medicine School. Il a effectué de nombreuses recherches sur la privation de sommeil et publié un grand nombre d'articles scientifiques. Notamment, il a étudié les effets de la privation de sommeil chez les astronautes, les pilotes d'avion, les policiers, les pompiers et aussi les résidents en médecine.

[29] À propos des résidents en médecine, il a construit un questionnaire vers 1985 après avoir réalisé qu'un grand nombre d'entre eux avaient été impliqués dans les accidents d'auto à leur retour chez eux après des gardes d'une durée de 30 heures ou plus. Il voulait également vérifier si le fait de bénéficier de quatre heures de sommeil pendant de telles gardes réduirait ce type de conséquences (accidents d'auto). Sa recherche a prouvé que ce facteur ne réduirait pas ce risque.

[30] Vingt-quatre heures sans sommeil, affirme-t-il, entraînent un affaiblissement des facultés équivalant à 10 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (le témoin a parlé de 1% d'alcool dans le sang). Il y a quatre déterminants majeurs qui influencent l'habileté à maintenir sa performance. Le premier est la durée du temps d'éveil. Le second est l'horloge biologique de l'individu. Le troisième est la régularité de la privation de sommeil et il désigne le quatrième comme le « Sleep inertia », soit le sommeil trop profond.

[31] Le sommeil a pour fonction, entre autres, de consolider les apprentissages et la privation de sommeil a donc un impact sur la rétention de nouvelles connaissances.

[32] Le docteur Czeisler a commenté ensuite le résultat de ses propres recherches et d'autres, notamment celle publiée en 2008 par l'Institute of Medicine of the National Academies. L'Institute of Medicine a retenu les services de plusieurs éminents chercheurs américains à la demande du Congrès américain et de l'Agency for Healthcare Research and Quality, pour étudier la question des heures de travail des résidents. Il est ressorti de ce travail de recherche un volumineux document (pièce S-14) intitulé Resident Duty Hours enhancing sleep, supervision and safety.

[33] Ces chercheurs se sont penchés sur les limites fixées en 2003 par l'ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education), notamment la moyenne de 80 heures de travail par semaine sur une période de quatre semaines et la durée maximum d'un quart de travail fixée à 30 heures, c'est-à-dire 24 heures de travail auprès des patients et 6 heures additionnelles pour effectuer la transition et les activités éducatives.

[34] Les chercheurs n'ont pas recommandé de changement à la période de 80 heures. Pour ce qui est de la durée de 30 heures, ils n'ont pas recommandé de l'abandonner, mais ils l'ont assortie des conditions suivantes (cf. p. 13 de S-14) : le travail auprès des patients ne devait pas excéder 16 heures; la période de 30 heures devait comporter cinq heures de sommeil entre 22h00 et 8h00 et le reste des 30 heures devait être consacré à la transition et aux activités éducatives. Si ces conditions ne

sont pas respectées, la recommandation de l'IOM (Institute of Medicine) était de limiter en durée quotidienne de travail à 16 heures.

[35] Selon le docteur Czeisler, les recherches scientifiques prouvent que l'effet cumulatif de la privation de sommeil entraîne des problèmes de santé et un risque accru d'hypertension, de diabète, d'obésité, de dépression, de problèmes cardiaques et d'accidents vasculaires. Chez les résidents qui ont des responsabilités familiales (dont le sommeil par exemple est plus souvent interrompu parce qu'ils ont de jeunes enfants), les effets de la privation de sommeil causée par de longues heures de travail sont accrus.

[36] Une méta-analyse (de 60 recherches sur la privation de sommeil) des effets comparés de la privation de sommeil auprès de résidents et de non-résidents a démontré (cf. pièce S-7) qu'en moyenne, après 24 à 30 heures d'éveil la performance du sujet se situe au 15^e percentile de l'ensemble des sujets pour un geste commun et au 7^e percentile pour un acte clinique. Une autre recherche menée auprès de 2737 résidents a démontré que 2/3 des accidents percutanés (coupures ou piqûres) étaient causés par un problème de concentration ou de fatigue. Ces accidents surviennent beaucoup plus souvent entre minuit et 07h00 que durant le jour. Et il y a 73% plus de chances d'accidents percutanés après 20 heures consécutives de travail.

[37] Des recherches sur le risque d'accident de voiture au retour d'un quart de travail de 24 heures ou plus démontrent qu'il y a 168% plus d'accidents de voiture et 468% de quasi-accident (« near miss car crashes »).

[38] Une étude comparée de risque d'erreurs auprès des patients selon qu'un résident est soumis à un quart de 24 heures ou de 16 heures démontre qu'il y a 36% plus d'erreurs majeures commises par le premier que le second et 5.6 fois plus d'erreurs diagnostiques. En moyenne, aux soins intensifs, il y a 109% plus d'erreurs d'attention, 36% plus d'erreurs médicales importantes et 464% plus d'erreurs diagnostiques de la part d'un résident travaillant 30 heures d'affilée qu'un autre travaillant 16 heures. Un résident sur cinq, selon une autre recherche, a reconnu avoir commis une erreur reliée à la fatigue ayant causé du mal à un patient (« injured a patient ») lorsqu'il travaillait 24 heures ou plus. Et un résident sur 20 reconnaissait avoir commis une erreur due à la fatigue ayant résulté dans la mort d'un patient (pièce S-13).

[39] Le docteur Czeisler ajoute que certains résidents sont plus vulnérables à la privation de sommeil à cause de leur âge (plus on est jeune, plus on est vulnérable à la privation de sommeil), de leur condition médicale (par exemple la grossesse ou la maladie), de caractéristiques personnelles ou génétiques.

[40] Les pilotes d'avion, poursuit le témoin, les opérateurs de centrales nucléaires, les opérateurs de chemin de fer, les routiers et les conducteurs d'autobus sont tous des gens qui, aux États-Unis, ne peuvent travailler au-delà de 16 heures par jour.

[41] Les résidents au Canada sont appelés à travailler 24 heures d'affilée. En Europe, depuis 2004, ils ne peuvent travailler plus de 13 heures. En Nouvelle-Zélande, la limite est de 16 heures. Aux États-Unis, il n'y a pas de limite légale, mais l'ACGME fixe celle-ci à au plus deux quarts de 30 heures et au plus 80 heures par semaine.

[42] Selon le docteur Czeisler, la durée des quarts excédant 16 heures fait encourir des risques plus élevés aux patients, aux résidents eux-mêmes, à leur famille et même aux usagers de la route. Pour le témoin, le fait d'imposer aux résidents un horaire de travail d'une durée de 24 heures contrevient à plusieurs règles déontologiques : il parle de « nonmaleficence » envers le patient, de bienfaisance (« beneficence »), c'est-à-dire du devoir de promouvoir la santé, d'autonomie, c'est-à-dire le respect du droit du patient d'être informé de risques accrus pour sa santé. Il parle aussi du principe de justice qui requiert une répartition équitable des efforts et des bienfaits. À ce sujet, il mentionne qu'on ne distingue nullement les résidents plus vulnérables aux effets de la privation de sommeil.

[43] Il évoque aussi les principes de vérité et d'intégrité (« truthfulness and honesty ») à propos de la falsification systématique des dossiers relatifs à la durée des quarts de travail, lesquels excèdent souvent même les normes de l'ACGME. Et enfin, il mentionne l'accroc à la dignité humaine lorsqu'on impose au résident un fardeau de travail si élevé qu'il génère des risques pour sa santé et celle des patients.

[44] Contre-interrogé, le docteur Czeisler reconnaît qu'il est plus difficile d'assurer le service lorsqu'on diminue les heures de travail, bien que, ajoute-t-il, le résident est d'abord là pour être formé et non pour assurer le service hospitalier régulier. Il reconnaît aussi que la cédule des heures de travail varie selon les spécialités. Le témoin reconnaît aussi que ses recherches sur la privation de sommeil dont souffrent les résidents se sont limitées aux résidents des États-Unis.

[45] **Elisabeth Paice** est médecin rhumatologue récemment retraitée. Depuis 1995, elle était doyenne responsable (« Dean director ») des études de troisième cycle en médecine et médecine dentaire pour les résidents juniors et seniors d'abord à la région North Thames, puis pour Londres à compter de 2001. Dans cette dernière affectation, elle s'occupait des résidents d'environ 50 centres hospitaliers.

[46] Elle explique que durant les années 1980, la formation des résidents n'était pas bien structurée. La durée n'était pas la même et variait beaucoup en fonction des centres hospitaliers et des promotions acquises par les résidents. La semaine de travail des résidents était assez lourde. La semaine, dans les années 1970, ils travaillaient souvent 32 heures d'affilée.

[47] En 1991, dit-elle, on s'est entendu sur ce qu'elle appelle un « New Deal ». En vertu de ce « New Deal », les heures de travail étaient limitées à 56 heures hebdomadaires en moyenne. Lorsqu'on était de garde ailleurs qu'à l'hôpital, les heures de garde pouvaient aller jusqu'à 72 heures, mais le temps de travail effectif ne pouvait

excéder 56 heures. Et les heures de repos à l'hôpital étaient considérées comme du repos et non comme du travail. Les quarts de travail ne devaient pas excéder 14 heures d'affilée. Il fallait au moins un jour complet de repos par semaine. Ce changement était majeur et il s'est opéré graduellement sur une période de cinq ans.

[48] En 1992, Madame Paice a procédé à interviewer environ 1100 résidents sur les 1500 de la région londonienne. Elle s'est rendu compte que les problèmes majeurs vécus par eux étaient désignés comme le travail et la fatigue excessifs ainsi que la privation de sommeil. Elle a poursuivi ses enquêtes en 1995 et en 1996. À cette dernière date, 60% des résidents disaient travailler plus que les heures moyennes normales et 50% disaient bénéficier en moyenne de moins de cinq heures de repos continu durant une période de 32 heures, bien que la directive exigeait un minimum de cinq heures de repos entre 22h00 et 08h00 pendant une période de travail de 32 heures. Le problème venait qu'il n'y avait pas vraiment de sanction rattachée à cette norme.

[49] En 2003, on a mis en place des sanctions. On parlait de rupture de contrat en cas de non-respect et une amende y était rattachée. Madame Paice réfère à des recherches où on a établi que 10% seulement du travail requis des médecins la nuit relevait d'une nécessité. Le reste du travail pouvait soit être fait avant ou après la nuit ou encore être accompli par du personnel autre qu'un médecin. Ses recherches démontraient aussi que la formation médicale d'un résident était plus fonction d'une supervision par un expert que du nombre d'heures passées à l'hôpital.

[50] En 1998 par ailleurs, ont été mises en place des normes européennes sur la durée du travail qui furent applicables aux résidents en 2004. Le nombre d'heures hebdomadaires moyen de travail a été fixé à un maximum de 58 heures. Et la jurisprudence européenne applicable partout, incluant le Royaume-Uni, a déterminé que les heures de repos à l'hôpital devaient être incluses dans le temps de travail. Après 13 heures de travail, il fallait bénéficier de 11 heures de repos et advenant un dépassement d'heures de travail dans une journée, du temps de repos compensatoire devait être accordé le plus tôt possible.

[51] Ces nouvelles normes européennes ont obligé un réaménagement important dans l'horaire de travail des résidents. Comme la norme de 58 heures allait passer à 56 heures en 2007, on a cherché une solution basée sur la norme de 2007. En 2009, la norme fut encore réduite à 48 heures hebdomadaires. Dès mars 2008, 54% des hôpitaux londoniens se conformaient à cette norme. Après août 2009, seulement 69 résidents sur 10 000 au Royaume-Uni étaient censés travailler au-delà de la norme (moins de 1%), le tout évidemment sous réserve que les absences au travail imprévues devaient être comblées par d'autres médecins.

[52] Tous ces changements, poursuit le docteur Paice, n'ont pas impliqué de modifications dans la durée d'entraînement ou de formation des médecins si ce n'est que la durée a même parfois été raccourcie parce que la formation dorénavant ne

dépendait plus de l'obtention d'une promotion. En l'absence de promotion, les résidents étaient en effet invités à rechercher une autre spécialité. La formation de base de tous les médecins est par ailleurs passée de un à deux ans.

[53] Contre-interrogée, le docteur Paice déclare que la durée moyenne de formation d'un médecin spécialiste est de 14 ans. Le témoin convient également que les changements depuis le « New Deal » ont nécessité des coûts additionnels assez importants, spécialement parce que, proportionnellement parlant avec la plupart des pays industrialisés, le Royaume-Uni manquait de médecins. C'est ainsi qu'on a créé quatre nouvelles facultés de médecine. De même, l'augmentation des médecins et la durée de travail sur une moins longue période a engendré des augmentations au chapitre des sommes versées à titre de salaire. En revanche, il y a moins d'erreurs médicales, car, selon le docteur Paice, il y a une relation entre les erreurs commises et la durée des heures de travail et donc, il en résulte une diminution des coûts à ce titre.

[54] **Frédéric Dallaire** est résident en cardiologie pédiatrique. Il possède également un doctorat en épidémiologie et c'est à ce titre qu'il commente la valeur scientifique de certaines recherches et documentations déjà produites (pièces E-3 à E-7).

[55] L'épidémiologie, mentionne-t-il, est la science qui s'intéresse à l'analyse des populations humaines et qui permet d'apprécier la qualité des recherches sur les populations humaines, notamment la validité interne et externe d'une recherche.

[56] À propos des documents E-3 à E-7, il mentionne que E-4 constitue une revue de la littérature et comporte des lacunes, notamment parce qu'on ne peut trouver sur quelle base les auteurs ont décidé d'inclure les 21 recherches qu'elle évoque, de même que les bases sur lesquelles on a éliminé d'autres recherches. La pièce E-6 constitue un éditorial, c'est-à-dire qu'elle réfère uniquement à l'opinion des auteurs. Et bien que ces derniers réfèrent à un sondage qu'ils ont mené, ils ne mentionnent aucun standard de description de la méthodologie utilisée. Et E-3 n'est qu'un article d'opinion et E-5 constitue plutôt une analyse économique des coûts engendrés par des directives différentes en rapport avec la durée du temps de travail. E-7 enfin, constitue une recherche comparative sur les différences entre la période antérieure et ultérieure à la mise en place des nouveaux standards quant à la durée du temps de travail des résidents américains. Or, selon le témoin, beaucoup d'autres variables que ceux mentionnés peuvent en expliquer les résultats.

[57] **Anna Rahmani** est en dernière année de résidence de médecine interne. Durant ses cinq années de résidence, elle a oeuvré dans plusieurs des hôpitaux affiliés au CUSM. Elle a accompli ses cinq premières années d'études en médecine en Colombie-Britannique.

[58] Après avoir décrit le travail normalement effectué par un résident junior et senior, elle témoigne à propos des périodes de garde. Il y en a six par mois, incluant deux durant les fins de semaine.

[59] Particulièrement aux unités de soins intensifs, la journée normale de travail est très exigeante pour le résident qui, la plupart du temps, n'a à peu près pas le temps de manger autrement que sur le pouce. Lors d'une garde, la durée de travail qui a débuté vers 7h00 le matin, se termine à 8h00 le lendemain et en pratique, généralement vers 10h00, voire encore plus tard.

[60] Madame Rahmani explique qu'au début de la garde, elle se sent encore en forme pour travailler, mais la fatigue se fait sentir tant physiquement que mentalement vers 23h00. Vers 3h00, dit-elle, elle ne se sent pas la même personne et son état de fatigue s'accroît encore une heure ou deux plus tard. Il lui est même arrivé de se sentir « inhumaine », c'est-à-dire ne pas vouloir se rendre à l'urgence, lorsqu'appelée pour une ou plusieurs consultations. Pour pallier son manque de concentration et pour éviter des erreurs, elle a pris l'habitude de tout noter car elle ne se sent pas sécurisée face aux patients sous sa supervision.

[61] Contre-interrogée sur ses deux grossesses durant sa résidence, elle déclare qu'après avoir été quelque temps en arrêt préventif, elle a bénéficié d'un travail allégé, c'est-à-dire qu'elle fut exemptée de la garde jusqu'à son accouchement.

[62] **Wael Hanna** est en cinquième année de résidence en chirurgie générale. Il explique que, dans cette unité, le résident junior est le premier point de contact avec le patient. Il communique ensuite avec le résident sénior qui révise le cas et ultimement, ce dernier fait de même avec le patron. En chirurgie générale, pour être admissible aux examens du Collège Royal des Médecins et obtenir son accréditation, il faut avoir pratiqué 750 opérations.

[63] Les opérations électives sont fixées à l'avance à l'horaire. Elles sont effectuées de jour entre 8h00 et 16h00 environ et les résidents doivent aussi assurer les consultations à l'urgence. Vers 18h00, les résidents qui ne sont pas de garde retournent chez eux. Le résident sénior de garde peut retourner chez lui, mais doit rester disponible en tout temps dans un délai de 20 minutes sauf au service de traumatologie où le résident sénior doit demeurer sur place en tout temps. Le résident junior doit demeurer à l'hôpital.

[64] Selon le témoin, la garde de 24 heures constitue une expérience pédagogique unique. Il fait la planification pré-opératoire, il assiste à l'opération et s'occupe des soins post-opératoires. La durée de 24 heures donne une perspective globale sur les soins à prodiguer. La chirurgie, poursuit-il, implique non seulement une formation clinique (sur le diagnostic etc.), mais aussi une formation technique sur les habiletés opératoires et certaines de ces habiletés s'acquièrent la nuit à l'occasion d'interventions qui surviennent surtout à ce moment de la journée (les blessures par balles ou armes blanches ou encore les transplantations d'organes).

[65] Le docteur Hanna parle ensuite des « sign over », c'est-à-dire des transferts d'information entre les équipes de travail où l'on renseigne l'équipe suivante des faits

pertinents à l'égard de chaque patient. C'est souvent lors de ces rapports qu'on commet des erreurs d'omission, c'est-à-dire qu'on oublie de communiquer certains détails concernant un patient. Or si l'on change la durée des gardes (de 24 à 16 heures), il y aura vraisemblablement un rapport additionnel, ce qui risque d'augmenter les erreurs d'omission.

[66] Un chirurgien général doit aussi s'habituer à travailler de longues heures. Sa formation exige qu'il oeuvre aussi dans des hôpitaux en région, là où le patron est de garde et doit être en mesure d'opérer la nuit, le cas échéant, même s'il fait du bureau le jour. C'est lui qui doit assurer la préparation du patient avant l'opération, effectuer l'intervention chirurgicale elle-même et s'occuper des soins post-opératoires.

[67] Le témoin discute ensuite d'une étude qu'il a pilotée conjointement avec d'autres chercheurs. Il s'agit d'un sondage mené auprès de tous les résidents en chirurgie au Canada, à l'exception de ceux de Toronto. Le sondage portait sur les effets de limiter les heures de travail hebdomadaires à 80 heures et de raccourcir les périodes de garde de 24 à 16 heures. Le sondage a démontré que selon l'opinion des résidents, la limitation des heures de travail hebdomadaires causerait une grande amélioration des taux de « burn out » et de la qualité de vie en général. Elle entraînerait une grosse différence dans le style de vie des patrons. Il n'y aurait pas de différence dans les soins opératoires, non plus que dans l'expérience opératoire des résidents, mais il y aurait vraisemblablement le développement d'une mentalité de quart de travail (« shiftwork mentality ») ce qui serait désavantageux pour les patients.

[68] Pour ce qui est de l'horaire de garde de 24 à 16 heures, cela diminuerait l'expérience opératoire ainsi que des activités para-chirurgicales. Selon le docteur Hanna, ce type de changement est inévitable, mais il faut en étudier les impacts pour pallier les inconvénients avant de les implanter. Il faut que le résident effectue un aussi grand nombre d'interventions et il doit conserver une capacité physique d'opérer pendant de longues heures.

[69] **Jonathan Spicer** est résident en chirurgie générale. Il était président de l'Association lors du grief et vice-président de la Fédération des médecins résidents du Québec. Il est actuellement en troisième année de résidence et il a l'intention de se spécialiser en chirurgie thoracique et oncologique. Il a signé le grief collectif.

[70] Il explique qu'il est personnellement contre la limitation des heures de garde à 16 heures, mais il a signé le grief suite à la convocation d'une assemblée des membres et un vote en faveur de déposer un grief. À l'assemblée, seulement une centaine de membres étaient présents (sur 600). On a procédé aussi à un vote en ligne pour obtenir le plus d'opinions possible. Au total, 40% des membres se sont prononcés. 60% ont voté en faveur de déposer un grief collectif. 30 à 35% s'y opposaient et les autres votants se sont abstenus.

[71] Le docteur Spicer travaille au centre de traumatologie de l'Hôpital Général de Montréal. Il estime que sa santé n'a jamais été compromise par le système de garde de 24 heures. Il est en désaccord avec la modification du système de garde parce que le changement vise toutes les spécialités et cela pourrait avoir des conséquences désastreuses dans certaines d'entre elles, notamment la chirurgie où certains cas sont rares et se produisent généralement la nuit. Deuxièmement, lorsqu'on devient patron, ajoute-t-il, il faut souvent être de garde durant 24 heures et l'horaire du résident devrait refléter celui du patron. Troisièmement, ce n'est pas à l'Association de décider de l'exposition et du temps de formation intimement lié à la compétence du médecin. C'est le Collège Royal qui devrait fixer les balises de la formation du médecin spécialiste.

[72] **Ning Zi Sun** est en quatrième année de résidence en médecine interne au CUSM. Elle explique que le médecin responsable des résidents de médecine interne, le docteur Thomas Maniatis, a procédé à certains changements dans les heures de garde à compter de juillet 2009. Pour les résidents de deuxième et troisième années, les gardes en semaine sur les étages sont passées de 24 à 16 heures. Elles sont demeurées à 24 heures les fins de semaine ainsi qu'aux unités de soins intensifs. Les résidents de première année, eux, ont continué à faire des gardes de 24 heures.

[73] En juillet 2010, on a appliqué le même système pour les résidents de première année sur les étages; on a implanté des gardes de 16 heures durant les week-ends également.

[74] Le docteur Sun a apprécié ce nouveau système. D'une part, elle se sentait plus éveillée et mieux habilitée à faire son travail de nuit. D'autre part, ce nouveau système enlevait l'obligation d'être en congé le lendemain d'une garde, de sorte qu'elle connaissait mieux les patients dont elle s'occupait.

[75] **Justin Létourneau** est en troisième année de résidence en anesthésie. Il explique qu'un anesthésiste s'occupe non seulement des soins opératoires, mais il est également un spécialiste en réanimation. À ce titre, il peut être appelé à tout moment dans tous les départements de l'hôpital, notamment au centre de traumatologie et dans les unités de soins intensifs.

[76] Pour les soins opératoires, l'anesthésie est liée à la chirurgie et comme dans ce dernier domaine, les opérations de nuit ont lieu dans des conditions très différentes de celles prévalant le jour. Et l'expérience acquise de nuit est essentielle et très significative. Elle permet d'être exposé à des patients très malades et à des situations critiques où l'anesthésiste doit travailler de façon très autonome.

[77] Lui-même ne s'est jamais senti en insécurité physique la nuit. Il est presque toujours parvenu à se reposer lorsqu'il en sentait le besoin et il a obtenu facilement la collaboration de l'anesthésiste de garde et de l'inhalothérapeute le cas échéant. Il estime que le passage des gardes du résident en anesthésie de 24 à 16 heures réduirait ses heures de travail, donc son expérience, et diminuerait la qualité de sa

formation. Il ajoute que les anesthésistes, eux, travaillent souvent des périodes de 24 heures et les résidents devraient pouvoir travailler la même durée que les patrons, d'autant plus qu'il ne croit pas que diminuer les heures de garde rendrait les résidents plus alertes.

[78] **Pierre-Luc Bernier** est en sixième année de résidence en chirurgie cardiaque. Il entend se spécialiser en chirurgie cardiaque pédiatrique et congénitale. Les deux premières années de sa résidence ont été orientées vers la chirurgie proprement dite. La troisième a été consacrée à l'enrichissement clinique, c'est-à-dire la recherche. Et à compter de la quatrième, il a essentiellement fait de la chirurgie cardiaque, vasculaire et de la traumatologie.

[79] En chirurgie cardiaque, les gardes ont une durée de 24 heures et elles se font à domicile sans dépasser 9 par mois. Ces gardes permettent une appréciation complète de la condition du patient et de sa progression. Il est essentiel, selon lui, de travailler la nuit, car c'est pendant la nuit que plusieurs interventions particulières surviennent, par exemple les transplantations ou les dissections de l'aorte. Il est donc dans l'intérêt des résidents d'effectuer des gardes de 24 heures.

[80] Il n'a lui-même jamais considéré que sa santé était en péril à cause de la durée de ces gardes. On apprend à gérer sa fatigue et à prendre des moments de repos. Cela se fait assez facilement car ce n'est pas toutes les nuits qu'on est très occupé. Le docteur Bernier ne croit pas imaginable de réduire la durée des gardes dans sa spécialité. Ce serait dommageable pour les patients car cela augmenterait le nombre des rapports et à chaque fois, on perd de l'information. Ce serait également nuisible à la formation du résident, car s'il travaillait une semaine de nuit, il n'apprendrait à peu près rien cette semaine-là parce que de façon générale, il pourrait dormir durant la nuit. Il estime que l'exposition à certains cas serait réduite et la durée même de la formation risquerait d'être allongée, ce qui pourrait décourager certains étudiants en médecine de s'y engager.

[81] En pratique, dit-il, il n'y a que trois résidents en chirurgie cardiaque disponibles pour les gardes. Il en faudrait plus si la durée des gardes passait de 24 à 16 heures.

[82] **Jeffrey S. T. Barkun** est chef de la chirurgie générale au CUSM et à l'Université McGill depuis 2004. Il ne s'occupe pas directement des résidents. C'est le docteur Fata qui le fait, mais celle-ci se rapporte à lui.

[83] En première année, le CUSM ne compte actuellement que sur six à sept résidents, sans compter quatre autres qui proviennent du Moyen-Orient (et dont les coûts sont assumés par leur pays respectif). Les résidents, poursuit le témoin, doivent travailler dans tous et chacun des établissements du CUSM en plus de certains autres hôpitaux en région. Et la façon dont la garde est réalisée (à l'établissement ou à domicile) varie selon chacun des hôpitaux et selon l'expérience du résident. Pour les résidents de première année, cela se fait généralement en établissement.

[84] Questionné sur la durée des gardes (24 heures plutôt que 16 heures), le docteur Barkun mentionne que certaines interventions se produisent essentiellement la nuit et il est donc avantageux pour le résident de travailler la nuit pour y être exposé. Deuxièmement, lorsque le résident deviendra accrédité comme chirurgien, il sera souvent forcé de travailler 24 heures d'affilée (par exemple s'il travaille dans un hôpital régional) et il est avantageux qu'il s'y soit habitué comme résident. Troisièmement, il estime, après en avoir discuté avec son chef de programme (le docteur Fata), qu'il faudrait augmenter de 50% le nombre de résidents (passer de 6 ou 7 à 9) pour couvrir toutes les gardes. Ensuite, si le nombre de résidents est plus élevé et que le nombre d'interventions reste le même, il s'ensuivra que les résidents seront exposés à un moins grand nombre de cas au cours de leur résidence, ce qui risque d'entraîner l'augmentation de la durée de la résidence en chirurgie. Enfin, l'augmentation du nombre de gardes implique forcément des transferts (« sign over ») supplémentaires de patients et cela risque d'entraîner des omissions plus fréquentes pouvant donc affecter la qualité des soins.

[85] Si l'on diminue les heures de garde, ajoute-t-il, il faudrait une assez longue période d'adaptation pour s'ajuster et pallier l'ensemble de ces difficultés.

[86] Dans un autre ordre d'idées, le docteur Barkun mentionne que depuis 20 ans qu'il travaille au même endroit, il n'a jamais reçu de plainte ou n'a jamais été informé d'une situation où un résident s'est causé un tort à cause de son état de fatigue.

[87] Contre-interrogé, il estime que des gardes de 16 heures pourraient être envisageables pour les résidents de première année, mais cela serait déraisonnable à compter de leur deuxième année. Une telle éventualité aurait un effet négatif sur leur entraînement, leur exposition aux différentes interventions et même leur professionnalisme.

[88] **Patricia Zanelli** est chef du programme de médecine interne à l'Hôpital Général de Montréal (GMH). Elle y est responsable de l'entraînement d'environ 40 résidents en médecine interne. La résidence en médecine interne dure cinq années. Les trois premières sont communes à différentes spécialités. Les résidents font des gardes sur les unités ainsi qu'aux soins intensifs (ICU) et aux soins intensifs coronariens (CCU). Au GMH, les résidents couvrent donc trois unités sur lesquelles on retrouve une soixantaine de patients en plus des ICU et CCU.

[89] Sur les unités, jusqu'au 1^{er} juillet 2009, pour la nuit, il y avait un résident de première année, un étudiant en médecine et un résident sénior (2^e ou 3^e année) qui s'occupaient de l'ensemble des patients. Et il y avait un résident au CCU et un autre au ICU. À compter de juillet 2009, parce qu'on s'attendait à ce qu'éventuellement la durée des gardes doive être réduite, on a implanté un projet pilote où l'on retrouvait une équipe de nuit chargée de la garde de 20h00 à 08h00.

[90] Le projet ne s'adressait qu'aux résidents seniors (niveau 2 ou 3) et ne portait que sur les unités excluant donc les ICU et CCU. Comme les seniors affectés à l'équipe de nuit l'étaient pendant deux semaines à raison de cinq jours par semaine, il fallait combler leur absence (4 jours par deux semaines) par des relèves (« parachutants ») qui, elles, travaillaient 24 heures d'affilée. Le projet pilote comportait d'autres inconvénients, notamment au plan de la communication (un transfert de plus effectué par un résident obligé de rester sur place jusqu'à 20h00, moment de l'arrivée du résident de l'équipe de nuit). De même, le patron et le résident de nuit n'étaient pas directement en contact pendant deux semaines, ce qui causait des difficultés au plan de l'évaluation. Le résident de nuit, en outre, ne bénéficiait pas d'enseignement. Enfin, si le résident pour les deux semaines de la période où il n'oeuvrait pas de nuit était affecté à une sous-spécialité (par exemple la cardiologie), il pouvait arriver qu'il ne retourne en cardiologie que deux ou trois mois plus tard, ce qui diluait son apprentissage. En revanche, le projet a entraîné des résultats positifs. Par exemple, il n'y avait plus de résidents en congé après leur garde puisque celle-ci ne durait plus 24 heures, de sorte que les résidents restaient présents tous les jours sur les unités et pouvaient suivre d'autant mieux les patients. Il en a résulté pour les patients des congés plus hâtifs et une disponibilité plus grande de lits. Cette situation cependant a aussi entraîné plus d'admissions la nuit alourdissant de ce fait la tâche du résident oeuvrant la nuit, de sorte qu'on s'est demandé s'il ne serait pas utile d'augmenter l'équipe de soins pour cette période.

[91] En juillet 2010, on a décidé d'étendre le projet aux résidents de première année. En outre, le projet déjà en vigueur au Royal Victoria et au MGH a été entendu à l'Hôpital Juif de Montréal. Il ne s'appliquait toujours pas au CCU ni au ICU. À compter de cette date, dans ces trois hôpitaux, il y avait des équipes de nuit comptant un résident senior et un junior.

[92] **Julie Goulet**, conseillère en gestion des ressources humaines au Ministère de la Santé et des Services Sociaux a déposé un tableau comparatif des modalités de la garde dans les différentes provinces canadiennes.

[93] **Pierre Fréchette** est médecin urgentologue, à la retraite depuis 2009. De 1986 à sa retraite, il a été directeur des services professionnels, adjoint et coordonnateur des services d'urgence à l'Hôpital Enfant-Jésus de Québec, le plus gros centre tertiaire de soins spécialisés en traumatologie, les deux autres étant situés à Montréal (l'Hôpital Sacré-Coeur et l'Hôpital Général de Montréal). Il a contribué à mettre sur pied un réseau de traumatologie au Québec à compter de 1990, un défi qui s'apparente à la mise en place d'horaires de garde dont la durée est restreinte. En juillet 2010, il a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux pour présider un groupe de travail qui précisera les actions pertinentes pour réaliser une diminution des heures de travail consécutives des médecins résidents tout en assurant la sécurité des malades, la qualité de l'enseignement et des conditions de travail sécuritaires pour les résidents.

[94] Au moyen d'une présentation PowerPoint (E-23), le docteur Fréchette a commenté les différents témoignages et les articles scientifiques au soutien du grief présentés par les deux parties. En résumé, il estime qu'un modèle unique d'horaires de travail ne conviendrait probablement pas à tous les programmes de formation. La problématique du manque de sommeil et des heures consécutives de travail chez les résidents soulève des préoccupations importantes, mais la recherche à cet égard en est encore qu'à ses débuts. Et il faut être prudent avant de modifier le système afin de garantir à la fois la sécurité des malades et la qualité de la formation professionnelle tout en gardant un sain contrôle sur les dépenses publiques.

[95] En contre-interrogatoire, le docteur Fréchette a reconnu que le docteur Czeisler est probablement l'expert de plus reconnu pour ce qui concerne la privation de sommeil chez les médecins résidents. Comme la formation médicale est sensiblement la même au Canada et aux États-Unis, il n'a pas de raison de croire que les recherches du docteur Czeisler ne sont pas pertinentes pour le Québec. Lui-même, admet-il, a vécu lors de sa résidence les problèmes décrits par le docteur Czeisler, notamment des difficultés d'attention, des pertes de mémoire, les risques d'erreurs, l'extrême fatigue, etc. Le système actuel de garde, convient-il, constitue un risque accru pour la santé des résidents et celle des patients. Ce système doit prendre fin, mais un changement constituera un impact majeur. Il faudra trouver des accommodements dans des disciplines où il manque de résidents et de façon générale, le changement ne devra pas mettre en péril la santé des malades, ni la formation des médecins. Il faudra donc agir avec pondération. Et c'est pourquoi le docteur Fréchette estime douteux qu'on puisse appliquer une norme uniforme dans toutes les spécialités.

[96] **Heather Abrahams** est chef de l'unité de médecine familiale à l'Hôpital Général Juif de Montréal. Elle est directrice du programme de résidence en médecine familiale dans lequel on retrouve 22 résidents de première année et 20 de deuxième année. Elle rappelle que le programme de résidence doit être accrédité par le Collège des médecins de famille du Canada qui en fait une révision tous les quatre ans.

[97] Le programme de résidence s'étale donc sur deux ans et contient 26 périodes de 4 semaines. Pendant six mois les résidents oeuvrent dans des unités de médecine familiale et le reste du temps, ils sont affectés à différentes spécialités pertinentes (ICU, CCU, urgence, pédiatrie, médecine interne, obstétrique etc.). Les résidents font l'objet d'une évaluation après chacune des 26 périodes de rotation. Plusieurs d'entre eux (de 25 à 50%) sollicitent une formation additionnelle d'une année, même après avoir obtenu leur certification.

[98] Quand les résidents sont affectés à une unité comme les soins intensifs par exemple, ils font le même type de garde que tous les autres résidents des soins intensifs. Et quand ils vont en région (ils doivent y travailler 2 mois dans leur formation), ils accomplissent des gardes de 24 heures bien qu'ils le fassent quelquefois depuis leur domicile.

[99] Le docteur Abrahams explique qu'il y a plusieurs avantages aux gardes de 24 heures. En obstétrique par exemple, il n'est pas rare que la période au cours de laquelle la patiente arrive à l'hôpital et accouche de son enfant s'étende sur plusieurs heures. Le résident sur place a intérêt pour sa formation à être présent tout au long. De même, il y a des situations qui se produisent surtout la nuit et c'est à ce moment-là quand le résident est plus ou moins autonome, qu'il lui faudra prendre des décisions. Elle estime donc très utile que les gardes s'étendent sur 24 heures. Et il ne lui est jamais arrivé qu'un résident se dise trop épuisé pour compléter une garde, d'autant plus que le résident dispose d'une chambre où il peut se reposer. Jamais non plus n'a-t-elle entendu parler d'un problème de santé ou de sécurité chez un résident par rapport à une garde.

[100] En outre, ajoute-t-elle, suite au grief, on s'est penché sur l'idée de réduire la durée des gardes et il est apparu extrêmement compliqué d'imaginer une cédule de gardes où le résident serait quand même exposé à une expérience clinique équivalente. Selon elle, la formation du résident risquerait d'en souffrir et surtout dans l'éventualité d'une équipe de nuit pendant une semaine à chaque période, les patients de ce résident ne pourraient être suivis par lui durant le jour à l'hôpital.

[101] **Eric Himaya** est en cinquième année de résidence en obstétrique gynécologie à l'Université Laval. Il explique que les résidences dans sa spécialité se font principalement dans deux centres hospitaliers, le CHUL et l'Hôpital St-François d'Assise. Les résidents font des gardes durant les cinq ans de spécialité. En oncologie, les gardes se font à la maison; c'est aussi le cas de la gynécologie au CHUL. Mais la grande majorité du temps de résidence, les gardes ont lieu en établissement.

[102] Le docteur Himaya a fait des gardes d'une durée de 24 heures jusqu'au début juillet 2010. Un peu avant cette date, le directeur du programme (le docteur Jacques Mailloux) a voulu qu'on mette sur pied un projet pilote où la durée des gardes n'excéderait pas 16 heures. Vers le mois de mai 2010, la responsable du stage à St-François d'Assise a demandé au docteur Himaya d'élaborer lui-même un projet de gardes, ce qu'il a fait. Ce projet pilote, en place depuis le début juillet à St-François d'Assise pour une durée de six mois a été renouvelé pour une période indéfinie. Le docteur Himaya a déposé une illustration de ce que représentent les gardes pour le mois d'octobre 2010 (pièce S-26).

[103] Il y a huit résidents en gynécologie obstétrique actuellement à l'Université Laval. Chacun d'eux fait trois à quatre nuits par mois. À cette occasion, le résident ne travaille pas ni le jour où il commence sa garde à 23h00, ni celui où il la termine à 8h00. Si le nombre de résidents est au minimum de cinq, il serait possible de faire un horaire de garde de même type, car chacun des résidents ne ferait que six gardes de nuit par mois.

[104] Le témoin ajoute que le projet pilote a été élaboré pour le CHUL en même temps que St-François d'Assise. L'horaire de garde du CHUL était au départ différent de celui

de St-François d'Assise mais les deux sont confectionnés sur le même modèle (celui de St-François d'Assise) depuis septembre 2010 et ils fonctionnent bien.

[105] Selon le docteur Himaya, même s'il y a un transfert de plus par jour (celui de 23h00), il n'y a pas plus de risques pour les patients, les dangers reliés à la perte d'information durant les transferts étant compensés par le fait que les résidents sont plus alertes et moins fatigués. Il n'y a pas moins d'heures de travail par mois, mais seulement une réorganisation des heures. Cela ne nuit ni à la formation, ni au suivi des patients.

[106] En contre-interrogatoire, le docteur Himaya convient que dans les autres spécialités, à sa connaissance, on fonctionne encore selon des horaires en garde de 24 heures. Il arrive aussi, par exemple lors de journées de congrès où la présence des résidents est obligatoire, qu'on ne puisse assigner de garde un résident durant la nuit qui suit. Le patron qui est de garde doit se débrouiller sans la présence d'un résident.

[107] Réentendu en contre-preuve, le docteur Frédéric Dallaire a commenté deux des articles scientifiques déposés par le docteur Hanna (pièces E-10 et E-11). Pour l'article E-11, il mentionne qu'il comporte des erreurs de méthodologie grossièrement inacceptables et qu'en plus, l'article porte sur le nombre total d'heures de travail et non sur les heures de travail continu. Pour ce qui est de E-10, l'étude est bien faite mais encore une fois, elle porte aussi sur le nombre d'heures de travail par semaine. Le docteur Dallaire dépose aussi un exemple d'horaire de garde respectant une limite de 16 heures dans des spécialités comptant cinq ou six résidents. Cet exemple a été bâti par le comité des affaires syndicales de la Fédération des médecins résidents du Québec, comité qu'il préside depuis un certain temps. Cet exemple a pour objectif d'appuyer la fédération dans ses négociations avec le Ministère des affaires sociales à propos de modifications recherchées à l'article 12 du contrat de travail.

[108] **Vincent Guay-Langevin** et **Karen Woo** sont respectivement résident de quatrième année en anesthésie à l'Université de Sherbrooke et résidente en troisième année de gynécologie obstétrique à McGill. Ils ont tous deux commenté des horaires de garde en vigueur dans leur spécialité au sein d'hôpitaux universitaires où ils font leurs études. En anesthésie à Sherbrooke, pour ce qui concerne les gardes en anesthésie, les résidents travaillent sur une équipe de nuit pendant un mois par année. Le reste de l'année, ils oeuvrent de jour et de soir. Le soir, ils terminent à 22h00. Selon cet horaire, les résidents ne travaillent pas 24 heures d'affilée.

[109] En obstétrique gynécologie à McGill, les résidents oeuvrant au Royal Victoria et à l'Hôpital Juif de Montréal travaillent aussi de nuit sur des quarts de 14 heures. Sur l'équipe de nuit, un résident travaille au minimum deux semaines et au maximum quatre semaines d'affilée. Les résidents qui travaillent de jour et de soir ne travaillent pas plus de 16 heures, sauf une journée par mois, le samedi où ils sont de garde durant 24 heures d'affilée.

[110] Les docteurs Guay-Langevin et Woo mentionnent que leurs horaires permettent une aussi bonne exposition et formation qu'un horaire où il y a des quarts de travail de 24 heures. Les résidents sont plus heureux et moins fatigués et leur apprentissage en est facilité.

2. PLAIDOIRIES

[111] Les procureurs ont abondamment et habilement plaidé leur position respective. Et, au risque de leur faire injure, je résume extrêmement brièvement leur point de vue.

[112] L'**Association** soumet que le grief ne vise que la garde en établissement et non la garde à domicile. L'entente collective dont fait partie la clause 12.14 a été négociée et signée par le Ministre de la santé et des services sociaux (ci-après désigné comme le MSSS). Le gouvernement est donc partie prenante à l'entente collective et, pour cette raison, la Charte canadienne s'applique au présent litige tout autant que la Charte québécoise. Or la preuve démontre une atteinte à l'intégrité et à la sécurité des résidents comme celle des patients. Il y a donc violation de l'article 7 de la Charte canadienne et de l'article 1 de la Charte québécoise. En outre, l'article 46 de la Charte québécoise qui traite du droit à des conditions de travail justes et raisonnables est enfreint.

[113] L'**Employeur** réitère d'abord son objection à la compétence de l'arbitre dans un tel litige. Il plaide que la situation contestée existe depuis des temps immémoriaux et n'a jamais donné lieu à une contestation. Il ajoute qu'il n'y a aucun fait concret mis en preuve pouvant donner assise au grief car on n'a fait la démonstration d'aucune plainte ou d'aucune situation ayant engendré des dommages. La preuve sur la situation aux ÉTATS-UNIS ou encore en Angleterre ne peut être importée à la situation au Québec, aucune étude québécoise de même nature n'ayant été réalisée. Le procureur souligne les impacts majeurs du litige en termes financiers, de même que les différences importantes selon les spécialités concernées. La durée de la formation et l'opinion du Collège Royal doivent aussi être prises en compte. Enfin, il mentionne que les conclusions recherchées entravent la liberté et l'autonomie professionnelle des résidents qui sont d'accord avec des gardes prolongées pour leur assurer une meilleure formation.

3. DÉCISION ET MOTIFS

A. Remarques préliminaires

[114] Le litige conteste le fait que, via la clause 12.14 de l'entente collective, les résidents peuvent être obligés de travailler durant 24 heures d'affilée lorsqu'ils font du service de garde en établissement. Cette situation, selon le libellé du grief, va à l'encontre de la Charte canadienne et de la Charte québécoise.

[115] *In limine litis*, l'Employeur soulevait une objection préliminaire contestant la compétence d'un arbitre de griefs sur un litige de cette nature. Les deux parties ayant sollicité une décision interlocutoire sur cette question de compétence, j'ai accepté de le faire et, le 16 octobre 2009, je décidais de rejeter l'objection préliminaire. Cette sentence interlocutoire a fait l'objet d'une requête en révision judiciaire qui fut rejetée par la Cour supérieure et permission d'appel ne fut pas accordée. L'audition s'est poursuivie sur 15 jours. Elle a pris fin le 6 avril 2011.

[116] À l'occasion des plaidoiries, le procureur patronal a réitéré son objection à la compétence de l'arbitre au motif additionnel que le MSSS avait accepté de modifier les horaires de garde à la table de négociation et que l'arbitre ne devrait pas s'immiscer dans un débat dont le but, prétendait-il, était d'obtenir une rémunération additionnelle. L'Association s'est fortement objectée à ces remarques non fondées sur la preuve au dossier.

[117] Je rapporte ce qui précède pour souligner que je n'ai évidemment pas à discuter sur cette base. J'ai été valablement saisi d'un grief et j'ai décidé, le 16 octobre 2009, que l'arbitre est le forum compétent pour disposer du litige. Je réitère, si besoin était, les motifs que j'exposais dans ma décision interlocutoire à l'appui de ma compétence et j'entends, dans les pages qui suivent, fournir en fonction de la preuve administrée devant moi et le droit applicable, mes conclusions sur le bien-fondé du grief.

[118] Avant d'énoncer mes conclusions à l'aide du droit et de la jurisprudence applicables, il importe de fournir mon appréciation générale de la preuve.

B. Appréciation de la preuve

[119] Au chapitre consacré à la preuve, j'ai fourni, au bénéfice du lecteur, un résumé des différents témoignages entendus. Il s'agit, je le répète, d'un résumé couvrant mille pages de notes sténographiques. Je n'ai pas l'intention de reprendre un à un chacun des témoignages, mais plutôt de mentionner les faits m'apparaissant les plus probants et pertinents. Je commencerai par les témoignages des résidents et des médecins responsables de certaines spécialités.

[120] Plusieurs résidents ont décrit leur expérience personnelle à l'égard des gardes de 24 heures en établissement. Certains d'entre eux (par exemple les docteurs Bestawros, Anderson et Rahmani) ont souligné les difficultés reliées au manque de sommeil. Ils ont parlé de grande fatigue ressentie à partir de minuit, culminant autour de 4h00 du matin. Ils ont parlé de ralentissement physique et cognitif et d'erreurs médicales à cause de l'état de fatigue. Le docteur Anderson a parlé de malaises (maux de tête, nausées, maux de jambes, hypotension orthostatique). Le docteur Rahmani a parlé de « se sentir inhumain » parfois, ce qui entraine directement en contradiction avec ses raisons d'exercer la médecine.

[121] D'autres résidents, en revanche, surtout en chirurgie générale ou anesthésie, ont mentionné que des gardes de 24 heures leur permettaient une expérience pédagogique unique, leur fournissaient une formation technique élaborée, surtout pour ce qui se passe durant la nuit. Cela augmentait leur expérience opératoire. Ils n'ont pas ressenti de problèmes de santé reliés à la durée des gardes.

[122] Certains résidents ont mentionné qu'une garde diminuée à 16 heures signifierait un transfert (« sign over ») de plus, ce qui risquait d'entraîner une perte d'information. D'autres, à ce sujet, ont dit que les inconvénients reliés au transfert additionnel sont compensés par l'état physique du résident, moins fatigué et plus alerte.

[123] La preuve révèle que le grief a été déposé suite à un vote chez l'ensemble des résidents. 40% des membres se sont prononcés. De ce nombre, 60% voulaient qu'on loge le grief collectif. 30 à 35% s'y opposaient et les autres s'abstenaient.

[124] Je retiens de cette preuve que la majorité des résidents s'étant exprimés, estimaient que cette condition de travail (garde en établissement de 24 heures) est déraisonnable et justifie le dépôt d'un grief. Beaucoup s'y opposaient parce qu'ils estiment que leur formation serait moins complète et parce qu'ils ne ressentent pas d'inconvénients majeurs.

[125] L'exposé qui précède doit maintenant être examiné à la lumière des témoignages d'experts qui m'apparaissent d'importance capitale.

[126] Le docteur Godbout a témoigné principalement sur l'importance du rôle du sommeil et l'impact de la privation de sommeil. Il explique que la fragmentation du sommeil produit des effets pires que la privation totale qui, elle-même, génère de l'irritabilité, de l'impulsivité, un manque de mémoire, de concentration et de discernement. Il devient difficile, ajoute-t-il, d'exercer un bon jugement. L'attention et l'alerte sont diminuées, ce qui risque d'engendrer des erreurs de commission et d'omission.

[127] Pour ce qui est du docteur Czeisler, un spécialiste réputé en médecine du sommeil, discipline qu'il enseigne à l'Université Harvard, il a effectué de nombreuses recherches sur la privation de sommeil chez différents professionnels (astronautes,

policiers, pompiers, etc.) y compris les résidents en médecine (en 2008). Selon lui, les recherches scientifiques démontrent que la privation de sommeil entraîne des problèmes de santé et un risque accru d'hypertension, de diabète, d'obésité, de dépression, de problèmes cardiaques ou vasculaires.

[128] Je réfère le lecteur au chapitre de la preuve pour plus de précisions, mais il suffira de rappeler que ses recherches établissent que les résidents travaillant 24 heures d'affilée font 36% plus d'erreurs que ceux travaillant 16 heures. Les premiers font cinq à six fois plus d'erreurs diagnostiques. Un résident sur cinq a reconnu avoir commis des erreurs reliées à la fatigue lorsqu'il travaillait 24 heures ou plus. Et un sur 20 reconnaissait, dans les mêmes circonstances, avoir commis une erreur ayant causé la mort d'un patient. Selon le docteur Czeisler, ses recherches prouvent qu'une durée de travail de plus de 16 heures fait courir des risques plus élevés aux patients, aux résidents, aux familles de ces derniers et même aux usagers de la route. Le témoin a par ailleurs reconnu que certains résidents sont plus vulnérables que d'autres pour toutes sortes de raison. Il a aussi admis que ses recherches se sont limitées aux résidents oeuvrant aux États-Unis.

[129] Dans un autre ordre d'idées, le docteur Paice, anciennement doyenne des études de troisième cycle pour les résidents de Londres, a expliqué qu'il arrivait dans les années 1990 que les résidents travaillent souvent jusqu'à 32 heures d'affilée. Elle a interviewé 1100 des 1500 résidents de la région londonienne en 1992 et elle s'est rendue compte que le travail excessif, la fatigue et la privation de sommeil étaient des problèmes majeurs. En 2004, pour se conformer aux normes du Parlement Européen, on a établi des horaires de travail d'au maximum 58 heures par semaine comportant des journées maximales de 13 heures. Ces normes ont exigé des réaménagements importants et il a fallu recourir à plus de médecins (on a même créé quatre nouvelles facultés de médecine).

[130] Je termine le chapitre de la preuve d'experts en commentant le témoignage du docteur Fréchette même s'il n'a pas témoigné en qualité d'expert en médecine du sommeil. Médecin urgentologue de grande expérience, il a été mandaté par le MSSS pour présider un groupe de travail sur les actions à entreprendre pour diminuer les heures consécutives de travail des résidents. Il a reconnu la grande expertise du docteur Czeisler et il affirme que la formation médicale au Québec étant sensiblement la même qu'aux États-Unis, les recherches du docteur Czeisler sont tout aussi pertinentes pour la situation au Québec. Il a lui-même vécu les problèmes soulevés par le docteur Czeisler (difficultés d'attention, de mémoire, risque accru d'erreurs, extrême fatigue). Et il convient que le système actuel de garde constitue un risque accru pour la santé des résidents et des patients. En revanche, il estime qu'un modèle unique d'horaire de travail s'adapterait mal à certains programmes de formation et il faut se montrer prudent avant de modifier un système pour s'assurer de garantir la sécurité des malades et la qualité de la formation professionnelle.

[131] Je retiens donc ceci de l'ensemble de la preuve. On a établi à ma satisfaction qu'un horaire de garde en établissement d'une durée de 24 heures est dangereux pour la santé des résidents et génère chez beaucoup d'entre eux des problèmes physiques, voire psychiques. Certains sont moins affectés que d'autres, mais beaucoup d'entre eux souffrent de problèmes d'attention, de concentration, de mémoire et de fatigue extrême. Non seulement un tel horaire met-il en péril leur santé, mais par ricochet, il met aussi en péril celle des malades qui peuvent devenir victimes d'erreurs médicales.

[132] Les résidents risquent aussi de se blesser à cause d'un manque d'attention lié à la fatigue et la preuve révèle même que leur retour à la maison après une garde de 24 heures sans sommeil est dangereux (cf. témoignage du docteur Czeisler sur les accidents d'auto et les « near miss car crashes »).

[133] Contrairement au procureur de l'Employeur, je suis d'avis que la preuve établit une série de faits vécus par plusieurs résidents qui portaient atteinte à leur santé physique (fatigue extrême, manque d'attention, de concentration et de mémoire) ou psychique (humeur irritable, le fait de se sentir inhumain, etc.). Il n'y a peut-être jamais eu de plaintes formelles avant le grief, mais cela ne signifie pas, bien au contraire, que l'horaire de garde en établissement d'une durée de 24 heures n'était pas nocif à la santé des résidents et des patients.

C. La Charte canadienne des droits et libertés

[134] Le grief, on le sait, demande au tribunal de déclarer inopérante la clause 12.14 de l'entente liant les médecins résidents du fait qu'elle oblige ces derniers à travailler jusqu'à 24 heures d'affilée. Pour le bénéfice du lecteur, je reproduis immédiatement cette clause 12.14 :

12.14 Dès qu'un résident a travaillé durant dix-huit (18) heures au cours d'une période de vingt-quatre (24) heures, il doit être libéré de son horaire régulier de base suivant immédiatement sa garde, pour une période d'au moins vingt-quatre (24) heures. En aucun cas, le résident ne doit travailler plus de vingt-quatre (24) heures.

[135] Pour ce qui est de la Charte canadienne, ses articles 1 et 7 garantissent à chacun le droit à la sécurité de sa personne. Ces deux dispositions se lisent ainsi :

1. [Droits et libertés au Canada.] La *Charte canadienne des droits et libertés* garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

....

7. [Vie, liberté et sécurité.] Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

[136] Par ailleurs, la Charte, on le sait, prévoit à son article 32 qu'elle s'applique au Parlement et au gouvernement du Canada ainsi qu'à toutes les législatures et gouvernements provinciaux. La première question à se poser est de vérifier si l'entente collective et sa clause 12.14 sont une matière relevant du gouvernement québécois.

[137] La jurisprudence nous enseigne que la Charte s'applique à une activité, même si elle résulte d'un acte qui n'est pas accompli par le gouvernement lorsque celui-ci possède un contrôle si important sur cet acte, qu'il peut être considéré comme un acte gouvernemental. Dans l'arrêt Lavigne c. Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario¹, il s'agissait d'un professeur qui, en vertu de sa convention collective, était assujéti obligatoirement à une clause de précompte obligatoire (formule Rand). Il prétendait que cette disposition violait son droit à la liberté d'association garanti par l'article 2 de la Charte. La Cour suprême a rejeté ses prétentions, mais elle a reconnu que la Charte s'appliquait en l'espèce même si le gouvernement n'était pas partie à cette convention collective parce que le Conseil des gouverneurs est une émanation du gouvernement et que le Ministre exerçait un plein contrôle sur ses activités. Aux pages 39 et 43, on peut lire ceci :

« Que nous enseigne donc la jurisprudence jusqu'à maintenant? Il me semble que les arrêts de la Cour établissent qu'il y a deux façons dont la *Charte* peut être invoquée. Premièrement, elle s'applique aux actes du « gouvernement ». Ce qui constitue le « gouvernement » à cette fin comprend non seulement les branches législative, exécutive ou administrative du gouvernement, au sens que le juge McIntyre a donné à ce mot dans *Dolphin Delivery*, mais encore d'autres organismes gouvernementaux non traditionnels, comme ceux dont il a été question dans les arrêts *Slaight Communications* et *McKinney*. Autrement dit, la *Charte* s'applique aux entités « gouvernementales » au sens large. Deuxièmement, une activité fera l'objet d'un examen fondé sur la *Charte* si, bien que l'acte n'ait pas été accompli par le « gouvernement », il était assujéti à un contrôle si important de la part du gouvernement qu'il peut en fait être considéré comme un acte gouvernemental aux fins de la *Charte*.

(p. 39)

...

À mon avis, le gouvernement contrôle l'École des mines et le Conseil des gouverneurs, de sorte que ces entités devraient être considérées comme faisant

¹ Rapporté à (1991) 2 R.C.S. 211;

partie du gouvernement aux fins de l'art. 32. Je conclus donc que l'application du critère de contrôle laisse fortement à penser que le paiement forcé de cotisations au syndicat, en raison de l'action conjointe du Conseil et du SEFPO, constitue une action gouvernementale aux fins de la *Charte*. »

[138] Dans le cas sous étude, il est très clair que l'entente collective liant les médecins résidents et les établissements hospitaliers universitaires est un acte du gouvernement. La loi sur l'Assurance-maladie (L.R.Q. ch. A-29) le stipule clairement. On peut lire ce qui suit à l'article 19.1 :

« 19.1. Le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, conclure avec un organisme représentatif des résidents en médecine une entente sur les conditions de travail applicables aux résidents en médecine en stage de formation auprès des établissements qui ont conclu un contrat d'affiliation, une entente ou un contrat de services conformément à l'article 110 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou auprès des établissements affiliés à une université au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

Le douzième alinéa de l'article 19 s'applique à cette entente. »

[139] Cette disposition établit à n'en pas douter le contrôle du Ministre, tant sur la négociation de l'entente collective que sur les établissements où l'entente s'appliquera. *In fine* en effet, l'article réfère au 12^e alinéa de l'article 19, lequel stipule que toute entente lie la Régie, les agences et les établissements.

[140] Ceci précisé, reste à décider si le fait que l'article 12.14 de l'entente a pour effet d'obliger les résidents à travailler jusqu'à 24 heures d'affilée, contrevient aux articles 1 et 7 de la Charte canadienne.

[141] La notion de sécurité de la personne comprend celle d'intégrité physique et psychologique de la personne. L'article 7 de la Charte canadienne protège donc les personnes à l'encontre d'actes de l'État qui ont des conséquences sérieuses ou dangereuses sur leur santé.

[142] Le professeur Christian Brunelle trace un parallèle entre les notions de sécurité de la Charte canadienne et celle d'intégrité de la Charte québécoise. L'extrait qui suit est intéressant non seulement à cause du parallèle entre « sécurité » et « intégrité », mais encore parce qu'il traite de la notion de « principes de justice fondamentale »

contenue à l'article 7 de la Charte canadienne sur laquelle je reviendrai. Le professeur Brunelle écrit ceci²

« A- La vie, la liberté, la sûreté, l'intégrité et le secours

L'article 1 de la *Charte québécoise* accorde à « tout être humain » le « droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne ». L'article 2 de la Charte ajoute que « tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours ». La *Charte canadienne* offre, à son article 7, une garantie similaire en affirmant que « [c]hacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne » tout en précisant qu'« il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale ». Si « cette disposition n'est pas limitée au contexte pénal », son application a d'abord été réservée aux atteintes « qui résultent d'une interaction de l'individu avec le système judiciaire et l'administration de la justice ». Toutefois, cette dernière exigence semble maintenant levée. Pour sa part, l'article 1 a) de la *Déclaration canadienne des droits* reconnaît, « le droit d'un individu à la vie, à la liberté, à la sécurité de l'individu [...] et le droit de ne s'en voir privé que par l'application régulière de la loi ».

Alors que « les principes de justice fondamentale » et « l'application régulière de la loi » peuvent en quelque sorte limiter le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne que consacrent les documents canadiens, l'article 1 de la *Charte québécoise* ne comporte pas cette limite intrinsèque. La protection offerte par le texte québécois pourrait donc être plus généreuse.

Au sujet des « principes de justice fondamentale » auxquels renvoie l'article 7 de la *Charte canadienne*, la jurisprudence nous enseigne « qu'ils varient selon le contexte dans lequel ils sont invoqués » et se trouvent « dans les préceptes fondamentaux de notre système judiciaire, de même que dans les composantes de notre système juridique ». On pourra puiser notamment dans la common law et l'histoire législative, la pratique législative et judiciaire canadienne, le droit étranger, le droit international, les droits et libertés reconnus par la *Charte canadienne* ou les autres instruments canadiens de protection des droits fondamentaux pour déceler « les principes de justice fondamentale ».

Notons que la nécessité de maintenir un « juste équilibre entre les droits individuels et les intérêts de la société » participe également de la « justice fondamentale » mais « il ne s'agit pas en soi d'un principe de justice fondamentale distinct » :

« La pondération des droits individuels et des intérêts sociétaux dans l'analyse fondée sur l'art. 7 n'est pertinente que pour préciser un principe de justice fondamentale en particulier. »

² BRUNELLE, Christian, « Les droits et libertés fondamentaux », École du Barreau du Québec, Droit public et administratif, vol. 7, Collection de droit 20102011, Cowansville, Éd. Yvon Blais 2010;

En clair, c'est « lorsqu'ils déduisent ou interprètent le contenu et la portée des principes mêmes de justice fondamentale » que les tribunaux devront « tenir compte de la pondération des droits et intérêts ». (pp. 44 et 45)

...

3. La sécurité

On peut raisonnablement soutenir « que la notion de sécurité de la personne comprend l'autonomie personnelle, du moins en ce qui concerne le droit de faire des choix concernant sa propre personne, le contrôle sur sa propre intégrité physique et mentale, et la dignité humaine fondamentale, tout au moins l'absence de prohibitions pénales qui y fassent obstacle ». Ainsi comprise, la notion de sécurité inclut en quelque sorte la notion d'intégrité physique et psychologique. Elle protège l'individu contre les actes de l'État qui ont des conséquences physiques et psychologiques « sérieuses », « graves » ou « néfastes » sur lui. Le législateur québécois aura plutôt cru bon d'offrir une protection spécifique à l'« intégrité », qu'elle soit physique, morale ou psychologique, par le biais de l'article 1 de la Charte. (p. 48)

[143] La Cour suprême a décidé, dans l'arrêt R. c. Morgentaler³, que le droit à la sécurité est en cause lorsqu'une disposition met en péril la vie ou la santé d'une personne. Aux paragraphes 84 et 85 de cet arrêt, on peut lire:

« 84. En règle générale, le droit constitutionnel à la sécurité de la personne doit inclure une forme de protection contre l'intervention de l'État lorsque la vie ou la santé d'une personne est en danger. La *Charte*, cela va sans dire, ne protège pas les hommes et les femmes contre les infortunes, même les plus graves, dues à la nature. L'article 7 ne saurait être invoqué simplement parce que la vie ou la santé d'une personne est en danger. De toute évidence, on ne saurait dire que l'État a violé, par exemple, la sécurité de la personne d'une femme enceinte simplement parce que sa grossesse, en elle-même et par elle-même, représente un danger pour sa vie ou sa santé. Il doit y avoir intervention de l'État pour qu'il y ait violation de la « sécurité de la personne » visée à l'article 7.

85. Si une règle de droit criminel empêche une personne d'obtenir un traitement médical approprié lorsque sa vie ou sa santé est en danger, l'État est alors intervenu et cette intervention constitue une violation de la sécurité de la personne de cet homme ou de cette femme. La « sécurité de la personne » doit inclure un droit au traitement médical d'un état dangereux pour la vie ou la santé, sans menace de répression pénale. Si une loi du Parlement force une personne dont la vie ou la santé est en danger à choisir entre, d'une part, la perpétration d'un crime pour obtenir un traitement médical efficace en temps opportun et, d'autre part, un traitement inadéquat ou pas de traitement du tout, le droit à la sécurité de la personne est violé.

(soulignement ajouté)

³ Rapporté à (1988) 1 R.C.S. 30;

[144] Par analogie, on peut inférer de ces passages l'idée que si se conformer à une clause contractuelle à laquelle est partie le gouvernement a pour effet de mettre en danger la santé physique et psychique du médecin résident ou encore de mettre en péril les soins de santé que les patients sont en droit de recevoir lorsqu'ils sont hospitalisés, le droit à la sécurité de la personne du résident et de la personne du patient est mis en péril. Une telle disposition contractuelle contrevient à l'article 7 de la Charte canadienne.

[145] L'article 7 de la Charte canadienne stipule qu'on peut porter atteinte à l'un des droits y énumérés « en conformité avec les principes de justice fondamentale ». L'arrêt Ville de Longueuil c. Godbout rendu par la Cour suprême en 1997⁴ est intéressant à ce propos. La Ville de Longueuil prévoyait dans sa réglementation que ses fonctionnaires devaient résider sur son territoire. L'intimée Godbout plaidait une atteinte aux droits à la liberté de la personne. Au paragraphe 74 et suivants, la Cour suprême écrivait ceci :

74. Au terme de l'art. 7, une atteinte aux droit à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne par l'État ne contrevient à la *Charte* canadienne que s'il y a manquement aux « principes de justice fondamentale ». Au cours des années qui ont suivi l'adoption de la *Charte*, notre Cour a maintes fois été appelée à interpréter cette expression afin de déterminer si, dans des cas donnés, il y avait effectivement eu contravention à la *Charte*. Au début, se posait la question de savoir si les principes de justice fondamentale comportaient un élément matériel en plus des garanties prévues par les principes de justice naturelle ou d'équité procédurale. Notre Cour a tranché cette question dans l'arrêt *Renvoi : Motor Vehicle Act de la C.-B.*, [1985] 2 R.C.S. 486; tous les juges de la formation saisie du pourvoi ont convenu que les principes de justice fondamentale ne se limitaient pas aux règles procédurales mais comprenaient également un élément matériel. Cela signifiait que les atteintes aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, pour résister à un examen fondé sur la *Charte*, doivent être « fondamentalement justes » non seulement sur le plan procédural mais également quant aux buts visés en conformité avec les préceptes fondamentaux de notre processus judiciaire et de notre système juridique en général; voir *Renvoi : Motor Vehicle Act de la C.-B.*, à la p. 512; *Beare et Lyons*, précités.

...

76. Toutefois, tout comme notre Cour a appuyé sur des principes et des politiques déterminés les analyses effectuées dans des cas donnés, elle a aussi reconnu que l'examen « [d]es principes de justice fondamentale » comporte souvent une opération plus générale de pondération des droits constitutionnels individuels et des intérêts de l'État. En d'autres termes, il est apparu que la détermination de la question de savoir si, dans un cas particulier, les principes de justice fondamentale avaient été respectés non seulement requéraient d'évaluer l'atteinte en cause en fonction des principes particuliers applicables à l'espèce

⁴ Rapporté à (1997) 3 R.C.S. 844;

mais permettait également de se demander, plus généralement, s'il était possible dans les circonstances de porter atteinte de façon justifiable aux droits particuliers à la vie, à la liberté ou à la sécurité de la personne revendiqué en l'espèce, compte tenu des intérêts ou des buts visés par l'atteinte. Je considère que l'application de ce critère d'évaluation dans l'examen de l'aspect de l'art. 7 relatif à la justice fondamentale est tout à fait censé et parfaitement compatible avec l'objet et la portée de cette disposition, car l'idée que les droits individuels puissent, dans certaines circonstances, être subordonnés à des intérêts collectifs réels et impérieux constitue elle-même un précepte fondamental de notre système juridique autour duquel s'articulent nos convictions juridiques les plus profondes. Il n'est que de consulter la *Charte* elle-même pour s'en persuader. Sous la forme qu'elle prend à l'art. 7, la notion de pondération des droits individuels et des intérêts collectifs elle-même exprime ce qu'on peut à bon droit qualifier de « principe de justice fondamentale » qui, s'il est respecté, peut former la base de la justification d'une atteinte de l'État à un droit constitutionnel qui serait, autrement, intouchable.

...

78. Il ressort clairement de l'analyse qui précède que, pour déterminer si l'atteinte à un droit garanti par l'art. 7 est conforme à la justice fondamentale, il faut, dans certains cas, soupeser d'une part le droit en cause et d'autre part les objectifs poursuivis par l'État en portant atteinte à ce droit. Le processus de pondération sera nécessairement contextuel puisque, chaque fois, le droit particulier qui est revendiqué, la portée de l'atteinte et les intérêts de l'État en jeu dépendront largement des faits. Comme il en a déjà été question, le droit enfreint en l'espèce est le droit de choisir un lieu pour établir et maintenir sa demeure. J'ai conclu que l'intimée peut revendiquer ce droit en tant que composante de la sphère limitée d'autonomie personnelle protégée par la garantie de liberté. L'appelante, quant à elle, invoque trois motifs d'« intérêt public » pour justifier l'imposition de l'obligation de résidence. Je me propose d'examiner chacun d'eux.

[146] Je retiens de ce qui précède que les intérêts collectifs « réels et impérieux », pour reprendre les mots de la Cour suprême, constituent un précepte fondamental de notre système juridique qui pourrait justifier une atteinte à un droit fondamental.

[147] Mais j'ai peine à concevoir comment l'obligation faite aux résidents de travailler 24 heures d'affilée s'inscrirait dans la poursuite d'un intérêt collectif réel et impérieux, justifiant ainsi un accroc au droit à la sécurité des résidents et des patients de l'établissement où les premiers sont astreints à des gardes de 24 heures.

[148] Outre l'apprentissage, la durée de la formation des résidents et les impacts budgétaires, facteurs dont je traiterai plus loin à propos de l'article 1 de la Charte canadienne, il n'y a aucune preuve d'intérêts collectifs réels et impérieux justifiant de les pondérer vis à vis des droits des résidents et des patients.

[149] Ceci précisé, une règle de droit, selon l'article 1 de la Charte canadienne (reproduit précédemment) peut quand même restreindre un droit fondamental dans des limites raisonnables dont la justification peut se démontrer. Mais c'est à celui qui prétend à la restriction d'un droit fondamental de faire la démonstration que celle-ci est raisonnable et justifiée. Dans l'arrêt Godbout⁵, la Cour suprême réitérait le fardeau incombant à la partie désireuse de justifier la limitation d'un droit fondamental. Au paragraphe 104, on peut lire ce qui suit :

« 104. Premièrement, les parties n'ayant explicitement soulevé ni l'une ni l'autre des questions, la Cour n'a pas pu prendre connaissance des observations des avocats sur le sujet. Cela dit, en supposant que l'article 9.1 s'applique bien en l'espèce, je suis d'avis qu'il ne serait d'aucune utilité à l'appelante dans le présent pourvoi. Comme notre Cour l'a affirmé à l'unanimité dans l'arrêt *Ford c. Québec (Procureur général)*, [1988] 2 R.C.S. 712, l'art. 9.1 de la *Charte* québécoise doit être interprété et appliqué de la même manière que l'article premier de la *Charte* canadienne. Ainsi que la Cour l'a expliqué dans l'arrêt *Ford*, la partie qui invoque l'art. 9.1 pour tenter de justifier la limitation d'un droit garanti par la *Charte* québécoise a donc la charge de prouver que cette limite est imposée dans la poursuite d'un objectif légitime et important et qu'elle est proportionnelle à cet objectif, c'est-à-dire qu'elle est rationnellement liée à l'objectif et que l'atteinte au droit est minimale; voir l'arrêt *Oakes*, précité, et l'arrêt *R. c. Edwards Books and Art Ltd*, [1986] 2 R.C.S. 713 »

(soulignement ajouté)

[150] Et l'arrêt *Oakes*⁶ dont il est question à la fin de la citation qui précède, est très précis quant aux exigences pour mettre de côté ou restreindre un droit fondamental. La lecture des paragraphes 69 à 71 est éloquente à ce sujet. Ils se lisent ainsi :

« 69. Pour établir qu'une restriction est raisonnable et que sa justification peut se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique, il faut satisfaire à deux critères fondamentaux. En premier lieu, l'objectif que visent à servir les mesures qui apportent une restriction à un droit ou à une liberté garantis par la *Charte*, doit être « suffisamment important pour justifier la suppression d'un droit ou d'une liberté garantis par la Constitution » : *R. c. Big M Drug Mart Ltd*, précité, à la p. 352. La norme doit être sévère afin que les objectifs peu importants ou contraires aux principes qui constituent l'essence même d'une société libre et démocratique ne bénéficient pas de la protection de l'article premier. Il faut à tout le moins qu'un objectif se rapporte à des préoccupations urgentes et réelles dans une société libre et démocratique, pour qu'on puisse le qualifier de suffisamment important.

⁵ Précité à 4;

⁶ R. c. Oakes (1986) 1 R.C.S. 103;

70. En deuxième lieu, dès qu'il est reconnu qu'un objectif est suffisamment important, la partie qui invoque l'article premier doit alors démontrer que les moyens choisis sont raisonnables et que leur justification peut se démontrer. Cela nécessite l'application d' « une sorte de critère de proportionnalité » : *R. c. Big M Drug Mart Ltd*, précité, à la page 352. Même si la nature du critère de proportionnalité pourra varier selon les circonstances, les tribunaux devront, dans chaque cas, soupeser les intérêts de la société et ceux de particuliers et de groupes. À mon avis, un critère de proportionnalité comporte trois éléments importants. Premièrement, les mesures adoptées doivent être soigneusement conçues pour atteindre l'objectif en question. Elles ne doivent être ni arbitraires, ni inéquitables, ni fondées sur des considérations irrationnelles. Bref, elles doivent avoir un lien rationnel avec l'objectif en question. Deuxièmement, même à supposer qu'il y ait un tel lien rationnel, le moyen choisi doit être de nature à porter « le moins possible » atteinte au droit ou à la liberté en question : R. c. Big M Drug Mart Ltd., précité, à la page 352. Troisièmement, il doit y avoir proportionnalité entre les effets des mesures restreignant un droit ou une liberté garantis par la Charte et l'objectif reconnu comme « suffisamment important ».

71. Quant au troisième élément, il est évident que toute mesure attaquée en vertu de l'article premier aura pour effet général de porter atteinte à un droit ou à une liberté garantis par la *Charte*; d'où la nécessité du recours à l'article premier. L'analyse des effets ne doit toutefois pas s'arrêter là. La *Charte* garantit toute une gamme de droits et de libertés à l'égard desquels un nombre presque infini de situations peuvent se présenter. La gravité des restrictions apportées aux droits et libertés garantis par la *Charte* variera en fonction de la nature du droit ou de la liberté faisant l'objet d'une atteinte, de l'ampleur de l'atteinte et du degré d'incompatibilité des mesures restrictives avec les principes inhérents à une société libre et démocratique. Même si un objectif est suffisamment important et même si on a satisfait aux deux premiers éléments du critère de proportionnalité, il se peut encore qu'en raison de la gravité de ses effets préjudiciables sur des particuliers ou sur des groupes, la mesure ne soit pas justifiée par les objectifs qu'elle est destinée à servir. Plus les effets préjudiciables d'une mesure sont graves, plus l'objectif doit être important pour que la mesure soit raisonnable et que sa justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. »

(soulignements ajoutés)

[151] En l'espèce, les seules justifications mises en évidence par la preuve présentée à l'audience sont d'abord qu'une garde prolongée favorise l'apprentissage, dans certaines spécialités chirurgicales en particulier; deuxièmement, que des gardes d'une durée plus courte pourraient aussi allonger la durée de la formation; troisièmement, il a été question d'impacts budgétaires. On a finalement soulevé le fait que cela a toujours été ainsi dans le passé sans que cela ne soulève de plaintes ou de problèmes particuliers.

[152] Ce dernier argument est fort peu convaincant. À ce compte, toute évolution serait peu possible. L'esclavage existerait encore; les femmes n'auraient pas encore le droit de vote etc. Sur les trois autres arguments, la preuve n'a pas démontré que c'est la durée de 24 heures de la garde, en chirurgie par exemple, qui est profitable. C'est l'expérience acquise la nuit qui l'est. Il serait sans doute possible de prévoir un horaire avec des gardes plus courtes (16 heures par exemple) dont certaines auraient lieu la nuit. Quant au fait qu'un résident doive s'habituer à effectuer de longues heures parce que lorsqu'il sera devenu patron et travaillera en région, il lui arrivera d'être obligé d'opérer pendant 24 heures, je souligne que la preuve ne m'a pas convaincu, loin de là, que l'organisme humain s'habitue à travailler 24 heures d'affilée. Il peut arriver qu'un chirurgien travaillant en région ait à travailler durant 24 heures, voire plus. Mais aucune preuve n'établit que de l'avoir déjà vécu pendant qu'il était résident le rend plus apte à le faire. Quant à la durée prolongée de la formation des résidents, ce n'est pour l'instant que pure spéculation, d'autant plus que des modèles d'horaire dans le cadre de projets pilotes font la démonstration que les résidents ne travaillent pas plus de 16 heures d'affilée tout en accumulant, à une ou deux heures près par mois, autant de présences à l'hôpital que lorsqu'ils sont soumis à des gardes de 24 heures.

[153] Enfin, en ce qui concerne les impacts budgétaires, la preuve a été fort peu élaborée. On s'est borné à souligner, statistiques à l'appui, qu'au Royaume-Uni, les coûts liés à la santé ont considérablement augmenté pendant la période où les horaires de garde ont été modifiés et où on a créé de nouvelles facultés de médecine.

[154] Cette preuve est peu concluante à mes yeux. L'accroissement des coûts de santé au Royaume-Uni peut être dû à de multiples variables et une simple preuve statistique d'augmentation des coûts sur une période de dix ans au Royaume-Uni, sans autre explication, ne suffit pas à établir qu'une modification des horaires de garde des résidents du Québec entraînerait ici aussi par exemple la création de nouvelles facultés de médecine ou encore une majoration significative des coûts liés à la santé.

[155] Pour conclure que des impacts budgétaires éventuels seraient à ce point majeurs qu'ils justifieraient l'atteinte à des droits fondamentaux, il faudrait une preuve de la nature de celle faite par la province de Terre-Neuve lorsque celle-ci a reporté à plus tard une augmentation consentie aux fonctionnaires de cette province au chapitre de l'équité salariale⁷. C'est loin d'avoir été le cas dans le dossier à l'étude.

[156] Au mieux pour l'Employeur, on pourrait admettre que la limite imposée au droit à la sécurité l'est dans la poursuite d'un objectif légitime et important (l'excellence de la formation), mais la preuve n'établit pas que les horaires tels qu'ils sont bâtis actuellement, sont rationnellement et proportionnellement liés à cet objectif. Malgré l'avis contraire de certains résidents, la preuve ne m'a pas convaincu, en effet, que travailler un maximum de 16 heures d'affilée serait moins efficace que de travailler 24 heures d'affilée. Enfin, je ne suis pas d'avis que les horaires actuels constituent une

⁷ Terre-neuve (Conseil du Trésor) c. N.A.P.E., (2004) 3 R.C.S. 381;

atteinte minimale au droit à la sécurité. Lorsque la santé, voire la vie, est en cause, il est difficile de parler d'atteinte minimale.

[157] Pour l'ensemble de ces raisons, je suis d'avis que la clause 12.14 *in fine* constitue une contravention à l'article 7 de la Charte canadienne. La limitation du droit à la sécurité des résidents et des patients n'est pas justifiée au sens de l'article 1 de la Charte.

D. La Charte québécoise des droits et libertés de la personne

[158] La Charte québécoise édicte des droits fondamentaux, des droits à l'égalité, des droits politiques, des droits judiciaires et des droits économiques et sociaux. Le présent débat met en cause un droit fondamental prévu à l'article 1 et un droit économique et social prévu à l'article 46. Ces deux dispositions se lisent ainsi :

« 1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique.

46. Toute personne qui travaille a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique. »

[159] L'article 52 de la Charte québécoise par ailleurs fait en sorte que l'impact d'un droit fondamental n'est pas le même que celui d'un droit économique et social. Les tribunaux doivent déclarer nulle une disposition contrevenant aux articles 1 à 38 sous réserve d'une clause nonobstant. Les droits économiques et sociaux n'ont pas la même portée. L'article 52 en effet se lit ainsi :

« 52. Aucune disposition d'une loi, même postérieure à la Charte, ne peut déroger aux articles 1 à 38, sauf dans la mesure prévue par ces articles, à moins que cette loi n'énonce expressément que cette disposition s'applique malgré la Charte. »

[160] Pour ces raisons, j'estime opportun de traiter séparément les allégations des médecins résidents à propos du droit à l'intégrité et du droit à des conditions de travail justes et raisonnables.

- le droit à l'intégrité

[161] L'article 1 de la Charte québécoise vise, entre autres, le droit à l'intégrité de la personne. La Charte canadienne, comme nous venons de le voir, traite du droit à la sécurité. Ces deux notions ne sont pas identiques, mais très proches parentes. Et plus

encore, la jurisprudence nous apprend que le terme « intégrité » a une portée encore plus large que le terme « sécurité ». C'est ce qu'affirmait la Cour suprême du Canada dans un arrêt récent⁸ où l'on peut lire, aux paragraphes 41 et 43, ce qui suit :

« 41 La *Charte québécoise* protège aussi le droit à l'intégrité de la personne. Ce droit est très vaste. Le terme « intégrité » a une portée plus large que le mot « sécurité » utilisé à l'art. 7 de la *charte canadienne*. Dans le domaine de la responsabilité civile, il est depuis longtemps reconnu au Québec que l'intégrité de la personne inclut tant l'intégrité physique que l'intégrité morale ou psychologique. L'arrêt *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand* [1996] 3 R.C.S. 211, par. 95, le précise clairement :

L'article 1 de la *Charte* garantit le droit à l'« intégrité » de la personne. La majorité de la Cour d'appel a été d'avis, contrairement à l'interprétation du premier juge, que la protection de l'art. 1 de la *Charte* s'étend au-delà de l'intégrité physique. Je suis d'accord. En effet, la modification législative effectuée en 1982 (voir la *Loi modifiant la Charte des droits et libertés de la personne*, L.Q. 1982, ch. 61, en vigueur lors du présent litige), qui a, *inter alia*, supprimé l'adjectif « physique » qui qualifiait auparavant le terme « intégrité », indique clairement que l'art. 1 vise à la fois l'intégrité physique, psychologique, morale et sociale.

...

43 La jurisprudence canadienne soutient déjà la reconnaissance d'une interprétation généreuse du droit à la sécurité de la personne en matière de délais. Dans *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, p. 59, le juge en chef Dickson s'est fondé sur les conséquences des délais pour conclure que la procédure alors prévue par l'art. 251 du *Code criminel*, S.R.C. 1970, ch. C-34, mettait en jeu le droit à la sécurité de la personne. Le juge Beetz, p. 105-106, avec l'accord du juge Estey, était d'avis que le délai créait un risque additionnel pour la santé et constituait une violation du droit à la sécurité de la personne. De même, dans *Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1993] 3 R.C.S. 519, p. 589, le juge Sopinka a estimé que les souffrances imposées par l'État constituent une atteinte au droit à la sécurité de la personne. Voir aussi *Nouveau-Brunswick (Ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G. (J.)*, [1999] 3 R.C.S. 46, et *Blencoe c. Colombie-Britannique (Human Rights Commission)*, [2000] 2 R.C.S. 307, 2000 CSC 44, pour ce qui est des souffrances psychologiques. Si la preuve démontre l'existence d'une atteinte au droit à la sécurité de la personne, à plus forte raison, elle justifie de conclure à une atteinte au droit à l'intégrité de la personne. »

(soulignements ajoutés)

⁸ Chaoulli c. Procureur Général du Québec (2005) 1 R.C.S. 791;

[162] J'ai retenu de la preuve que l'obligation de travailler 24 heures d'affilée est nocive à la santé des résidents. Certains sont non seulement affectés physiquement, mais psychologiquement. La privation de sommeil entraîne un risque accru d'erreurs médicales et d'accidents percutanés chez les résidents et les patients. Par exemple, lorsqu'un résident (cf. témoignage de Kim Anderson) se rend compte à 4h00 dans la nuit qu'un patient devrait bénéficier d'un stimulateur cardiaque intraveineux, mais estime par ailleurs que son état de fatigue rend l'intervention trop risquée et, à cause de cela, juge préférable d'attendre l'arrivée de l'équipe soignante quatre heures plus tard, il y a là, à mon avis, une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de ce patient et à l'intégrité psychique du résident.

[163] En somme, pour les mêmes raisons que j'exposais à l'appui de ma conclusion à l'effet que la clause 12.14 de l'entente collective contrevient à l'article 7 de la Charte canadienne, je suis d'avis qu'elle va également à l'encontre de l'article 1 de la Charte québécoise. J'ajoute que, même si j'avais estimé qu'à cause des particularités du droit à la sécurité ou encore à cause de la notion de « principes de justice fondamentale » il n'y avait pas violation de l'article 7 de la Charte canadienne, j'aurais néanmoins conclu à la violation du droit à l'intégrité prévu à l'article 1 de la Charte québécoise. Car l'intégrité, rappelons-le, a une portée plus large que la sécurité. Et cette violation, encore pour les raisons que j'exposais précédemment, n'est pas justifiée au sens de l'article 9.1 de la Charte québécoise.

- le droit à des conditions de travail justes et raisonnables

[164] Un droit économique et social, notamment celui dont traite l'article 46 de la Charte québécoise, n'a pas la même portée que les droits fondamentaux.

[165] La Cour suprême l'a reconnu explicitement dans un jugement portant sur l'article 45 de la Charte québécoise qui prévoit le droit à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales susceptibles d'assurer un revenu décent⁹. La juge en chef McLachlin s'exprimant pour la majorité, écrit aux paragraphes 94 à 96 ce qui suit :

« 94 Pour ces motifs, je ne puis souscrire à l'opinion que l'art. 45 invite les tribunaux à contrôler le caractère adéquat du régime d'aide sociale du Québec. La *Loi sur l'aide sociale* comporte le type de « mesures [...] prévues par la loi » que vise l'art. 45. Je conclus en l'espèce à l'absence de violation de l'art. 45 de la *Charte québécoise*.

95 Malgré cette conclusion de conformité à l'art. 45, je tiens à commenter brièvement la question des réparations. Je souscris en grande partie aux propos de mon collègue le juge Bastarache sur cette question. Tout particulièrement, je reconnais que la violation de l'art. 45 ne peut donner lieu à une déclaration

⁹ Gosselin c. Procureur Général du Québec (2002) 4 R.C.S. 429;

d'invalidité, puisqu'une telle réparation ne peut être obtenue qu'en vertu de l'art. 52 de la Charte québécoise, ce qui s'applique exclusivement aux art. 1 à 38. Je reconnais également que l'art. 49 ne s'applique pas en l'espèce. Cependant, je ne peux, en toute déférence, me rallier au point de vue du juge Bastarache selon lequel il serait superflu, en raison des facteurs qui précèdent, de déterminer s'il y a eu violation de l'art. 45.

96 Bien que les tribunaux n'aient pas le pouvoir d'invalidier des lois qui sont incompatibles avec les droits sociaux et économiques prévus au chapitre IV de la *Charte québécoise*, il ne s'ensuit pas que les tribunaux sont de ce fait dispensés de connaître des demandes fondées sur ces droits. La personne qui prétend avoir été victime d'une atteinte aux droits que lui garantit la Charte québécoise a le droit de s'adresser aux tribunaux dans les cas opportuns. La *Charte québécoise* est un document juridique, censé créer des droits sociaux et économiques. Ces droits sont peut-être symboliques en ce qu'ils ne peuvent servir de fondement à l'invalidation d'autres lois ni à une action en dommages-intérêts. Cependant, il existe une réparation pour les atteintes aux droits sociaux et économiques énoncés au chapitre IV de la *Charte québécoise*. En cas de violation de ces droits, un tribunal compétent peut prononcer un jugement déclaratoire constatant cette violation. »

(soulignements ajoutés)

[166] Ces préalables étant posés, il s'agit donc d'abord de décider si le fait de travailler 24 heures d'affilée constitue une condition de travail injuste ou déraisonnable.

[167] À ce sujet, il m'apparaît utile de citer en premier lieu l'article 59.0.1 de la Loi sur les normes du travail par lequel le législateur lui-même donne une indication d'une durée au-delà de laquelle un salarié serait justifié de refuser de travailler. Implicitement, on peut inférer de cette disposition qu'un refus de travailler est justifié parce que la condition de travail devient injuste ou déraisonnable. L'article se lit ainsi :

« **59.0.1** Un salarié peut refuser de travailler :

1° plus de quatre heures au-delà de ses heures habituelles quotidiennes de travail ou plus de quatorze heures de travail par période de vingt-quatre heures, selon la période la plus courte, ou, pour un salarié dont les heures quotidiennes de travail sont variables ou effectuées de manière non continue, plus de douze heures de travail par période de vingt-quatre heures;

2° sous réserve de l'article 53, plus de cinquante heures de travail par semaine ou, pour un salarié qui travaille dans un endroit isolé ou qui effectue des travaux sur le territoire de la région de la Baie James, plus de soixante heures de travail par semaine.

Le présent article ne s'applique pas lorsqu'il y a danger pour la vie, la santé ou la sécurité des travailleurs ou de la population, en cas de risque de destruction ou de détérioration grave de biens meubles ou immeubles ou autre cas de force

majeure, ou encore si ce refus va à l'encontre du code de déontologie professionnelle du salarié. »

(soulignement ajouté)

[168] En second lieu, et indépendamment de la Loi sur les normes du travail, il m'apparaît évident qu'une condition de travail exposant un médecin à plus de risques de blessures physiques et psychiques pour lui-même, à des risques accrus d'erreurs, de mauvais diagnostics, voire de causer des blessures à des personnes dont il a pour mission de prendre soin est une condition de travail injuste et déraisonnable. Et, selon mon appréciation de la preuve, c'est précisément le cas lorsqu'un résident travaille vingt-quatre heures d'affilée lors d'une garde en établissement.

[169] Pour ces raisons, j'estime qu'il s'agit là d'une violation de l'article 46 de la Charte québécoise.

E. conclusions

[170] Le dispositif qui suit tient évidemment compte des considérations qui précèdent. Mais il prend également en considération que les horaires de garde ne peuvent être modifiés en deux temps, trois mouvements. J'ai été sensible au témoignage du docteur Fréchette qui invoquait l'impact majeur d'un changement d'horaires de garde dans certaines disciplines où il faut prendre garde à la fois de ne pas mettre en péril tant la santé des malades que la formation des médecins résidents.

[171] À cause de ces facteurs, j'accorde un certain délai à l'Employeur pour procéder à la confection d'horaires de garde en établissement d'une durée maximale de seize heures. Dans certaines spécialités, le changement pourrait s'opérer aisément. Dans d'autres par contre, il faudra sans doute trouver des accommodements et procéder à des expériences qui exigeront un certain délai. Ceci précisé, reste que la preuve révèle que ces expériences ont déjà débuté et que le Ministère lui-même souhaite opérer un virage important sur la durée des gardes en établissement.

[172] Nous sommes par ailleurs en présence d'une restriction à des droits fondamentaux. Et la période de latence avant que les horaires de garde ne respectent ces droits fondamentaux ne doit pas s'étirer outre mesure. J'estime pour ma part qu'une période maximale de six mois après la date de la présente décision est suffisante pour modifier les horaires de garde en établissement dans le respect du droit des malades et celui des médecins résidents, en adaptant ces horaires aux besoins de chaque spécialité.

POUR CES MOTIFS, L'ARBITRE :

[173] **ACCUEILLE** le grief;

[174] **CONSTATE** que la clause 12.14 contrevient à l'article 7 de la Charte canadienne des droits et liberté et à l'article 1 de la Charte des droits et libertés de la personne en ce qu'elle oblige les résidents effectuant une garde en établissement à travailler 24 heures d'affilée et, pour cette raison, la déclare inopérante;

[175] **DÉCLARE** que la clause 12.14 contrevient à l'article 46 de la Charte des droits et libertés de la personne;

[176] **ORDONNE** à l'Employeur de modifier les horaires de garde en établissement pour que la période de travail soit réduite à un maximum de 16 heures par jour;

[177] **ACCORDE** à l'Employeur un délai maximum de six mois à compter de la date de la présente décision pour rendre les horaires de garde en établissement conformes à la présente décision.

Jean-Pierre Lussier, arbitre

Pour l'Employeur: Me Jacques Laurin

Pour l'Association : Me Jacques Castonguay

Dates d'audience : 26 avril 2010, 28 avril 2010, 29 avril 2010, 30 avril 2010, 7 juillet 2010, 8 juillet 2010, 9 juillet 2010, 16 août 2010, 17 août 2010, 18 août 2010, 19 août 2010, 9 novembre 2010, 2 décembre 2010, 6 décembre 2010, 6 avril 2011

Date de décision: 7 juin 2011