



ASSOCIATION
DES MÉDECINS
D'URGENCE
DU QUÉBEC

Québec, le 17 mars 2016

D^r Michel Bureau
Ministère de la Santé et des Services sociaux
9^e étage
1075, chemin Sainte-Foy
Québec QC G1S 2M1

Membres du conseil
d'administration
de l'Association
des médecins d'urgence
du Québec

Objet : Les médecins d'urgence à temps complet

Bernard Mathieu, M.D.
Président

Amélie Bourassa, M.D.
Vice-présidente

Stéphane Borreman, M.D.
Trésorier

Laurent Vanier, M.D., Ph.D.
Administrateur délégué

Jean-Marc Chauny, M.D.
Administrateur

Guillaume Lacombe, M.D.
Administrateur

Gérard Lemay, M.D.
Administrateur

Judy Morris, M.D.
Administratrice

Monsieur le sous-ministre,

Nous avons bien reçu votre correspondance du 16 février. Nous croyons essentiel de clarifier certains éléments.

Notre lettre faisait suite à une demande de la Direction nationale des urgences (DNU) pour étayer leur opinion sur la proportion souhaitable de médecins à temps complet dans les services des urgences de la province, de façon à assurer les meilleurs soins possible aux patients. Nous avons proposé les barèmes qui nous paraissaient les plus utiles.

Nous avons également suggéré qu'il était essentiel de conserver les effectifs actuels en médecins d'urgence et de ne pas tenter de créer une attrition, au vu des difficultés vécues sur le terrain par plusieurs de nos membres lors de leurs démarches de PEM ou de PREM pour juillet 2016 et après la lecture de différentes directives émanant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour ce faire, nous avons rappelé les données présentées lors de la plus récente étude sur le sujet de la définition du médecin d'urgence, datant de 2009.

Vous semblez réagir sur le nombre de quarts proposés pour le médecin d'urgence, qui est plus bas que pour les autres spécialités médicales. Nous croyons utile de rappeler les raisons qui sous-tendent ces recommandations :

- Nous, les médecins d'urgence, faisons toutes nos activités cliniques sur des horaires de 24 heures, sept jours par semaine, 365 jours par an. Ceci fait que nous travaillons les deux tiers de notre temps en horaires défavorables et que nous devons gérer les bascules d'horaire jour/soir/nuit, ce qui n'existe dans aucune autre spécialité. Ceci est très différent d'un horaire principalement de jour avec une couverture de garde de 24 heures. Nous avons souvent comparé notre travail à celui des pilotes d'avion, qui sont tenus à un maximum de 120 heures de vol travaillées par mois et à 1 200 heures par an, pour des raisons d'hygiène de vie compatibles

avec une acuité intacte au service de la sécurité de leurs passagers. De même, les médecins d'urgence doivent avoir suffisamment de temps de récupération pour affronter les cas souvent graves et mortels avec une acuité optimale, 24 heures sur 24. L'essence même de notre travail, qui est d'une intensité qui n'a pas de comparatif en médecine, sous une pression constante pour la plupart des hôpitaux, fait que les médecins d'urgence doivent pouvoir compter sur un temps de récupération compensatoire minimal. Il y va d'abord de la sécurité des patients, mais c'est aussi un élément qui a un impact direct sur la longévité de la carrière des médecins d'urgence et sur les risques d'épuisement professionnel ;

- Les médecins d'urgence sont particulièrement exposés à une complexité administrative qui demande de l'implication en dehors des tâches cliniques. Les tâches d'enseignement, de formation médicale continue ou d'activités académiques départementales demandent toutes du temps libre en surplus des heures cliniques. Il est clair que, si les médecins sont obligés de faire un trop grand nombre de quarts, ce sont toutes ces activités qui écoperont au détriment de la cohésion du service et du maintien de la qualité des soins. Il est aussi clair que bon nombre de médecins d'urgence auraient à reconsidérer leur plan de carrière, délaissant les urgences à la charge d'un groupe toujours plus restreint et extrêmement fragilisé, nous ramenant aux situations de pénuries médicales dangereuses vécues il n'y a pas si longtemps.

C'est pourquoi nous avons écrit que les médecins d'urgence doivent travailler entre 12 et 14 quarts cliniques par 28 jours pour être considéré à temps plein. Ceci correspond à une charge de 135 à 154 quarts par an (sur 44 semaines). Loin d'être une « mauvaise habitude de travail » des médecins d'urgence québécois, il s'agit là de la norme utilisée dans tout le Canada. Selon un sondage tenu en 2015 en Ontario, le ratio se situerait à 12,46 quarts cliniques sur 28 jours. Nous n'avons pas suggéré qu'il s'agissait là d'un maximum et, dans le contexte actuel de la société québécoise en 2016, nous pourrions considérer que de 12 à 14 quarts cliniques par 28 jours représentent un minimum pour être considéré à temps plein. Vous écrivez que le médecin devrait travailler 200 jours par année, à l'urgence comme ailleurs. Ceci est complètement irréaliste pour notre travail, ne serait-ce que pour confectionner une liste de garde. Ce type d'exigence amènerait une désertion immédiate des urgences et une tâche insurmontable pour les médecins qui y demeurerait, au détriment de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Nous voudrions aussi rectifier une des affirmations de votre lettre où vous écrivez que 50 % des visites dans les urgences sont celles de patients codés P4-P5 au triage et que ceux-ci ne sont pas des patients d'urgence :

- D'abord, cette approche semble blâmer le patient pour sa visite « inutile », alors que nous savons tous que la grande majorité des patients ne viennent pas à l'urgence de gaieté de cœur, mais bien pour des raisons qui les inquiètent de façon légitime.
- De plus, nous souhaitons vous rappeler que le triage est un outil développé pour prioriser les patients en attente d'évaluation médicale et non d'évaluation de la

pertinence d'une visite à l'urgence. Il est donc inapproprié de se servir de cet outil pour déterminer la pertinence d'une visite à l'urgence.

- Même avec l'avènement souhaité d'une première ligne forte, il restera toujours des patients priorités P4-P5 qui auront besoin d'une évaluation à l'urgence et une proportion non négligeable de ceux-ci seront hospitalisés, comme en témoignent les données d'ici ou du reste du Canada.

Nous avons aussi appris que votre lettre a été envoyée aux directeurs des services professionnels (DSP) et aux départements régionaux de médecine générale (DRMG). Nous comprenons mal cette décision. Nous craignons que cette façon d'agir n'incite les DSP à revoir à la baisse les besoins dans les urgences et que les DRMG soient réticents à accorder des PREM dans les urgences, ce qui amènera des situations difficiles dans plusieurs établissements dès cet été, sans parler des effets à plus long terme mentionnés ci-haut. Déjà plusieurs services des urgences nous ont fait part de grandes difficultés à combler des absences pour cause de maladies, de grossesse ou encore de départs, malgré un besoin jugé essentiel.

Nous sommes ouverts à discuter avec vous de ces éléments et nous vous demandons de ne pas restreindre l'accès aux postes d'urgence, ce qui mettrait une pression indue sur les équipes en place et nuirait à la qualité des soins ainsi qu'à la sécurité des patients.

Veuillez agréer, D^r Bureau, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour le conseil d'administration,



Bernard Mathieu, M.D.
Président

CC : D^r Louis Godin, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
D^{re} Diane Francœur, Fédération des médecins spécialistes du Québec
D^{re} Élyse Berger-Pelletier, Association des spécialistes en médecins d'urgence
du Québec
Chefs des départements régionaux de médecine générale
Directeurs des services professionnels