

Mémoire de l'Association des médecins d'urgence du Québec

Présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux à propos du projet de loi n° 20, le 26 février 2014

Mission : être le leader du développement et de l'excellence de la médecine d'urgence au Québec.
Vision : l'excellence de la médecine d'urgence au service des citoyens.

Table des matières

Glossaire	3
Présentation de l'AMUQ	4
Résumé	4
Exposé	5
La fréquentation des urgences	5
Impacts pressentis de la loi	6
Impacts sur les médecins de famille	6
Démotivation	6
Impact du PL20 sur le fonctionnement hospitalier	7
Impact du PL20 sur la congestion des urgences	7
Impacts du PL20 sur les médecins d'urgence québécois	8
Qu'est-ce qu'un médecin d'urgence à temps plein ?	8
Épuisement professionnel	9
Départs à la retraite anticipés, exode	10
Érosion du savoir-faire en médecine d'urgence	10
Désengagement des tâches administratives et académiques	10
Les départements de médecine d'urgence peuvent-ils s'adapter ?	11
PL20 : les articles qui sont inacceptables pour l'AMUQ	11
Trop de pouvoirs se retrouvent dans les mains du Ministre	11
Lourdeur administrative et PL20	12
Les solutions au problème d'accessibilité selon l'AMUQ	13
Propositions spécifiques à la médecine d'urgence	13
Conclusion	14
Pour le conseil d'administration de l'AMUQ	14
Références	14

Glossaire

AMF : Activités de médecine familiale du PL20
AMP : Activités médicales particulières
AMUQ : Association des médecins d'urgence du Québec
CH : Centre hospitalier
CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée
CMCF : Collège des médecins de famille du Canada
FMC : Formation médicale continue
GMF : Groupe de médecins de famille
ICIS : Institut canadien d'information sur la santé
MU3 : Certification en médecine d'urgence du CMFC
PL20 : Projet de loi n° 20

Présentation de l'AMUQ

L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), fondée il y a 32 ans par des pionniers en médecine d'urgence du Québec, est un regroupement volontaire de médecins d'urgence. Avec maintenant plus de 500 membres, l'AMUQ intervient principalement dans le domaine de la formation médicale continue et répond aux interrogations de divers organismes ou médias sur les questions qui touchent les soins d'urgence au Québec. L'AMUQ est inscrite au registre des lobbyistes du Québec. L'AMUQ n'a pas d'attache syndicale ni ne reçoit aucun financement autre que les cotisations des membres et les revenus des événements de formation. Ceci nous permet de garder l'indépendance nécessaire pour réaliser notre mission et vision.

Résumé

Les médecins ne nient pas le problème de l'accessibilité déficiente en première ligne et l'AMUQ est bien placée pour en témoigner, pour l'avoir souvent décrié dans le passé. Les médecins de famille ont récemment manifesté du leadership pour trouver des solutions et 800 000 Québécois ont pu trouver un médecin de famille dans les dernières années, même si les besoins sont encore importants.

Malheureusement, avec le PL20, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne cherche pas à dialoguer avec les fédérations médicales pour concrétiser une approche concertée, mais plutôt adopte une approche de confrontation et de coercition. Depuis le dépôt du PL20, les réactions des associations médicales et des regroupements syndicaux des médecins ont été extraordinairement fortes et négatives, comme l'ont rapporté les médias. Malgré cela, il n'y a eu aucune tentative de rapprochement de la part du Ministère.

L'AMUQ est aux premières loges pour intervenir dans les discussions entourant les soins d'urgence, élément essentiel du système de santé. L'AMUQ est très inquiète des répercussions du PL20 sur la qualité des soins et sur la sécurité des patients, et des effets sur les principaux dispensateurs de soins, les médecins.

Nous allons détailler, dans l'exposé suivant, les commentaires suscités par le PL20. La prémisse de base est que les médecins d'urgence n'accepteront pas de subir les contraintes sévères associées aux objectifs énoncés dans le PL20.

Exposé

La fréquentation des urgences

Un des mythes persistants concernant les urgences est que l'engorgement est dû à un grand nombre de patients qui s'y présentent pour des conditions mineures ou non urgentes. Est-ce que les visites à l'urgence et l'engorgement vont diminuer avec le PL20 ?

Rapport du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec¹

Le rapport de 2014 indique que 60 % des visites sont pour des cas classés non urgents au triage, c.-à-d. P4-P5. Il faut cependant savoir que les P5, soit les véritables cas non urgents, ne représentent que 22 % des visites. De plus, parmi les P4, de nombreuses visites sont pertinentes et ce n'est qu'après une évaluation médicale qu'il est possible de déterminer la nécessité ou non d'une visite à l'urgence. Il est donc difficile d'estimer le pourcentage des patients P4 qui pourraient en toute sécurité ne pas consulter à l'urgence.

Le rapport fait aussi état d'un alourdissement continu de la clientèle. Un tiers des visites à l'urgence nécessite l'utilisation d'une civière. Dans la région de Montréal, près du tiers des patients se présentent en ambulance. À l'échelle de la province, les visites en ambulance représentent déjà 17,4 % des inscriptions, dont 82 % nécessitent l'utilisation d'une civière. Ces volumes sont appelés à augmenter dans les prochaines années en raison de l'accroissement de la tranche de la population la plus âgée. Le pourcentage des patients âgés de plus de 75 ans, passé de 1 sur 5 en 2004 à 1 sur 4 en 2014, passera à 1 sur 3 au cours des 10 prochaines années. On prévoit une augmentation des soins sur civière de 5,9 % alors que les visites ambulatoires devraient décroître de 5,3 %.

- ❖ La réduction des P4-P5 n'aura donc pas un impact majeur et l'alourdissement continu de la clientèle attendu au cours des prochaines années dépassera le gain attendu d'une baisse d'achalandage par réduction des P4-P5. En ce sens, le PL20 ne réduira pas le besoin en effectifs médicaux dans les urgences, même s'il améliore la prise en charge des patients en première ligne.

Rapport de l'institut canadien d'information sur la santé²

Selon le rapport de l'ICIS de novembre 2014, environ 17 % des visites à l'urgence sont évitables. Ces données proviennent principalement de l'Alberta et de l'Ontario. Il s'agit généralement de visites pour infections des voies respiratoires supérieures, maux de gorge, otites, traitements antibiotiques, soins de plaies et pansements. L'ICIS a évalué que la réduction du nombre de visites évitables à l'urgence aurait d'importantes retombées positives pour les patients et entraînerait des économies de coûts pour le système. Le rapport souligne cependant que la réduction des visites évitables ne permettrait ni de désengorger les urgences, ni de réduire les temps d'attente de façon marquée. L'ICIS note aussi que les coûts pourraient même augmenter si l'on doit créer de nouvelles structures pour déplacer certaines consultations hors des urgences.

- ❖ Améliorer l'accès à la première ligne, tel que proposé par le PL20, réduirait peut-être les visites inutiles, mais ne décongestionnerait pas les urgences ni ne réduirait le besoin en effectifs médicaux dans les urgences.

Il nous apparaît donc improbable que l'amélioration de l'accès à un médecin de famille se traduise par une diminution marquée de la demande de soins dans les urgences. Le contraire risque plutôt d'arriver : nous anticipons une diminution de l'offre (baisse du nombre de médecins disponibles) et un maintien de la demande (nombre de patients un peu moins élevé mais lourdeur et intensité accrues) pour une qualité de soins et une sécurité des patients diminuée dans les urgences.

Impacts pressentis de la loi

Impacts sur les médecins de famille

Les impacts du PL20 sur les médecins ayant une pratique mixte CH/bureau/urgence risquent d'être dramatiques. Selon nos estimés, 92 % des médecins qui œuvrent à l'urgence sont des médecins de famille. Environ 800 travaillent à l'urgence à temps complet (24 à 30 heures par semaine), alors qu'entre 1200 et 1700 travaillent à l'urgence à temps partiel.

Les quotas de patients et la clause d'assiduité du PL20 sont incompatibles avec une pratique mixte bureau/hôpital. On ne peut à la fois être à l'hôpital et disponible pour ses patients. Notre plus grande crainte est de voir beaucoup de ces médecins quitter l'urgence et laisser les listes de gardes dégarnies pour répondre aux exigences du Ministère. Le stress imposé à ceux qui voudraient rester sera énorme et invivable. Un effet domino est à craindre, avec beaucoup de remaniements de carrière dont le résultat final en termes de qualité de soins et d'accessibilité n'est aucunement connu.

- ❖ L'AMUQ redoute une déstabilisation des équipes d'urgence partout où la contribution des médecins de famille à temps partiel est importante, soit la totalité des centres primaires et secondaires et la plupart des centres tertiaires. Les bris de couverture de gardes seront nombreux.

Démotivation

Les gains acquis pour la valorisation de la médecine familiale seront perdus pour des années et déjà les résidents et étudiants en médecine seront portés à considérer les programmes spécialisés, mieux valorisés et offrant une perspective de rémunération beaucoup plus importante, ou l'exil vers d'autres provinces.

La valorisation du volume d'activités avant tout est à l'encontre des valeurs enseignées dans les facultés de médecine québécoises. La notion de prise en charge globale perd de son sens. La dévalorisation perçue par un très grand nombre de médecins de famille avec le PL20 aura un impact certain sur leur satisfaction au travail. Or la satisfaction au travail est un des piliers de la qualité de la prestation de soins et de l'efficacité.

- ❖ Le PL20 met paradoxalement en péril le futur de la première ligne. En démotivant la relève, le PL20 aura l'effet inverse de son objectif initial : il appauvrira l'offre de service en médecine familiale. Les urgences devront continuer à pallier au manque d'accès en première ligne.

Impact du PL20 sur le fonctionnement hospitalier

Chez les médecins de famille

Les médecins de famille ont été forcés par les AMP à pratiquer dans les hôpitaux depuis 20 ans. Ils y ont développé une panoplie de compétences (hospitalisation, soins palliatifs, obstétrique, soins psychiatriques, etc.). Nombreux sont ceux qui vont devoir abandonner leurs tâches hospitalières pour assumer les tâches de bureau et de prise en charge imposées par le PL20. Qui les remplacera sur les étages ? Les médecins spécialistes sont formés dans leur spécialité et non pour une approche globale du patient comme le sont les médecins de famille. Il risque d'en résulter une multiplication des consultations entre médecins spécialistes et un allongement des durées de séjour.

Le nombre de patients de l'urgence dits « orphelins » (patients nécessitant une hospitalisation, mais pour lesquels aucun médecin ne peut être désigné pour l'admission) va augmenter et ces patients vont stagner dans les corridors des urgences, faute de médecin pour les prendre en charge.

De nombreux rapports ont clairement démontré que la congestion des urgences est d'abord et avant tout liée à l'attente d'un lit d'hospitalisation sur les étages³, elle-même liée à la capacité et à l'efficacité du fonctionnement sur les étages. Les remaniements en vue perturberont le fonctionnement hospitalier dont nous sommes dépendants à l'urgence.

- ❖ L'AMUQ craint une détérioration marquée des indicateurs de performance des urgences : durée de séjour sur civière et taux d'occupation, avec les risques inhérents pour la population.

Chez les médecins d'urgence

Nous avons développé de multiples ramifications à notre travail à l'urgence : les unités d'hospitalisation brève, la coordination médicale des urgences, les cliniques de relance, la toxicologie, les soins préhospitaliers, la médecine hyperbare, les soins intensifs sont des exemples répandus. Toutes ces facettes de notre travail clinique ne sont pas prises en compte dans le PL20. Faudra-t-il les abandonner ? Plusieurs de ces activités ont un lien direct avec l'amélioration des performances des urgences et sont perçues comme incontournables non seulement par nous mais par les administrations hospitalières.

- ❖ L'AMUQ craint une détérioration marquée des indicateurs de performance des urgences : durée de séjour sur civière et taux d'occupation, avec les risques inhérents pour la population.

Impact du PL20 sur la congestion des urgences

Tel que mentionné à plusieurs reprises dans ce document, les impacts prévisibles du PL20 sont un allongement des temps d'attente et des durées de séjour sur civière. De plus, les répercussions

à venir sur les équipes d'hospitalisation créeront un engorgement et une perte d'efficacité sur les étages, qui se répercutera immédiatement sur la congestion des urgences, amenant une détérioration aiguë des indicateurs et annulant tous les progrès accomplis à ce niveau au cours des dernières années.

- ❖ L'AMUQ craint des répercussions sur la santé et même sur la mortalité des patients aux urgences.

Impacts du PL20 sur les médecins d'urgence québécois

À l'heure actuelle, 150 médecins spécialistes en médecine d'urgence et 800 médecins de famille ont une pratique exclusive aux urgences⁴. Le tiers de ces médecins de famille ont obtenu un certificat de qualification en médecine d'urgence après un an de formation complémentaire reconnu par le Collège de médecine de famille du Canada (MU3). Bien peu de ces médecins de famille à pratique exclusive se sentent à l'aise avec l'idée de faire de la prise en charge en bureau, soit parce qu'ils n'en ont pas faite depuis de nombreuses années et donc ne sont plus à jour dans ce domaine, soit parce qu'ils avaient décidé depuis le début qu'ils ne voulaient pas en faire par choix de carrière. Penser que nous pouvons du jour au lendemain faire de la prise en charge en médecine familiale revient à nier nos qualifications spécifiques en médecine d'urgence.

- ❖ Une proportion importante des médecins de l'AMUQ s'inquiète de l'incompatibilité entre leur carrière de médecin d'urgence à temps complet et les exigences du PL20.

Qu'est-ce qu'un médecin d'urgence à temps plein ?

Avant de discuter des conditions imposées par le PL20 aux médecins d'urgence, voyons à quoi correspond le travail d'un médecin d'urgence à temps complet, qu'il soit spécialiste en médecine d'urgence ou spécialiste en médecine familiale.

Profil du médecin d'urgence à temps plein⁵

Il s'agit d'un mémoire de l'AMUQ publié en 2009, qui demeure une référence en la matière. Une des idées maîtresses de ce document est que le développement d'une carrière à l'urgence est tributaire d'un équilibre entre *les tâches cliniques, les tâches non cliniques et le temps* de récupération biologique nécessaire en raison des horaires défavorables (alternance de quarts de jour, soir et nuit) et de l'intensité de la pratique. La médecine d'urgence est une carrière professionnelle à part entière. Nous reproduisons ici la recommandation 2.2 du mémoire :

- ❖ 2.2 *Suivant les données de la littérature, le médecin qui a orienté sa pratique vers la médecine d'urgence partage son temps entre des tâches cliniques et des tâches non cliniques (gestion, recherche, enseignement, développement d'expertises, etc.). À ce titre, l'AMUQ recommande qu'un temps complet à l'urgence représente l'équivalent de **trois à quatre quarts de travail par semaine sur 44 semaines, dont au moins 50 % devrait s'effectuer en tâches cliniques** et, si le médecin le désire, le reste en tâches non cliniques sur du temps protégé.*

Dans l'ensemble du Canada, le nombre normal de quarts de travail pour un médecin d'urgence à temps complet se situe aussi entre 12 et 14 quarts par 28 jours. Un sondage récent indique que la moyenne pour les médecins d'urgence en Ontario est de 12,46 quarts par 28 jours⁶.

Donc, à l'échelle du Québec et du Canada, le nombre moyen d'heures recommandées pour les tâches cliniques à l'urgence est de **24 à 30 heures par semaine pour 44 semaines**.

Or, selon le PL20, le nombre d'heures d'activités cliniques **minimales** exigées pour qu'un médecin d'urgence puisse se soustraire à l'obligation de la prise en charge est de **36 heures par semaine**. Cette obligation est incompatible avec notre pratique d'urgence. De plus, cette obligation est maintenue pour les 35 premières années de pratique, ce qui correspond à un âge de près de 65 ans pour la majorité des médecins.

D'où a-t-on pris ces 36 heures ? Qui a conseillé le Ministre ? De plus, il n'existe aucune pondération pour le travail de soir, de nuit, de fin de semaine. Sans vouloir dénigrer aucune profession, nous pensons que l'opinion publique accepte l'idée que le travail en salle d'urgence dans les conditions actuelles de congestion, avec les horaires rotatifs 365 jours par année, et avec des situations cliniques intenses et émotionnellement difficiles résultent en un niveau de stress qui n'a pas beaucoup d'équivalent dans notre société.

Il deviendra impossible de maintenir des activités administratives, d'enseignement et de recherche avec une telle tâche clinique. Les comités hospitaliers seront désertés. Les urgences devront se fier uniquement aux rares médecins spécialistes pour toutes ces tâches, mais ceux-ci seront obligés d'augmenter leurs tâches cliniques pour compenser les pertes en effectifs des médecins d'urgence non spécialistes. Une grande déstabilisation des équipes médicales est à redouter.

❖ L'AMUQ affirme sans ambiguïté qu'il est *impossible* de hausser le travail clinique à un minimum de 36 heures par semaine pour les médecins d'urgence à temps complet.

Épuisement professionnel

Tel que discuté plus haut, les normes reconnues de nombre d'heures pour les médecins d'urgence sont de 12 à 14 quarts de 8 heures par 28 jours, soit de 24 à 28 heures cliniques par semaine. Ces chiffres ne tiennent pas compte du fait universel que notre quart de travail ne se termine jamais à l'heure exacte prévue, mais plutôt 1 ou 2 heures plus tard selon les établissements. Maintenir une cadence aussi élevée que 36 heures va inévitablement épuiser la majorité des médecins d'urgence. L'obligation de maintenir cette cadence pendant 35 ans empêche toute modulation de la pratique en fin de carrière. Il deviendra impossible d'opter pour une carrière en médecine d'urgence.

De plus, la qualité des soins en souffrira si les soins sont prodigués par des médecins fatigués et stressés, avec un risque d'erreurs accru. La médecine d'urgence est une discipline où la marge d'erreur est très mince, où l'aptitude doit toujours être au rendez-vous. Qui voudrait confier sa santé à un médecin épuisé ?

Nous faisons souvent le parallèle avec les pilotes de lignes aériennes où l'accent est mis sur l'équilibre entre les horaires défavorables et les temps de récupération. Pour les pilotes, les règles de Transport Canada sont très strictes et il leur est impossible de travailler plus de 100 heures par mois. Selon le PL20, le médecin à temps complet ferait un minimum de 36 heures par semaine soit un minimum de 144 heures par mois !

- ❖ L'AMUQ affirme que les exigences du PL20 pour les médecins d'urgence à temps complet sont incompatibles avec une récupération physiologique et que ces exigences seront associées à une hausse significative du risque d'épuisement professionnel.

Départs à la retraite anticipés, exode

Une solution évidente pour les médecins d'urgence et les médecins de famille est de refuser de se plier à ces contraintes. Certains prendront leur retraite dès qu'il leur sera possible. Pour d'autres, l'attrait d'une pratique moins réglementée et plus lucrative dans les autres provinces canadiennes sera encore plus fort. Enfin, nous prévoyons qu'un pourcentage important de médecins se retournera vers la pratique de la médecine privée désaffiliée du système de santé public. Cet exode des médecins d'expérience constituera une perte nette d'expertise pour les urgences. Le mouvement est déjà commencé et plusieurs médecins d'urgence font actuellement des démarches actives pour une relocalisation hors Québec, particulièrement dans le RUIS McGill.

- ❖ L'AMUQ prévoit un important mouvement de médecins hors des urgences, vers la retraite précoce, vers le privé, ou vers d'autres provinces canadiennes.

Érosion du savoir-faire en médecine d'urgence

Dans le PL20, il n'y a aucune reconnaissance du temps nécessaire au ressourcement. Pourtant tous les organismes accréditeurs, ainsi que le Collège des médecins, requièrent des médecins un minimum de formation médicale continue de 50 heures par année. Les médecins débordés ne seront plus motivés à participer aux programmes de FMC. Ils ne seront plus disponibles pour revoir les protocoles de soins et les mettre à jour selon les dernières données probantes. Cette érosion des connaissances sera aggravée par la perte des médecins expérimentés qui quitteront l'urgence vers la retraite. Les médecins à temps partiel qui resteront à l'urgence ne feront que le minimum requis d'AMF à l'urgence et ne participeront ni aux autres activités du département, ni à son épanouissement.

- ❖ L'AMUQ prévoit une perte d'expertise dans les urgences.

Désengagement des tâches administratives et académiques

Les tâches essentielles telles que les réunions scientifiques, le club de journal, la revue mortalité-morbidité, seront abandonnées. Le fonctionnement des comités administratifs hospitaliers (obligatoires selon la Loi) sera compromis. Toutes les activités d'enseignement non comptabilisées comme heures cliniques seront remises en question, fragilisant les effectifs d'enseignants souvent déjà insuffisants. Les départements cliniques ont besoin de leaders forts pour développer les processus de soins efficaces et adaptés, pour les mises à jour

interdisciplinaires, et pour la gestion quotidienne des nombreux défis hospitaliers. Tout ceci se trouvera compromis par la démotivation généralisée et la trop grande tâche clinique.

- ❖ L'AMUQ prévoit que les départements d'urgence autrefois dynamiques se transformeront en départements fantômes, au prix d'une diminution de la qualité des soins.

Les associations volontaires telles que l'AMUQ voient leur avenir compromis. L'AMUQ a créé des programmes de FMC qui ont été suivis par plus de 7000 médecins québécois depuis 2006. Comment allons-nous trouver les médecins motivés à continuer à développer les programmes de formation et quels médecins d'avant-garde auront encore le temps de préparer leurs conférences ? Qui prendra encore le temps pour s'inscrire aux congrès ?

- ❖ L'AMUQ craint pour le maintien d'une formation médicale continue de qualité.
- ❖ L'AMUQ craint pour sa survie même.

Les départements de médecine d'urgence peuvent-ils s'adapter ?

Le nombre d'heures allouées par département d'urgence selon les barèmes suggérés par le PL20 ne permet pas pour plusieurs départements de couvrir leurs besoins actuels, particulièrement pour les milieux recevant une clientèle lourde, surspécialisée. Certains devront couper des gardes alors que le PL20 exige de nous d'augmenter nos heures. Devrons-nous « congédier » des médecins ? Planifier les listes de gardes chargées avec moins de médecins sera techniquement presque infaisable. L'impact négatif sur les temps d'attente et les durées du séjour sur civière sera immédiat et majeur, alors que nos délais de prise en charge de la clientèle en attente sont déjà les plus longs au Canada !

- ❖ L'AMUQ dénonce l'impossibilité de respecter le nombre d'heures de couverture médicale autorisées par département suggéré dans le PL20.

PL20 : les articles qui sont inacceptables pour l'AMUQ

L'approche autoritaire et unidirectionnelle préconisée ne permettra pas d'offrir à la population québécoise l'accès promis par le fait même qu'elle exclut le dialogue et la consultation avec les principaux acteurs du réseau, les médecins. Il n'a aucune garantie de résultat outre la confrontation avec les acteurs du réseau.

Trop de pouvoirs se retrouvent dans les mains du Ministre

Nous avons retenus certains articles du PL20 qui sont à nos yeux inacceptables. Nous y retrouvons une concentration de pouvoirs dans les mains du Ministre. Ainsi :

1. (art. 4) *Le ministre fait connaître aux agences, par directive, les règles qu'elles doivent suivre pour établir les activités médicales disponibles ainsi que le nombre d'heures pouvant être autorisées.* Le Ministre décide des heures disponibles pour toutes et chacune des activités médicales.

2. (art. 3) *Le règlement du gouvernement peut notamment prévoir :...5° toute autre condition qu'un médecin doit respecter afin de satisfaire à ces obligations.* Le Ministre a toute la latitude requise pour effectuer tout changement unilatéralement.
3. (art. 39) *Le ministre peut, s'il juge que les discussions avec la FMOQ n'avancent pas à son goût, modifier à sa guise les paramètres de rémunération des médecins avec l'accord du Conseil du trésor jusqu'en 2020.* Le Ministre peut décider unilatéralement des paramètres de la rémunération des médecins de famille. Les ententes pourtant négociées sur de nombreux mois n'auront plus grande valeur.
4. (art. 8) *L'agence peut, de sa propre initiative et dans le but de répondre adéquatement aux besoins de sa région, réviser l'autorisation délivrée ou renouvelée en vertu de l'article 6 en donnant au médecin un préavis d'au moins 90 jours précédant la date d'expiration de cette autorisation.* Changer la pratique d'un médecin du tout au tout en 90 jours est un pouvoir excessif, irrespectueux du médecin, de sa carrière et de sa vie personnelle.

Nous croyons que ces pouvoirs sont excessifs et sujets à un mauvais usage. Les débats autour du PL20 montrent plutôt que les médecins de famille sont prêts à faire les efforts nécessaires pour solutionner rapidement le problème d'accessibilité. Il nous apparaît exagéré de donner au Ministre autant de latitude.

La médecine n'aura plus rien d'une profession libérale, car le Ministre contrôlera nos heures, nos vacances, notre rémunération et notre lieu de pratique, qu'il pourra modifier sur un simple avis de 90 jours ! S'il veut réduire le statut du médecin à celui d'un employé de l'État, ne devrait-il pas alors ajouter un régime de pension, des vacances payées et les autres bénéfices marginaux des employés de l'État ?

- ❖ L'AMUQ croit que les pouvoirs que le Ministre s'attribue dans le PL20 sont trop importants. Trop de décisions dépendent de « règlements » dont nous ne connaissons pas la teneur.
- ❖ L'AMUQ dénonce une approche coercitive qui transforme la médecine en un simulacre de profession libérale.

Lourdeur administrative et PL20

Sous l'apparence d'une simplicité trompeuse (1000 patients par médecin de famille et tous les Québécois auront un médecin), le PL20 cache en fait une mécanique infernale à gérer. Les calculs pour l'équivalence d'heures administratives et d'enseignement sont complexes, sujets à autorisations de l'Agence. La complexité du calcul des heures et des tâches des 8000 médecins de famille du Québec, des demandes de dérogation ou de considérations spéciales, sera d'une telle lourdeur que le gouvernement devra embaucher des centaines de fonctionnaires uniquement pour cette gestion, alors qu'il avait comme objectif d'alléger les structures administratives. L'AMUQ et les fédérations médicales avaient d'ailleurs cautionné l'intention initiale de diminuer le fardeau bureaucratique en santé, mais nous ne voyons rien dans le PL20 qui permettra d'y arriver, au contraire. Même le nombre d'heures de couverture médicale qui seront autorisées dans les urgences (une nouvelle source de complication arbitraire née du PL20) soulèveront de nombreuses protestations et discussions, tel que mentionné plus haut, avec un impact pouvant être dramatique sur plusieurs milieux d'urgence.

- ❖ L'AMUQ craint que le PL20 génère une complexité administrative inégalée et ingérable qui achèvera à décourager les médecins les plus optimistes sur l'avenir d'une carrière en médecine au Québec.

Les solutions au problème d'accessibilité selon l'AMUQ

L'AMUQ tient à apporter son point de vue sur les solutions concernant la première ligne du système de santé même si celles-ci se situent principalement hors de notre sphère d'activité.

Les cliniques et GMF avec « accès avancé »

Il nous apparaît que l'accès avancé, où un patient peut obtenir un rendez-vous avec son propre médecin dans un intervalle de quelques jours parce que la clinique garde des plages ouvertes en tout temps, est la meilleure solution pour un suivi optimal de la clientèle de première ligne. Cette gestion des rendez-vous permet donc à la fois l'accès et la continuité des soins. Cette solution existe déjà et la FMOQ en fait la promotion. Il faut en accélérer le déploiement.

La collaboration interprofessionnelle

L'organisation en groupe de médecins du style GMF avec l'appui d'infirmières cliniciennes spécialisées de première ligne, disposant d'un système de garde téléphonique pour leur clientèle, nous semble pouvoir répondre à une des principales lacunes actuelles et pourrait diminuer significativement le nombre de patients se présentant aux urgences pour des raisons qui sont jugées inappropriées à posteriori.

Le déploiement du dossier médical informatisé

Le retard du Québec par rapport au reste du Canada dans ce domaine explique en partie la moins bonne efficacité de la prise en charge des patients en première ligne⁷.

Propositions spécifiques à la médecine d'urgence

Reconnaître la spécificité de la pratique en urgence

Il faut reconnaître la norme qu'un médecin d'urgence à temps complet travaille 12 à 14 quarts de travail par 28 jours, soit l'équivalent de 24 à 28 heures par semaine. On permet ainsi la poursuite des autres activités essentielles liées à la médecine d'urgence (enseignement, gestion, recherche, formation médicale continue, expertises particulières).

- ❖ L'AMUQ recommande la reconnaissance du statut de médecin d'urgence à temps complet tel que présenté dans ce mémoire.

Les « activités de médecine familiale (AMF) » ou activités médicales particulières (AMP)

Créées il y a 20 ans, les AMP sont-elles encore requises dans le contexte où la pénurie de médecins des années 1990 est grandement résolue? Il y a contradiction flagrante entre l'obligation de la prise en charge et l'obligation de 12 heures de travail en établissement (AMF)

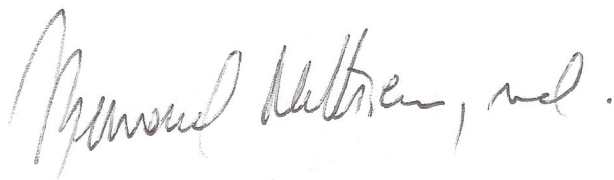
dans le PL20. Nous croyons que les AMP devraient être réduites ou abolies, sauf dans les régions où les effectifs médicaux à l'urgence ou à l'hospitalisation sont encore insuffisants.

- ❖ L'AMUQ recommande la remise en question de la règle des AMP qui compromet l'accès à un médecin de famille dans sa forme actuelle.

Conclusion

L'AMUQ considère que le PL20 ne comporte aucune solution valable pour augmenter l'accessibilité des médecins de famille en première ligne. Nous croyons qu'il est extrêmement contreproductif et qu'il comporte de grands risques de déstabiliser le réseau, en particulier pour les urgences. Nous craignons un exode de médecins de famille qui pratiquent à l'urgence et le retour d'une ère d'incertitude en termes de couverture médicale. La population sera exposée à des médecins d'urgence débordés, démotivés, avec moins d'expérience et moins organisés, face à un afflux de patients constant mais plus malades pour qui le temps d'attente risque d'être dangereusement élevé. Nous craignons également la main mise du Ministre sur les conditions de la pratique médicale, au détriment des ententes négociées, et mettant en péril le caractère de profession libérale de la médecine pourtant accepté partout en Amérique du Nord.

Comment faire passer une réforme de cette ampleur alors que les acteurs clés s'y opposent ? Nous croyons qu'il est encore temps de mettre de côté le PL20 et de discuter de solutions mieux adaptées dans un dialogue constructif.



Bernard Mathieu, MD, CCFP
Médecin d'urgence à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Président, Association des médecins d'urgence du Québec
Pour le conseil d'administration de l'AMUQ

- ¹ Commissaire à la santé et au bien-être : les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013.
- ² Rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé : Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence, novembre 2014.
- ³ L'engorgement des départements d'urgence et le blocage d'accès : Andrew Affleck, MD*; Paul Parks, MD; Alan Drummond, MD⁴; Brian H. Rowe, MD, MSc¹; Howard J. Ovens, MDI. JCMU 2013;15(6):371-384.
- ⁴ Sondage interne AMUQ, novembre 2014.
- ⁵ Bécotte G, Hamel P, St-Onge M *et al.* Le profil du médecin d'urgence à temps plein. Position adoptée par le conseil d'administration de l'AMUQ le 21 avril 2009. Association des médecins d'urgence du Québec. <http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/>
- ⁶ Communication personnelle, comité des affaires interprovinciales, Association canadienne de médecine d'urgence, 2015.
- ⁷ Lettre d'opinion de D^r Laurent Marcoux, président de l'Association médicale du Québec, 2015.