

Le permis restrictif au Québec

Position adoptée par le conseil d'administration de l'AMUQ le 20 mai 2009.

Ont participé à l'élaboration
de ce document :

D^{re} Maude St-Onge
D^r Nicolas Elazhary

INTRODUCTION

En 1988, lors de l'implantation du programme de résidence en médecine familiale, il avait été statué que les résidents ne pourraient avoir accès à un permis qui leur permettrait de travailler durant leurs études médicales en assumant des tâches cliniques propres à un médecin pleinement accrédité pour la pratique indépendante. Ce type de permis qualifié de restrictif était par contre accessible dans d'autres programmes et d'autres provinces. Depuis quelques années, la pénurie d'effectifs médicaux se faisant sentir, le règlement s'est quelque peu assoupli. Le 28 juin 2007, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a consenti à autoriser un tel type de pratique pour les résidents en médecine interne ainsi qu'en pédiatrie. Le 28 mars 2008, la politique s'est élargie à l'ensemble des programmes permettant aux résidents dans leur cinquième année de spécialité ou au dix-huitième mois de leur formation en médecine familiale d'avoir accès au permis restrictif.

Cette ouverture a cependant engendré plusieurs commentaires, notamment au sein des membres de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), qui se sont questionnés quant à l'impact potentiel d'une telle politique notamment en ce qui a trait à la sécurité des patients et aux conséquences possibles sur la formation médicale. La possibilité de permettre à un résident en deuxième année de médecine familiale de couvrir des quarts de travail d'une urgence d'un centre hospitalier montréalais avait d'ailleurs particulièrement animé le débat.

Le présent document vise à définir la position de l'AMUQ en regard du permis restrictif de même qu'à émettre des recommandations au CMQ concernant l'encadrement d'une telle pratique. La première partie fera état des données probantes actuellement disponibles dans la littérature, la seconde abordera l'encadrement actuel du permis restrictif, la troisième étayera les résultats des démarches faites par l'AMUQ pour documenter l'opinion de ses membres et enfin, la position et les recommandations de l'organisation seront détaillées.

REVUE DE LITTÉRATURE

En consultant les bases de données électroniques Cochrane, Tripdatabase et Medline de 1995 à 2008 à l'aide des mots « *moonlighting* » ainsi que « permis restrictif », 13 articles liés de près ou de loin à la médecine d'urgence ont été répertoriés. Il est à noter que les niveaux d'évidence étaient pour la plupart relativement faibles et qu'aucun article n'abordait la situation québécoise ou même canadienne.

En 1995, un sondage a été envoyé aux résidents en même temps que l'examen de l'American Board for Emergency Medicine (ABEM) et 49 % ont affirmé avoir bénéfici-

cié du permis restrictif au cours de leur résidence (Langdorf *et al.*, 1995). Fait à noter, le nombre d'heures travaillées par mois progressait au fil des années passant de 21 h comme R1 à 29 h comme R3 ou R4. Les raisons principales évoquées pour avoir recours à un tel permis étaient surtout de nature financière. Par ailleurs, 57 % affirmaient que cela n'affectait pas leur formation médicale, 34 % disaient que cela l'affectait rarement tandis que 82 % soulignaient que cela leur apportait une expérience enrichissante. Ce sondage, qui avait un taux de réponse de 75,9 %, a révélé une proportion de poursuite en justice de 2 %.

Dans une enquête menée la même année par les mêmes auteurs auprès des directeurs de programmes et de leurs assistants, l'un d'entre eux a affirmé avoir été convoqué en justice pour une situation impliquant la mauvaise pratique d'un résident lors de l'usage d'un permis restrictif (Landorf *et al.* 1995). Cette poursuite a été jugée en faveur du plaignant et 250 000 \$ lui a été attribué. Par ailleurs, la perception des directeurs de programme semblait toute autre que celle des résidents en ce qui a trait à cette pratique. En effet, 90 % des directeurs affirmaient que cela interférait avec les études. Ils rapportaient moins d'assistance aux conférences, de moins bons résultats aux examens, des conflits d'horaire avec les quarts de travail du programme, des plaintes en regard des soins aux patients ainsi que des projets de recherche non complétés. Soixante pour cent soulignaient que cela apportait malgré tout une expérience autre que celle acquise dans le programme notamment en favorisant une meilleure indépendance et en augmentant la proportion de soins apportés aux clientèles moins favorisées. Le taux de réponse à ce sondage était de 96 %, alors que pour la plupart des autres articles, ce pourcentage était de moins de 50 %.

Toujours aux États-Unis, en 2000, un sondage documentant l'endettement moyen des résidents a souligné que le fait d'avoir accès ou non au permis restrictif ne semblaient pas avoir d'influence sur le choix du programme de résidence (Kazzi *et al.*, 2000). En 2004, un son de cloche différent était émis en affirmant que la plupart des résidents des programmes non chirurgicaux considéraient cet élément dans le choix de leur université (Nuthalapaty, Jackson et Owen, 2004). Une autre étude (Li *et al.*, 2000) menée la même année documentait par ailleurs qu'environ 58 % des résidents concernés pratiquaient en solo, sans supervision ni encadrement clinique. Il est à noter que 73 % des programmes de formation en médecine d'urgence établissaient des restrictions en regard de ce type de pratique, sans pour autant avoir l'autorité pour sévir au besoin. Certains limitaient l'implication des résidents juniors, d'autres le nombre d'heures travaillées, ou interdisaient les quarts de travail avant ou après ceux prévus par le programme. Quant aux formations militaires, elles interdisaient toutes l'usage

du permis restrictif. Le même article révélait que 88 % des répondants utilisaient cette pratique pour avoir une expérience pédagogique intéressante et 66 % pour des raisons financières ; 94 % affirmaient percevoir un effet bénéfique sur leur performance académique ; 78 % des résidents usant d'un permis restrictif pour pratiquer durant leur résidence se sentaient qualifiés pour s'engager dans de telles activités comparativement à 40 % de ceux ne l'utilisant pas. Il est à noter qu'une moyenne de 27 heures par mois était ajoutée à la charge de travail requise par le programme de formation. Enfin, en Caroline du Sud, jusqu'à 2 % des visites au département des urgences seraient d'ailleurs traitées par des résidents qui pratiquaient en vertu d'un permis restrictif (Bennett *et al.*, 2003).

En 2001, Larkin *et al.* ont documenté si les finissants du programme de médecine d'urgence américain étaient enclins à se faire soigner par un résident travaillant avec un permis restrictif : 71,7 % affirmaient que oui s'il s'agissait de blessures mineures ; 54,2 % dans les cas de blessures plus sérieuses et seulement 22,7 % lors de soins critiques ; 77,7% se feraient soigner par un résident s'ils devaient attendre plus de deux heures à l'urgence pour une blessure à la cheville comparativement à 64,9% s'il était question de leur enfant ; et 84,8 % des répondants en médecine d'urgence affirmaient qu'un risque d'événements indésirables était associé à cette pratique.

Bien entendu, cette littérature s'est construite dans un contexte où plusieurs organismes américains se questionnaient et devaient prendre position sur le sujet. En 1998, la Federation of State Medical Boards (FSMB) avait en fait lancé le débat en interdisant la pratique pour les résidents qui cumulaient moins de trois ans d'expérience. Ils considéraient cette pratique comme étant non sécuritaire pour les patients. Cependant, en 2002, seul l'État du Nevada avait suivi ces recommandations. Plusieurs organismes dont la Society of Academic Emergency Medicine (SAEM), le Council of Emergency Medicine Residency Directors (CEMRD), l'American Academy of Emergency Medicine (AAEM) de même que l'American College of Emergency Physicians (ACEP) considéraient que les résidents n'étant pas suffisamment avancés pour être qualifiés à se présenter aux examens finaux ne possédaient pas les connaissances ni les habiletés techniques pour prodiguer les soins dans le contexte parfois chaotique et critique de l'urgence (Chisholm et Baumann, 2000). Ces mêmes organismes soulignaient par ailleurs que les employeurs devaient s'engager à offrir les ressources requises pour une pratique sécuritaire et que les actions posées par le résident devaient clairement être assurées par un régime de protection prévu à cet effet. L'American Medical Association (AMA) ainsi que l'Association of American Medical Colleges (AAMC) étaient pour leur part en accord avec le permis restrictif en autant que le tout soit fait sous la licen-

ce d'un médecin en pratique.

L'Emergency Medicine Resident's Association (EMRA) mentionne quant à elle que ce type de pratique peut fournir des avantages académiques et financiers non négligeables tout en permettant aux futurs médecins de mieux orienter leur carrière (Kaji et Stevens, 2002). L'organisation recommandait cependant un soutien clinique, administratif et légal afin d'assurer une pratique sécuritaire. L'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) soulignait d'ailleurs qu'il était du devoir du centre hospitalier concerné de s'assurer que le résident possédait les compétences pour travailler de manière autonome (Kaji et Stevens, 2002).

Certaines universités canadiennes se sont également prononcées sur le sujet. En effet, l'ensemble des facultés de médecines ontariennes s'est positionné contre cette pratique en affirmant que cela compromettrait les programmes de formation (COFM, 2004). Les universités Queen's et McMaster recommandent d'ailleurs que les résidents informent leur directeur de programme de leurs activités extra-universitaires. L'Université de Colombie-Britannique suggère quant à elle aux directeurs de programme de surveiller la performance de leurs résidents et de statuer si cette pratique entrave leur programme de formation ou non. Finalement, l'Université Dalhousie émet des recommandations très claires. Non seulement demande-t-elle l'approbation du directeur, mais elle exige la preuve de la présence d'une supervision adéquate et interdit ce type de pratique moins de douze heures avant un quart de travail régulier.

Bref, le permis restrictif en médecine d'urgence ne fait l'unanimité ni aux États-Unis, ni au Canada et semble soulever des remous au Québec. D'une part, cela pourrait apporter une expérience médicale autonome pertinente permettant une introduction à d'éventuels milieux d'embauche tout en répondant à des besoins financiers. D'autre part, la possible augmentation du nombre de poursuites soulève un questionnement quant à la sécurité des patients tout en créant des incertitudes relativement à l'entrave potentielle au curriculum médical régulier.

PERMIS RESTRICTIF QUÉBÉCOIS

Au Québec, le CMQ donne maintenant accès au permis restrictif aux résidents en médecine familiale ayant complété 18 mois ou aux résidents en spécialité ayant complété 48 mois de leur formation (Drouin, 2008). Cependant, une fois le permis d'exercice acquis du CMQ, un certificat d'assurance professionnelle doit aussi être obtenu auprès de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), un permis de facturation, auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et, pour les résidents en médecine familiale, l'autorisation du Département régional de

médecine générale (DRMG) concerné. Un résident ayant complété sa formation postdoctorale dans un programme agréé par le CMQ et étant inscrit à un examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) se tenant à la session d'automne aurait aussi accès au permis restrictif. L'activité ALDO-QUÉBEC devrait cependant être effectuée avant le deuxième renouvellement du permis et la personne utilisant ce privilège devra avoir réussi les deux parties de l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (CMC), en détenir la licence (LMCC) ou avoir un certificat de spécialiste du CRMCC.

Parmi les autres conditions d'obtention, le CMQ exige qu'aucun échec à des examens donnant ouverture à un permis d'exercice ne soit documenté et que des frais de demande de 625 \$ en plus de la cotisation annuelle de 1 124,80 \$ soient déboursés. Le résident ne pourra pas renouveler son permis restrictif plus de deux fois, devra exercer uniquement en établissement et limiter ses activités professionnelles à celles comprises dans la discipline visée par la formation postdoctorale.

Bien entendu, le résident qui utilise le permis restrictif est soumis aux mêmes devoirs et obligations que tout médecin inscrit au tableau des membres. Il pratique donc sous la même loi médicale (tenue des dossiers, normes relatives aux ordonnances, comité d'inspection professionnelle, assurance-responsabilité), le même code de déontologie (qualité de la relation professionnelle, liberté de choix, consentement, prise en charge et suivi, qualité d'exercice, indépendance et désintéressement, intégrité, honoraire, relations avec les autres professionnels et avec le CMQ) et le même code des professions. Cela implique par ailleurs que, pour être autorisé dans un milieu, la demande du résident devra être approuvée par le chef de département, par le directeur des services professionnels (DSP), par le Conseil des médecins et pharmaciens (CMDP) et par le comité des titres avant d'obtenir les privilèges lui permettant une pratique encadrée par les conditions d'exercice en établissement. Sur le plan légal, des poursuites ont déjà impliqué des résidents, mais il est difficile d'attribuer ces actions en justice au permis restrictif. Aucune donnée n'est disponible en ce qui a trait à de potentielles poursuites impliquant ce genre de pratique et aucun mécanisme spécifique visant à surveiller ces événements n'est prévu. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQÉSSS) couvre actuellement les actes des résidents, tâche qui serait par contre assumée par l'ACPM dans le contexte de l'utilisation du permis restrictif. Dans l'éventualité d'une poursuite, le médecin est normalement comparé à un collègue ayant une pratique semblable. Il n'est cependant pas évident si le résident serait comparé à un médecin exerçant dans le même type de milieu ou évalué en fonction d'un autre résident de son niveau.

Si un système de consultation était mis en place afin d'assurer la disponibilité téléphonique d'un urgentologue expérimenté, ce médecin en pratique serait alors soumis aux mêmes exigences et défis qu'un spécialiste d'un autre domaine médical faisant des gardes à domicile. L'urgentologue consultant devra alors documenter les informations reçues lors de sa conversation avec le résident utilisant le permis restrictif ainsi que les recommandations émises. Cette documentation devra également être conservée en lieu sûr en cas de poursuite.

À ce jour, 55 permis en spécialité sont prévus. Au moment de la dernière parution du rapport du CMQ, six résidents en deuxième année de médecine familiale et une en médecine d'urgence spécialisée avaient obtenu ces privilèges. Aucune donnée n'est actuellement disponible en ce qui a trait au pourcentage d'heures travaillées à l'urgence couvertes par les résidents usant du permis restrictif. Le CMQ pense que cet outil permettra d'offrir des services supplémentaires à la population, de fournir aux résidents une idée concrète de la pratique autonome et de leur permettre mieux identifier les compétences à parfaire avant la fin de la formation médicale. Les membres du conseil d'administration de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) (Bernier, 2008), quant à eux, croient aussi que cette pratique pourra augmenter l'offre de service à la population tout en permettant aux résidents de consolider leurs connaissances, de favoriser une transition harmonieuse vers une pratique autonome, le tout en leur donnant accès à une source de revenu supplémentaire non négligeable. La FMRQ souligne par ailleurs qu'il est du devoir du résident de s'assurer que la pratique autonome n'affecte pas sa performance académique. La seule barrière limitant le nombre d'heures travaillées par les résidents avec l'usage du permis restrictif a été instituée par l'ACPM. En effet, la cotisation initiale de 1 630 \$ s'élève à 5 600 \$ lorsque le nombre de jours travaillés dépasse 14 jours.

SONDAGE AUPRÈS DES RÉSIDENTS

Tel que mentionné précédemment, une résidente en médecine d'urgence spécialisée a à ce jour bénéficié du permis restrictif. Cependant, elle avait déjà réussi son examen du CRMCC. Il ne lui restait qu'à compléter six mois de stage pour terminer sa formation (Sanogo, 2008). Elle décrit son expérience comme globalement positive. Elle affirme avoir gagné confiance en elle, découvert des milieux de pratique potentiels tout en lui permettant de rembourser une partie de ses dettes. Le permis restrictif lui a par ailleurs procuré une exposition à la gestion administrative de la pratique, exposition à laquelle elle avait à ce jour eu peu accès, tout en la confrontant à des questions cruciales, notamment quant à l'orientation finale des patients. D^{re} Sanogo souligne que la situation des résidents en médecine d'urgence spéciali-

sée est particulière puisque après avoir complété le quatre cinquième de leur formation, ils ont déjà acquis plus d'expérience que certains médecins travaillant actuellement dans les urgences du Québec. Elle souligne par ailleurs le fait que l'horaire avant l'examen du CRMCC ne permet pas ou tolère peu l'exercice d'une telle pratique.

Afin de colliger l'opinion de ses membres résidents, l'AMUQ a effectué un sondage auprès des résidents en médecine d'urgence spécialisée, en médecine familiale ainsi qu'en troisième année de formation complémentaire en urgence (St-Onge, 2008). L'objectif était de mieux se positionner face à l'utilisation du permis restrictif dans les urgences du Québec tout en ciblant les conditions requises permettant une pratique sécuritaire. Au printemps 2008, un sondage électronique a donc été acheminé aux résidents en spécialité ainsi qu'en troisième année complémentaire de médecine d'urgence à deux reprises. À l'automne 2008, le questionnaire a été envoyé à nouveau en incluant cette fois les résidents en médecine familiale. Un rappel avait également été fait auprès de tous les résidents ciblés par les premiers envois.

Bien que le taux de réponse ait été évalué à moins de 10 % (11 résidents en médecine d'urgence spécialisée, neuf en formation complémentaire, 17 en médecine familiale), il demeure que des aspects intéressants ont été identifiés. La majorité des répondants étaient des femmes (25 contre 12 hommes) âgées entre 20 et 30 ans (deux ayant plus de 36 ans). Trois possédaient déjà un permis de pratique en médecine familiale et complétaient une troisième année de formation complémentaire en médecine d'urgence. Vingt-trois résidents de niveau R1 (11) et R2 (12) ont retourné le questionnaire comparativement à 14 R3 (11) et R4 (3).

Globalement, 76 % considèrent que le permis restrictif peut être bénéfique pour leur apprentissage moyennant certaines conditions. Parmi celles les plus fréquemment répertoriées, il y a :

1. L'horaire est établi en tenant compte des disponibilités données par le résident en laissant la priorité au programme régulier de formation (86 %) ;
2. Le résident est jumelé à un mentor disposé à répondre à ses questions au besoin (78 %) ;
3. Le résident a accès aux ressources d'information (Internet, livres de références, etc.) nécessaires (70 %) ;
4. Les quarts de travail où le résident est seul sont interdits (43 %) ;
5. Un processus de rétroaction sur les interventions du rési-

dent est prévu (retour sur la garde, etc.) (38 %) ;

6. La candidature du résident doit d'abord être soumise au directeur de programme pour approbation (32 %).

Quant aux soins apportés aux patients, 70 % considèrent que l'impact pourrait être positif, encore une fois sous certaines conditions :

1. Le résident est jumelé à un mentor disposé à répondre à ses questions au besoin (81 %) ;

2. Le résident a accès aux ressources d'information (Internet, livres de références, etc.) nécessaires (70 %) ;

3. Le résident n'est pas autorisé à avoir la supervision d'externe ou d'autres résidents à sa charge (68 %) ;

4. La candidature du résident a d'abord été soumise au département des urgences du centre hospitalier pour approbation (46 %) ;

5. Les quarts de travail où le résident est seul sont interdits (43 %) ;

6. Le résident n'est pas autorisé à travailler seul en salle de réanimation (43 %) ;

7. Le résident n'est pas autorisé à faire des tâches de coordination (43 %) ;

8. La candidature du résident doit d'abord être soumise au directeur de programme pour approbation (43 %).

Parmi les avantages notés, les résidents soulignaient l'amélioration de la confiance en leurs capacités ainsi que le développement de nouveaux apprentissages. Par contre, parmi les inconvénients, ils soulignaient le risque potentiel d'être confrontés à des demandes dépassant leurs capacités, de négliger leur programme régulier de formation et d'avoir moins de temps pour étudier leurs examens finaux.

Globalement, 73 % étaient en accord et 27 % étaient partiellement en accord avec l'usage du permis restrictif pour les résidents en spécialité. Par contre, 19 % étaient en accord, 38 % partiellement en accord, 16 % étaient neutres, 19 % étaient partiellement en désaccord et 8 % en désaccord avec le même règlement appliqué aux résidents en médecine familiale. La majorité des répondants (70 % en accord et 22 % indifférents) acceptaient que l'AMUQ émette des recommandations quant à l'usage du permis restrictif à l'urgence.

Ce sondage apporte des arguments intéressants, mais de-

vant un taux de réponse aussi faible, l'AMUQ, dans le cadre d'un dîner conférence offert aux résidents lors de son congrès annuel, a décidé d'inviter le CMQ et la FMRQ afin qu'ils exposent l'historique et les faits encadrant une telle pratique. La revue de littérature présentée dans l'actuel document ainsi que les résultats du sondage ont également été communiqués à l'audience. L'AMUQ a par la suite demandé aux personnes présentes de se prononcer sur l'usage du permis restrictif. Des résultats similaires ont été compilés :

Le permis restrictif pour les résidents en médecine d'urgence spécialisée ayant complété quatre ans de leur formation (44 répondants).

Pour	77 %
Pour, sous certaines conditions	20 %
Contre, peu importe les conditions	0 %
Abstention	2 %

Le permis restrictif pour les résidents en médecine familiale ayant complété 18 mois de leur formation (44 répondants).

Pour	16 %
Pour, sous certaines conditions	68 %
Contre, peu importe les conditions	16 %

Enfin, certains ont soulevé le fait qu'il était illogique de comparer un résident en cinquième année de spécialité avec un résident en médecine familiale. D'autres ont même proposé de donner accès au permis restrictif avant la cinquième année aux résidents en spécialité.

PRISE DE POSITION ET RECOMMANDATIONS

Devant un tel état de faits, l'AMUQ a donc pris position en faveur de l'utilisation du permis restrictif en **médecine d'urgence spécialisée**, mais recommande aux établissements :

- De donner accès aux ressources d'information nécessaire ;
- De fournir un consultant en médecine d'urgence accessible sur les lieux ou par téléphone lors des quarts de travail (le mode de rémunération de ce dernier étant à déterminer) ;
- D'éviter de planifier des quarts de travail où le résident est le seul médecin dans l'urgence ;
- D'éviter les tâches de coordination ou de supervision ;
- D'assurer une rétroaction sur les gestes posés par le résident lors de ses gardes ;

- D'exiger une lettre de recommandation du directeur de programme autorisant une telle pratique.

Elle recommande également aux directeurs de programme :

- De prendre les mesures nécessaires conjointement avec les résidents afin d'éviter que cette pratique n'entrave le programme régulier de formation ;
- De définir les conditions acceptables d'utilisation du permis restrictif dans le cadre du programme de formation en médecine d'urgence spécialisée (nombre d'heure maximum, etc.).

En ce qui a trait à l'utilisation du permis restrictif en **médecine familiale**, l'AMUQ démontre plus de réticences et demande au CMQ :

- D'autoriser seulement la pratique autonome des résidents en médecine familiale sous la supervision d'un consultant en médecine d'urgence présent dans l'établissement (le mode de rémunération de ce dernier étant à déterminer) ;
- D'interdire les tâches de coordination et de supervision ;
- D'interdire les quarts de travail où le résident est le seul médecin dans l'urgence et d'exiger que les résidents ne soient pas seuls lors des cas de réanimation ;
- D'exiger une lettre du directeur de programme autorisant une telle pratique.

L'Association recommande également aux établissements :

- De donner accès aux ressources d'information nécessaires ;
- D'assurer une rétroaction sur les gestes posés par le résident lors de ses gardes.

Elle recommande aussi aux directeurs de programme :

- De prendre les mesures nécessaires, conjointement avec les résidents, afin d'éviter que cette pratique n'entrave le programme régulier de formation ;
- De définir les conditions acceptables d'utilisation du permis restrictif dans le cadre du programme de formation en médecine familiale (nombre d'heures maximum, etc.).

Considérant que cette expérience sera nouvelle pour le Québec et que les incidents ou poursuites vécus dans le reste du Canada sont pour le moment inconnus, l'AMUQ re-

commande au CMQ :

- D'instaurer un système permettant de surveiller les plaintes et les poursuites impliquées par le système de permis restrictif ;
- De documenter la jurisprudence en ce qui a trait aux situations de litige dans le cadre de l'utilisation du permis restrictif afin que les milieux et les résidents soient informés du déroulement et des conséquences possibles d'une poursuite.

Considérant la nécessité d'avoir un consultant en médecine d'urgence disponible pour les résidents utilisant le permis restrictif, l'AMUQ recommande au MSSS ainsi qu'à la Direction nationale des urgences (DNU) :

- D'organiser un système de garde provincial permettant à un consultant en médecine d'urgence de couvrir plus d'un résident de garde dans plus d'un centre hospitalier ;
- Et par ailleurs, de mettre tous les moyens en œuvre pour favoriser le dépannage par des médecins ayant notamment une formation complémentaire ou spécialisée en médecine d'urgence avant d'avoir recours à des résidents utilisant le permis restrictif.

CONCLUSION

La littérature et les sondages auprès des résidents démontrent que le permis restrictif dans le cadre d'une pratique à l'urgence ne constitue pas une chose banale ni ne fait l'unanimité, particulièrement en ce qui concerne les résidents en deuxième année de médecine familiale. L'AMUQ croit que cette pratique devrait davantage être réfléchie, encadrée et contrôlée afin d'assurer que la sécurité des patients et la formation des futurs médecins ne subissent pas de conséquences fâcheuses.

La pénurie d'effectifs médicaux est une problématique complexe à laquelle plusieurs sources de solutions sont à considérer tant en termes de gestion, d'organisation que de contribution des autres professionnels de la santé. Cette problématique mérite donc une réflexion élargie.

RÉFÉRENCES

1. Bennett, Baxley et Probst, The impact of resident physician coverage on emergency department visits in South Carolina, *South Med J* 2003, Vol 96, N° 12, p. 1195-1202.
2. Bernier, Martin, *Le moonlighting en médecine d'urgence : Le résident et sa résidence*, conférence donnée dans le cadre du congrès annuel de l'Association des médecins d'urgence du Québec, novembre 2008, document non publié.
3. Chisholm, The moonlighting paradox, *American Journal of Emergency Medicine* 2000, Vol 18, N° 2, p. 224-226.
4. Chisholm and Baumann, SAEM Position Statement on the Qualifications for Unsupervised Emergency Department Care, *Academic Emergency Medicine* 2000, Vol 7, N° 9, p. 929-356.
5. Diebold and Ferraro, Moonlighting and Student Debt, *Academic Emergency Medicine* 1995, Vol 2 N° 4, p. 330-331.
6. Drouin, Éric, *Le permis restrictif*, conférence données dans le cadre du congrès annuel de l'Association des médecins d'urgence du Québec, novembre 2008, document non publié.
7. Glaspy, Ma, Steele and Hall, Survey of Emergency Medicine Resident Debt Status and Financial Planning Preparedness, *Academic Emergency Medicine* 2005, Vol 12, N° 1, p. 52-56.
8. Hedges and Chisholm, Building a Profession, *Academic Emergency Medicine* 2001, Vol 8, N° 4, p. 386-388.
9. Kaji and Stevens, Moonlighting and the emergency medicine resident, *Annals of Emergency Medicine* 2002, Vol 40, N° 1, p. 63-66.
10. Kazzi, Langdorf, Brillman, Handy and Munden, Emergency Medicine Residency Applicant Educational Debt: Relationship with Attitude toward Training and Moonlighting, *Academic Emergency Medicine* 2000, Vol 7, N° 12, p. 1399-1407.
11. Keim, CORD Position Statement on Moonlighting, *Academic Emergency Medicine* 2000, Vol 7, N° 2, p. 929-356.
12. Keim and Chisholm, Moonlighting and Emergency Medicine: Raising the Standard, *Academic Emergency Medicine* 2000, Vol 7, N° 8, p. 927-928.
13. Langdorf, Ritter, Bearie, Ferkich and Bryan, Emergency Medicine Resident Moonlighting: A Survey of Program Directors, *Academic Emergency Medicine* 1995, Vol 2, N° 4, p. 302-307.
14. Langdorf, Ritter, Bearie, Ferkich and Bryan, National Survey of Emergency Medicine Resident Moonlighting, *Academic Emergency Medicine* 1995, Vol 2, N° 4, p. 308-314.
15. Larkin, The controversy of moonlighting, *Annals of Emergency Medicine* 2003, Vol 41, N° 4, p. 588.
16. Larkin, Kantor and Zielinski, Doing unto Others? Emergency Medicine Residents' Willingness to Be Treated by Moonlighting Residents and Nonphysician Clinicians in the Emergency Department, *Academic Emergency Medicine* 2001, Vol 8, No 9, p. 886-892.
17. Li, Tabor and Martinez, Survey of Moonlighting Practices and Work Requirements of Emergency Medicine Residents, *American Journal of Emergency Medicine* 2000, Vol 18, N° 2, p. 147-151.
18. Nuthalapaty, Jackson et Owen, The influence of quality-of-life, academic, and workplace factors on residency program selection, *Academic Medicine* 2004, Vol 79, N° 5, p. 417-425.
19. Sanogo, Karine, *Dépannage durant la résidence*, novembre 2008, document non publié.
20. St-Onge, Maude, *AMUQ : Sondage québécois sur le permis restrictif en médecine d'urgence*, novembre 2008, document non publié.

Sites Internet

Council of Ontario Faculties of Medicine : [http://www.pgme.utoronto.ca/Assets/Moonlighting/Council+of+Ontario+Faculties+of+Medicine+Policy+on+Resident+Moonlighting\\$!2c+November+2004.pdf](http://www.pgme.utoronto.ca/Assets/Moonlighting/Council+of+Ontario+Faculties+of+Medicine+Policy+on+Resident+Moonlighting$!2c+November+2004.pdf)

Université Queen's : <http://meds.queensu.ca/postgraduate/policies/moonlighting>

Université de la Colombie-Britannique : http://www.med.ubc.ca/education/md_postgrad/Policies/Moonlighting.htm

Université Dalhousie : <http://postgraduate.medicine.dal.ca/calendar22.html>

Université McMaster : http://www.fhs.mcmaster.ca/postgrad/moonlighting_policies.html

Collège des médecins de famille du Canada : http://www.cfpc.ca/cfp/2000/Nov/07_01.htm

Entrevues téléphoniques

Responsable du CMQ : M^{me} Micheline Desrochers.

Responsable de la FMRQ : M^{me} Johanne Carrier.

Responsable de l'AQESSS : M^{me} Sylvie Desjean.

Médecin conseil de l'ACPM : D^r Jacques Guilbert.



750, boulevard Charest Est, bureau 515

Québec QC G1K 3J7

Téléphone : 418 658-7679 • Télécopieur : 418 658-6545 • Courriel : amuq@amuq.qc.ca

www.amuq.qc.ca