



LES FAITS
sur la pratique des médecins d'urgence au Québec

Commentaires de l'AMUQ

Position adoptée par le conseil d'administration
de l'Association des médecins d'urgence du Québec
25 novembre 2002

Problématique

Devant l'application discriminatoire de la loi 114 à l'endroit des médecins d'urgence du Québec et dans le souci d'apporter des solutions durables aux crises récurrentes des unités d'urgence, le document conjoint *Document sur la crise des urgences* a été déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, M. François Legault lors d'une rencontre à laquelle participaient les docteurs Julien Poitras, président de l'AMUQ, Marc Béique, président intérimaire de l'ASMUQ, et Christian Hobden, président du ReMUQ, le 1^{er} octobre 2002.

La FMOQ a quant à elle rendu public un document intitulé *Les Médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec*, le 29 octobre 2002.

La FMOQ ayant sollicité l'avis de l'AMUQ sur ce document, le conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence a adopté la position exposée dans le présent document lors de sa séance du 25 novembre 2002.

Position de l'AMUQ

L'Association des médecins d'urgence du Québec a relevé plusieurs points dans le document *Les Médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec* qui lui paraissent imprécis et qui ne reflètent pas complètement les conditions d'exercice de la médecine d'urgence au Québec. Ces points concernent plus particulièrement :

1. la pénurie d'effectifs en médecine d'urgence ;
2. la rémunération des médecins d'urgence ;
3. les conditions d'exercice de la médecine d'urgence.

1. La pénurie d'effectifs en médecine d'urgence

La pénurie d'effectifs dans les salles d'urgence ne date pas d'hier... Mais, contrairement à ce qu'avance la FMOQ, cette pénurie ne nous paraît pas être la cause de la désorganisation des unités d'urgence mais plutôt sa conséquence.

Dans son document *Les Omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec*, la FMOQ émet des hypothèses sur les causes de cette pénurie. Certaines de ces hypothèses, telles que le nombre limité de nouveaux médecins, nous paraissent conformes aux données de terrain. Mais d'autres nous laissent croire à une mauvaise compréhension des problèmes qui affectent l'organisation et la gestion des unités d'urgence.

À titre d'exemple, selon le document de la FMOQ, la fermeture de nombreuses salles d'urgence dans les régions universitaires et dans la Mauricie a forcé des médecins à quitter la médecine d'urgence alors que, dans les faits, les médecins, dont les unités d'urgence ont fermé, auraient très bien pu continuer à travailler dans celles restées ouvertes... si seulement leurs conditions d'exercice leur étaient parues acceptables comparativement aux conditions d'exercice que l'on retrouve dans les autres milieux de pratique en médecine. De même, la FMOQ avance que les femmes, de plus en plus nombreuses à être promues en médecine, ne contribueront pas pour leur juste part à l'ajout de nouvelles ressources en médecine d'urgence puisqu'elles choisissent en moins grand nombre que les hommes ce type de pratique. Là encore, sans doute choisiraient-elles davantage de pratiquer la médecine d'urgence si les conditions d'exercice leur paraissaient favorables...

a) les problèmes de rétention

Dans les faits, parmi les facteurs associés au départ des médecins des urgences avec la fin de l'application du décret punitif de 30 %, il faudrait certainement tenir compte du vieillissement des médecins et de leurs obligations familiales croissantes qui ne peuvent tolérer l'horaire ingrat de la pratique à l'urgence ni les problèmes de tous les jours qui accompagnent l'organisation et la gestion défailtantes des unités d'urgence. Le même raisonnement s'applique pour la pratique des femmes en médecine d'urgence qui se trouvent souvent confrontées à des obligations familiales plus lourdes.

D'autre part, la FMOQ est restée silencieuse quant à l'impact que l'encombrement des salles d'urgence a sur le climat de travail. La médecine de corridors a un impact démoralisant sur le personnel tant médical qu'infirmier. L'instabilité des équipes infirmières et le manque de personnel d'expérience ne font qu'alourdir la tâche des médecins d'urgence. L'accroissement de la gravité et de la complexité des cas reçus à l'aire des civières de même que l'augmentation des temps de séjour à l'urgence pour les patients admis ne font qu'augmenter la lourdeur de la tâche à l'urgence, l'attente et la frustration des patients. Comment ne pas comprendre qu'après quelques années, beaucoup de médecins préfèrent se retirer de la pratique de la médecine d'urgence pour exercer dans un climat plus serein ?

Ainsi, si des mesures durables étaient mises en place, attirer les médecins à la pratique à l'urgence, de toutes les tranches d'âge, autant les hommes que les femmes, contribueraient pour leur juste part à maintenir les services d'urgence. Les médecins d'urgence en place seraient moins épuisés.

Au nombre des mesures qui contribueraient à la rétention des effectifs par la diminution des contraintes auxquelles sont confrontés les médecins qui pratiquent dans les unités d'urgence, mentionnons l'application du *Guide de gestion de l'unité d'urgence* qui se révèle un outil de référence incontournable. Parmi les recommandations :

- Prioriser les systèmes d'informatisation des unités d'urgences particulièrement quant au volet clinique et au dossier informatisé ;
- Assurer la présence suffisante de personnel infirmier qualifié ainsi que l'accès aux plateaux techniques sur des plages horaires élargies ;
- « S'assurer que le personnel de l'urgence effectue des tâches relevant de son expertise et éviter les activités qui peuvent être effectuées par du personnel de soutien¹ » ;
- Planifier un recrutement continu et instaurer au besoin un système de tutorat ;
- Impliquer des professionnels dans des activités clinico-administratives comprenant entre autres la mise au point de politiques de fonctionnement et de protocoles. « Il est bien démontré que l'attrition des médecins d'urgence est diminuée lorsque ces derniers s'impliquent dans des activités clinico-administratives, l'enseignement ou la recherche. (...) Dans le contexte de cette implication, un médecin temps plein à l'urgence devrait effectuer au maximum 24 heures par semaine de soins aux patients² » ;
- Prévoir des mécanismes de « débriefing » ou de retour sur les événements à fort potentiel de stress à l'intention de l'ensemble du personnel ;
- Les activités du médecin de l'unité d'urgence doivent être consacrées exclusivement à la clientèle de l'unité. « Le médecin d'urgence ne doit pas agir

¹ AHQ, MSSS, Guide d'information et de gestion de l'unité d'urgence, direction des communications du minist2000

² Idem

comme le médecin dépanneur de l'hôpital et ne doit intervenir à l'extérieur de l'urgence qu'en tout dernier recours et de manière exceptionnelle³ ».

Il faudrait 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 soient imputables. On ne peut ignorer l'impact de l'organisation des services sur la rétention du personnel médical ou infirmier dans les unités d'urgence.

L'AMUQ voit dans ces mesures générales des mesures de rétention des effectifs en médecine d'urgence.

b) L'augmentation des effectifs

En plus des mesures précédentes qui, certainement, constitueraient des incitatifs importants pour les nouveaux médecins à choisir la pratique de la médecine d'urgence, l'augmentation des effectifs serait favorisée par l'ouverture de postes de résidence en médecine d'urgence, tant dans le programme de spécialité que dans celui de formation complémentaire en médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada. Il a en effet été démontré récemment que les omnipraticiens qui ont complété la formation complémentaire en médecine d'urgence (CCMF-MU) consacrent une plus grande part de leurs activités à la pratique de la médecine d'urgence. L'augmentation du nombre de stages de médecine d'urgence dans les programmes de résidence en médecine familiale pourrait aussi favoriser ce choix de pratique chez les jeunes médecins ; ceux-ci se sentiraient plus à l'aise, étant plus familiers avec les pathologies aiguës complexes et potentiellement instables rencontrées à l'urgence.

L'application de politiques coercitives, telles que la loi 114 et le projet de loi 142, représente des moyens à court terme pour contrer la pénurie d'effectifs, mais leurs effets pervers sur la rétention des effectifs sont très importants. Pourquoi de futurs médecins choisiraient-ils la médecine d'urgence alors que l'application de ces politiques représente des contraintes énormes sur leurs conditions de vie personnelles : éloignement du lieu de résidence, temps de transport, augmentation du nombre d'heures de travail, assignation forcée sans regard à leurs autres obligations personnelles et professionnelles, etc. ?

2. La rémunération des médecins d'urgence

La valeur réelle du travail des médecins d'urgence n'est pas ou peu reconnue telle qu'en témoigne le document de la FMOQ. Non seulement les calculs des équivalences sont-ils à remettre en question, mais on note aussi le peu de prise en considération des conditions d'exercice très difficiles dans lesquelles pratiquent les médecins d'urgence.

³ idem

a) la valeur réelle du travail des médecins d'urgence

De manière générale, le document compare le revenu brut d'un médecin gagnant plus de 75 % de ses revenus à l'urgence avec celui d'un médecin gagnant plus de 75 % de ses revenus en cabinet privé sans jamais faire référence au nombre d'heures travaillées. Cette évaluation sous-tend que la FMOQ considère que la pratique en salle d'urgence peut se comparer à la pratique en cabinet privé. Mais est-ce le cas ? S'il est facile de travailler à l'urgence et si c'est si avantageux monétairement que le document l'avance, pourquoi est-ce si difficile de combler les listes de garde ? Pourquoi à l'annonce de la loi 114, plusieurs omnipraticiens travaillant en bureau se sont-ils déclarés non compétents à travailler à l'urgence ? De comparer des revenus bruts quand on ne sait pas vraiment ce qu'on compare est un vice méthodologique important.

Ces comparaisons masquent la valeur réelle du travail des médecins d'urgence. En outre, les calculs eux-mêmes de la rémunération des médecins d'urgence doivent être questionnés. Ainsi, selon le document :

- Un médecin d'urgence qui a une pratique polyvalente a des revenus supérieurs. Mais quelle proportion de ses revenus tire-t-il de ses activités à l'urgence ? Le document ne le dit pas.
- Le calcul des équivalents temps plein est basé sur la facturation. Mais aucune considération n'est donnée au nombre d'heures travaillées alors qu'on sait que la facturation dans les salles d'urgence est très hétérogène. Quelle est, entre autres, la part des forfaits dans ces revenus ?
- La rémunération des médecins à l'urgence a fait l'objet d'augmentations spécifiques plus importantes que dans d'autres secteurs d'activités. En plus de surestimer la part de cette activité à l'intérieur du revenu moyen, il faudrait aussi tenir compte de l'augmentation constante de la fréquentation des urgences ainsi que de la lourdeur de la clientèle.
- À la section 3, il est question des mesures spécifiques adoptées dans les dernières années afin de rendre la rémunération à l'urgence plus « compétitive ». En quoi la majoration des tarifs pour les patients âgés de plus de 70 ans et ceux de plus de 80 ans avantagent-elle les médecins d'urgence, ces augmentations étant les mêmes pour les autres types de pratique ?
- Les mesures adoptées pour un plus grand nombre d'omnipraticiens favoriseraient les médecins des unités d'urgence. En quoi le programme d'allocation de formation continue ou la majoration des tarifs en CHSGS en région éloignée favorisent-ils les médecins d'urgence ?

3. Les conditions d'exercice de la médecine d'urgence

Crise après crise, politique après politique, loi après loi, l'AMUQ rappelle les conditions essentielles pour améliorer l'organisation et la gestion des unités d'urgence au Québec. L'AMUQ tient à souligner ses positions antérieures parce que les moyens qu'elle met de l'avant privilégient – vraiment et sensiblement – les conditions d'exercice de la médecine d'urgence. Elles favoriseraient non seulement la rétention et l'augmentation des effectifs en médecine d'urgence, mais aussi renforceraient le sentiment de ne pas faire les frais du sous-financement du réseau de la santé tant au niveau de leurs conditions de travail que de l'organisation et de la gestion des unités d'urgence :

- Informatisation ;
- lieux physiques adéquats ;
- abolition de la médecine de corridors ;
- équipement spécialisé et plateaux techniques suffisants et adéquats ;
- personnel en nombre suffisant, tant infirmier que service social, pharmacien ou clérical ;
- implantation des recommandations du Guide de gestion de l'unité d'urgence ;
- augmentation du nombre de lits de soins de longue durée pour éviter que des patients en attente d'hébergement n'occupent des lits de soins aigus, afin de diminuer l'encombrement à l'urgence ;
- amélioration des services de soins à domicile ;
- amélioration de la formation à l'urgence pour les résidents en médecine familiale ;
- augmentation du nombre de postes en résidence en spécialité de médecine d'urgence (programme FRCP) et pour la formation complémentaire en médecine d'urgence du Collège canadien des médecins de famille (CCMF-MU)

Conclusion

Si les faits sur les conditions d'exercice de la pratique de la médecine d'urgence ne sont pas pris en considération lors de l'élaboration des solutions visant à régler les problèmes récurrents des unités d'urgence, si les propositions émises par l'AMUQ ne sont pas considérées, pas plus que les mesures concertées envisagées par les acteurs du réseau de la santé (ex : *Guide de gestion de l'unité d'urgence*), les crises qui sévissent régulièrement dans les unités d'urgence du Québec seront de plus en plus menaçantes pour la population aux prises avec des problèmes de santé urgents.

Durant l'été 2002, l'organisation et la gestion des unités d'urgence se sont dégradées au point que le gouvernement du Québec a adopté et appliqué la loi 114 et se prépare à en reporter l'application encore pendant la période hivernale dans le cadre de la loi 142. De tels gestes, qui émanent d'une incompréhension manifeste de ce qui se passe sur le terrain, sont intolérables pour les médecins d'urgence. L'est tout autant l'incapacité de la FMOQ à faire reconnaître au gouvernement l'erreur importante que représente l'entrée en vigueur des lois 114 et 142 pour la rétention et l'augmentation du nombre de médecins d'urgence. Mais, quelque part, elle n'étonne pas l'AMUQ dans la mesure où la FMOQ ne reconnaît pas elle-même que : a) la pénurie d'effectifs en médecine d'urgence constitue une conséquence des problèmes d'organisation et de gestion tant du réseau que des unités d'urgence ; b) les conditions de travail des médecins d'urgence doivent aller de pair avec la valeur réelle du travail dans les unités d'urgence, qui doit être évaluée en fonction de leurs conditions réelles d'exercice de la médecine d'urgence dans un contexte de désorganisation du réseau de la santé et des unités d'urgence.

Sans une considération apportée à ces aspects fondamentaux de la pratique de la médecine d'urgence au Québec, l'accès à des soins et des services de santé urgents est compromis pour la population du Québec.