

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES DE QUANTIFICATION DES EFFECTIFS MÉDICAUX DANS LES URGENCES DU QUEBEC

**Proposition au ministre de la santé et des services sociaux, élaborée par
le MSSS en partenariat avec des représentants officiels de la FMOQ, de
la FMSQ et de l'AMUQ**

**Version 1.4.1
2018-02-21**

**Ministère de la Santé
et des Services
sociaux**

Québec 

INTRODUCTION

Les orientations ministérielles en matière de quantification proposées dans le présent document ont été élaborées en collaboration avec des représentants officiels du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ). Ces travaux ont pour objectif de mieux circonscrire la contribution des médecins de famille (MF) travaillant aux urgences et d'assurer une répartition juste et équitable de ces médecins dans l'ensemble des urgences de la province.

MÉTHODOLOGIE

La proposition s'appuie sur un ensemble de données tirées de la Banque de données commune des urgences (BDCU) de même que sur des données de sondage auprès des médecins d'urgence. Elle compte cinq (5) volets qui permettent de proposer un modèle de quantification jugé équitable par les parties. Cette méthodologie sera notamment utilisée dans celle du calcul de besoin retenu dans l'élaboration de répartition des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille. Elle pourra évoluer au cours des ans à la lumière de nouvelles données ou d'enjeux d'application.

Volet 1. Visites réalisées

La base de la méthode de calcul des besoins en Équivalent temps plein (ETP) retenu est basée sur le nombre de visites réalisées selon les types de visites (ambulatoire et civière) et selon l'âge (moins de 75 ans et plus de 75 ans). La comptabilisation de ces visites s'appuie sur les données robustes de la BDCU, elle-même alimentée par les systèmes de gestion des urgences. Cette méthode s'est avérée correspondre fidèlement à la réalité du terrain et permet de poser les bases d'une méthode à même de répondre aux objectifs d'équité et de productivité attendus.

Certaines particularités propres à certaines urgences affectent de manière connue et documentée la lourdeur du travail. C'est notamment le cas de la clientèle de 75 ans et plus. La méthode retenue tient donc compte de cette réalité. Un ajustement respectant la présence de ces usagers dans les urgences est ainsi proposé.

À partir des données obtenues de la BDCU, nous avons appliqué une méthodologie pour chaque type de visite et l'âge selon le modèle suivant :

Tableau 1. Capacité médicale selon le type de visite et l'âge

TYPE DE VISITE	< 75 ans	> 75 ans
Visites ambulatoire	3 pts/h	2.5 pts/h
Visites civières	2 pts/h	1.5 pts/h

Pour les fins du calcul, un ETP de médecine d'urgence est réputé correspondre en moyenne à 1210 h de travail par année (voir détails au Volet 3) témoignant de la reconnaissance du fardeau de tâche supplémentaire qui résulte de l'horaire irrégulier (quarts jour-soir-nuit).

Volet 2. Heures travaillées

La méthode retenue tient compte d'une présomption d'heures travaillées, telles que déclarées par les médecins eux-mêmes. Sur cette même base auto-déclarée, les médecins affirmant consacrer près de 20 % de ces heures à des activités clinico-administratives ou administratives, il est possible de circonscrire les heures rattachées aux quarts de travail eux-mêmes.

- Heures déclarées
 - nombre de semaines/an 42 sem.
 - nombre d'heures/sem. 46.2 h
 - activité clinico/médico adm. 20 % (9,2 h)
 - heures cliniques 46,2 - 9,2 = 37 h

Dans l'ensemble de ses travaux de quantification, le ministère a retenu la base de 36 h de travail clinique par semaine, 42 semaines par an, pour incarner un plein temps (ETP) clinique.

- 1 ETP général = 1512 h/an (42 sem. X 36 h)

À des fins de cohérence et d'équité entre les différentes activités, les 37 h cliniques identifiées en urgence seront réduites d'une heure et présumées atteindre ces mêmes 36 h.

- 1 ETP en urgence = 1 ETP général

Volet 3. Reconnaissance de la nature du travail aux urgences sur la charge de travail perçue

Comme le travail aux urgences comporte une alternance d'activités nocturnes et diurnes qui affectent les cycles nyctéméraux et nécessite certaines périodes de récupération, il

apparaît légitime de pondérer les heures réalisées de manière à ajuster à la baisse le nombre d'heures d'un ETP en urgence.

À la lumière des informations obtenues du réseau concernant les présences médicales par quart dans les urgences, il est possible de mieux circonscrire l'envergure de l'alternance potentielle entre les activités diurnes et nocturnes.

Quelques constats émergent :

- Peu de milieux comptent sur la présence de deux médecins (MD) la nuit, mais la tendance est à l'augmentation de ce type de couverture;
- Le modèle le plus fréquent est celui de 1-1-1 (un MD de jour, un MD de soir et un MD de nuit), mais il ne se retrouve que dans les plus petites urgences, alors que toutes les urgences secondaires et tertiaires ont une proportion plus grande de médecins le jour et le soir que la nuit;
- Le taux de rotation jour/nuit varie de 9 % à 33 % selon les établissements.

À la lumière de ces constats, un allègement des heures travaillées apparaît requis, d'abord pour reconnaître l'effet de ce travail de nuit, mais ensuite pour assurer une équité certaine entre les médecins d'urgence selon la fréquence à laquelle les quarts de nuit sont susceptibles de revenir. Ainsi :

- Pour les installations où le taux de rotation (nb de quarts) jour+soir+nuit/nuit est inférieur ou égal à 20 %, les heures travaillées sont ajustées selon un facteur de 1,20.

$$1512 \div 1,20 = 1260 \text{ h} = 158 \text{ quarts de 8 h par an}$$

- Pour les installations où le taux de rotation (nb de quarts) jour+soir+nuit /nuit est supérieur à 20 %, les heures travaillées sont ajustées selon un facteur de 1,25.

$$1512 \text{ h} \div 1,25 = 1210 \text{ h} = 151 \text{ quarts de 8 h par an}$$

Il est proposé de procéder en outre à un ajustement en guise de reconnaissance d'une rotation sur trois quarts de travail soit, jour/soir/nuit incluant les fins de semaine. Ainsi :

- Pour les installations où la rotation se fait sur trois quarts de travail (jour, soir, nuit), une pondération additionnelle de 0,05 est ajoutée aux facteurs déjà existants.

Exemples :

- Pour une installation où la rotation est inexistante :

$$1 \text{ ETP} = 1512 \text{ h} = 189 \text{ quarts (8 h)/an ou } 126 \text{ quarts de 12h/an}$$

Pour une installation ou la rotation s'effectue sur trois quarts :
 $1 \text{ ETP} = 1512 \text{ h} \div (1,20^1 + 0,05) = 1210 \text{ h} = 151 \text{ quarts (8 h)/an}$
 ou
 $1 \text{ ETP} = 1512 \text{ h} \div (1,25^2 + 0,05) = 1163 \text{ h} = 145 \text{ quarts (8 h)/an}$

Volet 4. Établissement du besoin en effectifs médicaux dans les urgences

À partir des volets précédents, il est possible d'établir une lecture équitable des besoins en effectifs de toutes les urgences appuyée sur les données de visites et l'âge des patients. Une telle estimation demeure cependant relative. En effet, elle ne peut qu'assurer l'équité de la répartition des ressources médicales entre chaque urgence en s'appuyant sur les visites réalisées et ne tient pas compte d'autres réalités locales éventuelles (par exemple : académiques ou de recherche). L'estimation ne peut pas non plus prétendre traduire dans l'absolu le besoin en MF.

Afin de produire une estimation plus réaliste du besoin absolu, il importe de tenir compte d'autres particularités (absences maladies, congés maternités, paternités, etc.). De manière réaliste, un pourcentage compensatoire de 15 % ajouté aux effectifs relatifs permet d'approcher d'une évaluation de besoin absolu. Cet ajustement est traduit dans les estimations produites en annexe.

Volet 5. Particularités des spécialistes en médecine d'urgence

Selon l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec, quatre facteurs différencient la catégorisation des médecins spécialistes en médecine d'urgence.

1. Spécialiste en médecine d'urgence clinicien :
 - a. Ce spécialiste effectue exactement les mêmes tâches qu'un médecin de famille en milieu d'urgence.
2. Spécialiste en médecine d'urgence siégeant sur des comités :
 - a. Ce spécialiste participe activement à des comités d'amélioration continue du secteur de l'urgence ou autre.
3. Spécialiste en médecine d'urgence effectuant des tâches spécifiques :
 - a. Ce spécialiste participe activement au développement de sa spécialité par divers tâches connexes (recherche, publications, enseignement, etc.).
4. Spécialiste en médecine d'urgence chef de département :
 - a. Ce spécialiste détient, par résolution du CA, une nomination «Chef de département» en bonne et due forme.

¹ Taux de rotation jour/nuit est inférieur ou égal à 20 %

² Taux de rotation jour/nuit est supérieur à 20 %

Pour les fins de la quantification des effectifs médicaux dans les urgences, seules les catégories 2 et 3, en raison de leur plus grande spécificité aux médecins spécialistes en médecine d'urgence, sont retenues.

En effet, la catégorie 1 (spécialiste en médecine d'urgence clinicien) n'influence nullement le calcul, cette catégorie sera considérée comme faisant partie du groupe de médecins de famille et assujettie aux mêmes conditions que ceux-ci. Quant à la catégorie 4 (spécialiste en médecine d'urgence chef de département), cette fonction est déjà prise en compte dans les calculs présentés précédemment et ne peut donc pas être considérée.

Enfin, il va de soi que les rôles, les responsabilités et les tâches associées aux catégories 2 (spécialiste en médecine d'urgence siégeant sur des comités) et 3 (spécialiste en médecine d'urgence effectuant des tâches spécifiques), ne seront prises en compte dans l'analyse des besoins en effectifs médicaux dans les urgences qu'à condition qu'elles soient appuyées et reconnues formellement par l'établissement. Cependant il est entendu qu'un MF exerçant les mêmes responsabilités (en plus des tâches administratives mentionnées au Volet 2) verrait ses tâches cliniques ajustées pour en tenir compte.

Note :

Prendre note que cette méthode de quantification vise essentiellement à permettre une répartition juste et équitable d'une installation à une autre. Il ne doit en aucun cas être considéré comme une obligation minimale pour obtenir ou renouveler des privilèges hospitaliers individuels.

Certains milieux ont à même leur liste de garde des quarts de coordination en sus des tâches cliniques, ou des tâches cliniques liées à la présence d'une unité d'hospitalisation brève (UHB) sous la responsabilité du département de médecine d'urgence. Comme ces tâches ne sont pas prises en compte par la méthode de calcul (Volet 1), le nombre d'ETP pour ces établissements sera augmenté de 1,5 ETP pour la coordination et d'un maximum de 2 ETP pour l'UHB dans les cas où toutes les activités sont assumées par les médecins d'urgence, ou au prorata pour les autres situations.