

ASMUQ

ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES
EN MÉDECINE D'URGENCE DU QUÉBEC

ReMUQ
Regroupement des Médecins d'Urgence du Québec

 ASSOCIATION
DES MÉDECINS
D'URGENCE
DU QUÉBEC

Document sur la crise des urgences

Présenté au Ministre de la Santé et des Services sociaux

M. François Legault

INTRODUCTION

L'évolution de la médecine d'urgence au Québec de 1980 à 2002

Avec plus de vingt ans de recul, on ne doit pas s'étonner de la crise que le Québec vit actuellement dans ses unités d'urgences. On doit se rappeler certains jalons ayant ponctué l'évolution de la situation pour mettre la crise actuelle en perspective.

La médecine d'urgence a pris son essor en Amérique du Nord en 1979 avec la reconnaissance de la spécialité en médecine d'urgence aux États-Unis, suivie en 1982 par une reconnaissance équivalente au Canada par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Dans ces deux pays, des programmes de formation universitaires sont approuvés et créés afin de former ces nouveaux spécialistes. Au Québec, un programme existe déjà à l'Université McGill depuis 1972, lequel est bonifié en 1982 pour répondre aux nouvelles normes.

Parrainée par l'AMUQ, une première demande de reconnaissance de la spécialité en médecine d'urgence est faite au Collège des médecins du Québec en 1987. Celle-ci est rejetée. Un nouveau dossier est présenté en 1993 ainsi qu'en 1996 avant que la spécialité ne soit reconnue en 1998, c'est-à-dire vingt ans après la reconnaissance de cette spécialité aux États-Unis. Dans la perspective de la crise de 2002, on note que, pendant cette période, l'argumentation reposait sur les notions que tous les omnipraticiens étaient aptes à faire de l'urgence, que la spécialité n'offrait aucun avantage sur la formation générale en médecine familiale et que la reconnaissance de la spécialité ferait fuir les omnipraticiens des urgences. On note cependant qu'entre 1994 et 1997 seulement, le nombre d'omnipraticiens pratiquant la médecine d'urgence a diminué de 15 %. Pourtant le Québec ne reconnaissait pas encore officiellement cette spécialité.

Au cours des deux dernières décennies, les crises dans les urgences se sont multipliées. On a généré de nombreux efforts et de nombreux rapports, plusieurs enquêtes de coroner (se référer aux rapports annuels en 1998, 1999 et 2000), des tables de concertation et des forums ayant pour but, en partie ou en totalité, de résoudre le problème des urgences. Le groupe tactique d'intervention est créé au début des années 1990, auquel a succédé le Centre de coordination national des urgences (CCNU) présentement en fonction. Les milieux qui ont éprouvé des difficultés au cours des dernières années sont nombreux. On peut citer : les crises d'effectifs au CUSE en 1996 et 1997, les conflits en orthopédie au CHUL, les crises d'effectifs à Saint-Jean-sur-Richelieu, Sorel, Trois-Rivières, Sacré-Cœur, la crise au Centre de santé McGill (1999 à 2002), au CHUM, etc. On note de plus de nombreux débrayages d'infirmiers et d'infirmières d'urgence, en particulier à Montréal où tous les grands hôpitaux ont été touchés au cours des trois dernières années.

Dans cette perspective, on doit conclure qu'un malaise important persiste malgré les efforts mis de l'avant. La crise de 2002 était prévisible, des signes avant-coureurs ayant été notés au moins un an auparavant dans les milieux qui vivent actuellement des bris de service. Le risque d'une aggravation de la situation dans un avenir rapproché est très réel et nécessite rapidement des mesures correctives intensives.

OBJECTIFS

La gestion de la crise qui sévit actuellement doit obligatoirement passer par le règlement de la dynamique pointue propre aux urgences en difficulté et apporter des solutions permanentes au problème des urgences du Québec et ce, dans tous les milieux. Il est essentiel de s'éloigner de la solution du dépannage qui pourrait être en partie responsable de la crise actuelle, dans l'optique où elle permettrait d'amener une solution rapide et facile sans toutefois régler les problèmes de fonds.

Nous élaborons dans ce document des objectifs présentés selon un échéancier en quatre volets : solutions à implanter immédiatement, d'ici trente jours, d'ici six mois et d'ici un an.

Objectifs à rencontrer immédiatement

- 1- Maintenir la couverture des gardes des centres hospitaliers de Jonquière et de Shawinigan ;
- 2- Soulager les équipes en place (ramener le fardeau à un niveau raisonnable) ;
- 3- Valoriser la rémunération de façon immédiate ;
- 4- Suspendre la loi 114 immédiatement.

Court terme (30 jours)

- 1- Réorganiser les départements/services afin d'améliorer la qualité des structures et des infrastructures physiques, humaines et techniques ;
- 2- Définir et organiser les objectifs de formation et de support ;
- 3- S'entendre sur les grilles de rémunération pour les médecins spécialistes et pour les omnipraticiens œuvrant en médecine d'urgence ;
- 4- Définir les objectifs de recrutement et les moyens nécessaires à leur réalisation ;
- 5- Établir les besoins de formation des médecins intéressés à reprendre la pratique de la médecine d'urgence ;
- 6- Réorganiser la couverture des gardes d'urgence en période de pénurie.

Moyen terme (3 à 6 mois)

- 1- Responsabiliser les milieux et définir les paramètres de support aux équipes locales ;
- 2- Établir les paramètres de support aux équipes en difficulté et faciliter l'organisation des centres qui s'offrent en support ;
- 3- Implanter les recommandations du Guide de gestion et du Comité d'experts du Centre de coordination national des Urgences (CECCNU) ;
- 4- Implanter des mesures permettant d'améliorer les conditions de travail dans les urgences (par exemple quant aux infrastructures et aux équipements) ;
- 5- Revoir les critères de désignation des urgences ;
- 6- Compléter la formation d'un nombre suffisant de médecins omnipraticiens afin d'assurer l'autonomie des centres hospitaliers de Jonquière et de Shawinigan.

Long terme (un an)

- 1- Évaluer les interventions ;
- 2- Élargir le modèle ;
- 3- Établir les objectifs de formation minimaux pour la pratique en médecine d'urgence ;
- 4- Rehausser le nombre d'admissions dans les programmes de formation en médecine d'urgence, autant dans les programmes de résidence en médecine d'urgence spécialisée que dans les programmes de formation complémentaire en médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada.

COMMENTAIRES ET MOYENS

Les pourparlers qui ont suivi la loi 114 ont mis en valeur quatre dynamiques qui doivent être prises de front immédiatement si on veut aller de l'avant :

- 1- La compétence et l'organisation des soins ;
- 2- La rémunération et la grille tarifaire ;
- 3- La loi elle-même qui a engendré un climat de méfiance ;
- 4- L'organisation hospitalière.

La compétence et l'organisation des soins

Plusieurs omnipraticiens se sont exclus du devoir social de maintenir les unités d'urgence ouvertes en prétextant un niveau de compétences inadéquat. Aucune norme n'existe définissant la compétence minimale nécessaire à la pratique de la médecine d'urgence. On cite généralement l'*Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, l'*Advanced Trauma Life Support (ATLS)* et d'autres formations brèves et ciblées de cette nature comme étant des préalables à ce type de pratique. Cependant, la pratique de la médecine d'urgence est spécifique et demande des aptitudes particulières qui peuvent être acquises pendant la formation, par l'expérience ou par la formation médicale continue. La question de la compétence minimale pour la pratique de la médecine d'urgence restera dans l'immédiat entre les mains des médecins eux-mêmes, ceux-ci devant définir individuellement leurs besoins en formation. Cependant, les urgences et les patients qui s'y présentent ne requièrent pas toutes des connaissances et aptitudes au-delà de la formation donnée en médecine familiale (ou même dans d'autres spécialités). Ainsi, il serait faux de dire que les omnipraticiens peuvent s'excuser en bloc de toute pratique dans les unités d'urgence. À la lumière d'une évaluation de chaque milieu en crise, on pourrait proposer les solutions suivantes :

- 1- La garde dans les urgences mineures (aire ambulatoire) peut être assumée par n'importe quel omnipraticien qui fait du sans rendez-vous ou une pratique similaire. Pour chaque plage horaire où la couverture est double, le jumelage d'un médecin aguerri en médecine d'urgence et d'un omnipraticien sans expertise particulière en urgence majeure, permettrait automatiquement de soulager l'équipe en place de la plupart de ces gardes d'«urgence mineure». L'augmentation temporaire de la couverture double pourrait aussi permettre à l'équipe en place d'offrir des gardes moins épuisantes. Ceci doit se faire cependant avec le souci de préserver le niveau de rémunération actuel.
- 2- La garde peut aussi être assurée par un omnipraticien en autant que le support pour les cas lourds, complexes ou difficiles soit disponible sur place rapidement. Deux options sont proposées : d'abord la présence de médecins d'urgence sur place sur des

plages horaires prolongées (par exemple sur 24 heures). Ceux-ci agiraient seulement comme consultants pour les cas problématiques. Ceci aurait également l'avantage de rendre disponible des médecins qualifiés qui pourraient valider les conclusions des analyses précédentes sur le fonctionnement de ces milieux.

Ensuite, la prise en charge de la garde sur les plages horaires pendant lesquelles le support hospitalier régulier est rapidement disponible (anesthésie, soins intensifs, médecine interne, etc.) pourrait aussi être assumée par des médecins moins aguerris à la pratique de la médecine d'urgence (soulignons que les gardes de jour en semaine sont souvent convoitées et que les équipes en place ne doivent pas être confinées qu'aux soirées, nuits et fins de semaine par ces mécanismes).

- 3- En dernier ressort, certaines urgences pourraient être ouvertes uniquement aux ambulances et aux cas graves, les autres cas étant dirigés vers des CLSC et/ou des cliniques avoisinantes suivant des protocoles préétablis. Ceci permettrait d'assurer un support à ces unités d'urgence sur une plage horaire de jour et en début de soirée. L'impact à la baisse sur la charge de travail pendant ces quarts de travail pourrait être bénéfique pour soulager les équipes en place. Le souci de préserver le niveau de rémunération actuel doit être présent.
- 4- Selon les besoins identifiés, la formation des médecins désirant revenir à la pratique de la médecine d'urgence pourrait s'organiser par la voie de cours locaux (ACLS, management des voies respiratoires, ATLS, etc.) ou par des stages dans des centres de formation désignés. Quant à la possibilité de former les médecins sur place pendant leurs gardes, la faible fréquence des cas lourds en périphérie ne permettrait probablement pas de compléter cette mesure dans un délai raisonnable.
- 5- Le Collège des médecins du Québec, l'ASMUQ, le ReMUQ et l'AMUQ devraient définir des critères de formation pour les jeunes médecins les rendant aptes à travailler dans les unités d'urgence. Les médecins doivent être encouragés à compléter leur formation pour participer à la tâche à l'unité d'urgence et en médecine hospitalière. Des objectifs de formation doivent être définis pour compléter les plans d'effectifs des unités d'urgence.
- 6- Les plans d'effectifs et de formation doivent être adoptés rapidement afin d'ouvrir le nombre de postes de résidence nécessaire pour combler les besoins en médecine d'urgence dans les prochaines années.
- 7- Finalement, nous devons souligner qu'un certain nombre de médecins formés en médecine d'urgence ou se sentant aptes à travailler dans les unités d'urgence quittent le Québec en raison de contrats signés avec le Ministère au début de leur formation. Il serait sage dans un contexte de pénurie de leur donner la possibilité de pratiquer en médecine d'urgence plutôt que de les voir quitter le Québec.

La rémunération et les grilles tarifaires

La question de la rémunération dans les unités d'urgence continue à contribuer de façon significative et démesurée à la dynamique du recrutement et de la rétention des médecins au niveau des pratiques lourdes (hospitalières) au Québec et ce, même dans les urgences des grands centres urbains. À Montréal, la pratique en « sans rendez-vous » peut permettre au médecin de tirer un revenu jusqu'à 100 % supérieur à celui qui, pour la même plage horaire, pratique à l'urgence (même si l'on en déduit les frais de bureau). Le plus souvent le médecin en « sans rendez-vous » réfère les cas lourds à l'urgence, prenant en charge les cas légers ; les plages horaires de soir, de nuit, de fin de semaine et les congés fériés ne sont pas couverts dans la plupart des cas. La combinaison de ces éléments rend ce type de pratique plus attrayante.

De plus, après trois ans de négociations, la convention des spécialistes en médecine d'urgence n'est toujours pas ratifiée. Ce retard rend difficile la concrétisation du rôle et du leadership de la spécialité en médecine d'urgence. La grille présentement utilisée ne permet pas aux spécialistes de s'investir dans les tâches que le Collège des médecins leur a dévolues : prise en charge des cas lourds, formation, développement de protocoles, etc. Dans le contexte actuel, la nécessité de conclure rapidement ces négociations est encore plus évidente.

Prenons aussi note que pendant les trois à quatre dernières années, un grand nombre de médecins pratiquant dans les unités d'urgence ont eu des contacts désagréables avec les inspecteurs de la RAMQ. La RAMQ a le mandat de gérer l'application de la grille tarifaire. La grille en place est sujette à interprétation et peut donner prétexte à de nombreuses enquêtes, lesquelles sont un fardeau additionnel et malvenu dans un contexte de pénurie. Il nous apparaît donc urgent de revoir ces grilles afin d'en rendre l'application et le suivi plus simples.

En dehors de la rémunération dans les urgences, nous notons que les modalités de rémunération des pratiques lourdes hospitalières sont déficientes. Ceci affecte directement la disponibilité du support aux unités d'urgence. La pratique médicale a beaucoup évolué au cours des dix dernières années. La nature, la complexité et les délais d'interventions considérés comme la norme dans le passé ont changé. Les délais se sont raccourcis et nécessitent une plus grande disponibilité en dehors des heures normales. Ceci s'applique particulièrement aux consultations faites à l'unité d'urgence en cardiologie, en traumatologie, en gastro-entérologie et en neurologie. Les grilles tarifaires doivent refléter cette nouvelle dynamique. Il en va de même pour l'accès au plateau technique, en radiologie et dans plusieurs autres disciplines : l'accessibilité doit être étendue.

Propositions

- 1- **Comme solution intérimaire**, nous proposons qu'un montant forfaitaire substantiel soit offert par chaque quart de garde dans toutes les urgences du Québec. Ce montant doit être suffisant pour rendre la pratique en urgence attrayante malgré des conditions difficiles et des horaires ingrats. Cette position est favorisée en contraste à celle où seulement les milieux en difficulté seraient ciblés, par crainte de créer de nouvelles crises dans les régions limitrophes de ces centres et pour adresser de façon rapide la valorisation de la pratique en médecine d'urgence partout au Québec. Soulignons ici que, même dans les milieux universitaires, plusieurs équipes sont au minimum (certaines dépendent du dépannage, même à Montréal) et que la perte d'un ou deux membres pourrait dans ces milieux créer une crise.
- 2- **Une solution plus permanente** quant à la conclusion des négociations pour les spécialistes et les omnipraticiens œuvrant dans les unités d'urgence doit être apportée dans le mois qui suit. Son implantation devrait être accompagnée de la suppression des forfaits instaurés à l'item 1.
- 3- **L'écart de rémunération** entre les spécialistes en urgence et les omnipraticiens doit refléter l'investissement en termes de formation, l'expertise, de même que la mission particulière des médecins spécialistes. L'expertise se traduit sur le terrain par un rôle de consultant, d'enseignant et de chercheur et enfin dans l'organisation des soins. Le rôle des activités médico-administratives est particulièrement important. Les tâches de chef de département/service et de coordonnateur de l'unité d'urgence doivent être rémunérées de façon appropriée. (Ceci peut facilement demander au moins un demi temps par fonction, voire plus dans certains milieux).
- 4- **La charge de travail** doit répondre aux normes du Guide de gestion.
- 5- **La négociation des ententes** avec la FMSQ et la FMOQ doit valoriser la pratique lourde et permettre d'assurer la disponibilité des médecins sur des plages horaires plus étendues.

Organisation hospitalière

Le Guide de gestion a proposé de nombreuses pistes quant à l'organisation interne des unités d'urgence de même qu'en ce qui concerne les différentes interfaces que l'urgence doit assurer. La perception de plusieurs intervenants semble cependant réduire l'urgence à ses composantes minimales, soit un médecin et une équipe infirmière vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine. Cette perception est erronée. Une unité d'urgence doit être définie également par l'accès sur les mêmes plages horaires à un plateau technique adéquat (laboratoires, radiologie, bloc opératoire, etc.). On ne peut ignorer l'impact de l'organisation des services sur la rétention du personnel médical ou infirmier dans les unités d'urgence.

Nous notons de plus que l'informatisation des urgences tarde à se concrétiser et est souvent limitée à des outils de gestion (par exemple le logiciel SIURGE), alors que sont disponibles des outils informatisés pour le travail clinique. Dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre, tous les moyens disponibles doivent être mis à contribution pour alléger la tâche.

En examinant le cheminement de divers milieux qui ont traversé des crises, on constate que certains attendent une aide extérieure alors que les éléments et solutions d'organisation interne sont de première importance. La responsabilisation des équipes, des établissements et du corps médical en général vis-à-vis l'existence et le fonctionnement de l'unité d'urgence est un *sine qua non* pour apporter des solutions durables au problème des urgences. L'élaboration de stratégies de recrutement et de rétention et l'implantation du Guide de gestion sont des éléments essentiels dans cette optique.

Le dépannage est devenu au cours des années un mode d'organisation des soins qui permet à certains milieux de fonctionner sans régler les problèmes de fond. Dans certaines circonstances, le dépannage restera nécessaire, mais son utilisation doit être balisée et limitée dans le temps.

Il y a certains exemples de parrainage de milieux dans plusieurs spécialités. Ce mécanisme offre une alternative intéressante au dépannage en établissant un contact régulier entre deux milieux, en favorisant l'implication des équipes sur place et des médecins de l'établissement « ressource ». La mise en place de corridor de soins privilégiés est elle-même favorisée. Dans cet esprit, le milieu qui agit comme « parrain » doit posséder un plan d'effectif généreux lui permettant de fonctionner normalement et de supporter le milieu en difficulté. (Notons qu'il s'agit d'un accompagnement et non d'une forme déguisée de dépannage)

Enfin, le support du réseau par rapport aux hôpitaux et aux urgences doit être revu afin d'optimiser la disponibilité et l'accès aux lits de courte durée. Les moyens varient dépendant du milieu.

Propositions

- 1- Définir et implanter des critères minimaux d'accessibilité au plateau technique et aux ressources hospitalières. Les points de services ne répondant pas à ces critères doivent perdre la désignation d'« urgence ».
- 2- Implanter le Guide de gestion et former des tables de concertation régionales sur les unités d'urgences.
- 3- Développer des balises claires pour le dépannage en initiant un effort de travail interne de réorganisation, en élaborant une stratégie d'intervention et en limitant la durée du dépannage.
- 4- Favoriser l'arrimage de milieux en difficulté avec des établissements de référence pour faciliter l'organisation des soins. Ceci doit s'accompagner d'une reconnaissance financière et d'une augmentation des effectifs dans les centres en support aux unités d'urgence en difficulté.
- 5- Établir un support téléphonique centralisé dans les centres de formation désignés.
- 6- Prioriser à nouveau les systèmes d'informatisation des unités d'urgences particulièrement quant au volet clinique et au dossier informatisé.
- 7- Identifier spécifiquement dans les plans régionaux d'effectifs médicaux régionaux les besoins en médecine d'urgence en omnipratique.
- 8- S'assurer que les directeurs généraux des hôpitaux et les présidents-directeurs généraux des régies régionales supportent activement l'implantation de ces mesures et en sont imputables.

CONCLUSION

Les membres de l'AMUQ, de l'ASMUQ et du ReMUQ croient que les solutions pratiques présentées dans ce document peuvent permettre d'établir un climat de stabilité dans les unités d'urgence du Québec et garantir à long terme l'accessibilité à des soins de qualité pour la population.

Nous mettons cependant le lecteur en garde sur le fait que ces solutions sont interdépendantes et qu'une utilisation sélective de ces éléments ne permettra pas d'atteindre les objectifs escomptés. En particulier, les questions de la rémunération et de la qualité de l'environnement de pratique sont indissociables du recrutement et de la rétention.

Nous souhaitons enfin que l'AMUQ, l'ASMUQ et le ReMUQ soient des interlocuteurs privilégiés sur la question de l'organisation des soins d'urgence au Québec.

Marc Béique, MD, CSPQ
Président, ASMUQ

Christian Hobden, MD
Président, ReMUQ

Julien Poitras, MD
Président, AMUQ