

Résumé des points discutés lors de la rencontre avec Monsieur le ministre Christian Dubé

et les membres invités du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS)

27 janvier 2021

Conseil d'administration
de l'AMUQ

Judy Morris, M.D., M. Sc.
Présidente

Bernard Mathieu, M.D.
Président sortant

Amélie Bourassa, M.D., M. Sc.
Vice-présidente

Stéphane Borreman, M.D.
Trésorier

Matthieu Vincent, M.D.
Administrateur délégué

Julie Côté-Leclerc, M.D.
Administratrice

Richard Fleet, M.D., Ph. D.
Administrateur

Ilitea Kina, M.D.
Administratrice

Delphine Rémillard Labrosse, M.D.
Administratrice

Monsieur le ministre,

Merci à vous et à votre équipe d'avoir pris le temps de nous rencontrer. Pour mieux connaître l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et ses activités, veuillez prendre connaissance du résumé de notre mission et de nos activités principales.

A. La pandémie de COVID-19

La pandémie actuelle a apporté son lot de défis pour le personnel des urgences : des changements et des incertitudes quant aux pratiques et aux soins à la patientèle ainsi que des protocoles administratifs en évolution constante. Ajoutons à ces défis la préoccupation liée au manque potentiel de protection adéquate (ÉPI) en clinique lors de la première vague pour les travailleurs de la santé, un groupe déjà à haut risque d'effets néfastes du stress lié au travail.

Voici les enjeux principaux liés à la COVID-19 qui touchent les médecins d'urgence.

1) Le protocole de priorisation aux soins intensifs

Certains défis sont notés sur le terrain :

- L'aspect pratique du protocole de triage avancé sera un défi pour les équipes des urgences vu les délais souvent brefs pour prendre des décisions dans des situations critiques rencontrées. À la suite d'un sondage fait auprès de 183 médecins d'urgence, les gens sur le terrain s'inquiètent de plusieurs aspects pratiques du protocole de priorisation dont la faisabilité d'avoir des avis des trios de priorisation dans des délais raisonnables, le potentiel d'engorgement des urgences avec la patientèle des soins intensifs, la lourdeur administrative et les conséquences légales de tout ce processus pour un médecin qui doit, en plus de tout ça, gérer son urgence. Il y a aussi la crainte de disparités régionales d'accès aux soins pour des patientes et des patients similaires avant et après la mise en application d'un tel protocole. Beaucoup de zones grises persistent dans l'activation du protocole bien que cela paraisse, encore pour l'instant, un exercice théorique.

- Les résultats de notre sondage ont été partagés à nos membres, au regroupement des chefs d'urgence, à l'Association des spécialistes en médecine d'urgence (ASMUQ), au comité ministériel des soins critiques COVID-19 et aux équipes de la D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et de la D^{re} Élyse Berger Pelletier directrice

de la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC).

- Si malheureusement nous devons nous rendre à cette étape, l'AMUQ offre son partenariat pour aider les médecins d'urgence à se familiariser avec le protocole et ses aspects logistiques à l'aide de documents et de formations spécifiques.

2) L'enjeu de la vaccination

Nous nous rendons compte des choix difficiles qui doivent être faits pour prioriser la vaccination et des problèmes actuels d'approvisionnement. Néanmoins, l'AMUQ souhaite que la deuxième dose de vaccin soit donnée dans les délais prescrits comme étant adéquats par les experts à tout le personnel qui prodigue des soins jugés prioritaires. Tout retard éventuel d'administration de la deuxième dose pour les soignantes et les soignants au-delà de la période jugée comme acceptable par les experts compromet potentiellement l'efficacité de la vaccination, donc la qualité de la protection offerte au personnel de la santé. Nul besoin de rappeler ici l'importance d'éviter un haut taux d'absentéisme pour cause de maladie chez le personnel soignant dans le contexte de pénurie que nous connaissons.

Voici les avantages à compléter la vaccination du personnel de la santé dans un délai raisonnable de notre point de vue :

- Protéger un groupe connu comme étant plus à risque. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) mentionne que le risque de contracter la COVID-19 pour le personnel de la santé est 10 fois plus élevé que pour le reste de la population (<https://www.inspq.qc.ca/publications/3061-enquete-epidemiologique-travailleurs-sante-covid19>) ;
- Diminuer les transmissions hospitalières, puisque le personnel de la santé est fréquemment un vecteur de transmission. On voit encore, dans plusieurs de nos urgences et de nos centres hospitaliers, des situations ou des éclosions qui entraînent des fermetures de lits et portent atteinte au fonctionnement des établissements ;
- Montrer de la considération envers le personnel de la santé. La perte de sentiment de sécurité au travail a été documentée comme un facteur de risque accru de stress chez les médecins d'urgence lors de la première vague.

3) L'impact de la pandémie actuelle

L'impact de la pandémie actuelle sur les équipes cliniques dans les urgences est inquiétant. Vu le fardeau des tâches, les temps pleins forcés, les temps supplémentaires fréquents et les menaces au personnel hospitalier de ne pas avoir accès à des vacances, les services des urgences ont vu beaucoup de départs parmi le personnel infirmier et les préposées et les préposés vers d'autres milieux cliniques de première ligne. Cela entraîne non seulement une perte de main-d'œuvre dans les urgences mais aussi d'expertise rare de soins aigus dans les milieux cliniques. Ces changements ajoutent un stress déjà bien présent sur les équipes médicales des urgences.

B. La congestion des urgences

Comme lors de nos représentations passées, nous continuons d'affirmer que les urgences québécoises souffrent de congestion hospitalière. Plusieurs solutions à ce problème pour diminuer les durées de séjour sur civières doivent s'appliquer en aval de l'urgence, par une accessibilité plus rapide aux unités de soins et de lits d'hospitalisation, aux services professionnels (physiothérapie, service social, liaison) ainsi qu'aux autres ressources pour permettre une orientation rapide de la patientèle qui ne nécessite pas d'hospitalisation et dont le retour à domicile est compromis, ainsi que pour celle dont l'épisode de soins dans l'hôpital est terminé (patientes ou patients de niveau de soins alternatifs ou NSA). Un des problèmes majeurs à adresser au chapitre de la gestion des urgences repose sur la patientèle qui y séjourne sans avoir besoin de soins, particulièrement en gériatrie, et que l'on ne peut retourner dans son milieu. L'urgence n'est pas l'endroit optimal où garder ces patientes et ces patients qui y augmentent leur morbidité et leur mortalité à chaque heure de séjour additionnelle. Il faut trouver d'autres ressources plus sécuritaires, disponibles rapidement, 24 heures par jour et sept jours par semaine.

Toutes ces initiatives devraient être associées à une responsabilité et à une imputabilité des équipes de direction et de gestion hospitalière, en s'assurant de leur donner tous les outils nécessaires. Trop souvent, le problème étant attribué aux urgences seulement, il n'y a pas d'impératif d'agir par les différents services hospitaliers pour accélérer l'admission de la patientèle de l'urgence et le congédiement de celle avec fin de soins actifs. Évidemment, la diminution du nombre d'effectifs du personnel hospitalier dans le cadre de la COVID-19 contribue actuellement à une exacerbation du problème de manque de lits hospitaliers, soit par manque de personnel, soit par diminution du nombre de patientes ou de patients admis par chambre pour des raisons de contrôle des infections.

Ce qu'on nous rapporte, dans certains sites, est qu'il y a des objectifs ministériels de patientes ou de patients NSA établis en fonction d'un pourcentage des lits actifs. Cependant, ces cibles ne sont pas respectées dans tous les centres hospitaliers – certains de manière flagrante ! – et l'absence de leur respect n'est associée à aucune action spécifique tangible de la part du MSSS. Une collaboration avec les directions hospitalières à cet égard permettrait d'améliorer la situation de congestion hospitalière.

L'AMUQ soutient l'initiative du groupe des chefs d'urgence ainsi que de l'ASMUQ de mettre à l'avant-plan le problème de l'engorgement des urgences dans un contexte de congestion hospitalière. Plusieurs membres de ces groupes adhèrent déjà à l'AMUQ et collaborent à nos activités de développement professionnel continu (DPC), entre autres comme conférencières et conférenciers.

L'AMUQ se réjouit de voir les travaux amorcés par le MSSS sur la décongestion des urgences et la volonté de trouver des solutions au problème actuel. Nous participons déjà aux rencontres avec le groupe de travail de la D^{re} Berger Pelletier et serons disponibles pour collaborer aux travaux du comité et répondre aux demandes qui nous seront dirigées. Nous nous proposons aussi d'être partenaires pour diffuser les travaux de ces groupes de travail dans une optique de transfert de connaissances et pour en faire bénéficier le reste de la communauté de médecine d'urgence du Québec.

C. La pénurie d'effectifs médicaux

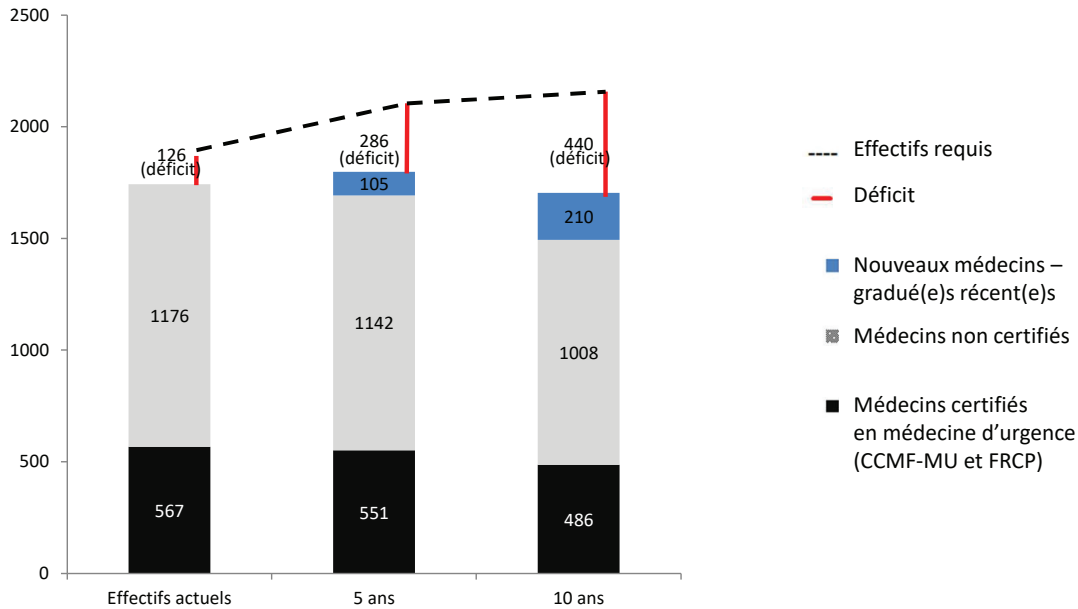
L'AMUQ a collaboré aux travaux du comité des ressources humaines et du futur de la médecine d'urgence de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU-CAEP) qui prévoit une pénurie d'effectifs médicaux dans le réseau des urgences.

Les solutions proposées par le comité sont multiples et reçoivent l'appui de l'AMUQ :

- Augmenter les postes de formation en médecine d'urgence spécialisée (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou MU5) et en troisième année de compétence avancée en urgence (Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou MU3) après une formation de médecine familiale. Les milieux de formation ont été sondés et pourraient augmenter leur capacité. De plus, les services des urgences ont besoin de plus d'effectifs dans plusieurs hôpitaux du Québec. Par exemple, les demandes de postes en médecine d'urgence spécialisée par les milieux pour le plus récent plan quinquennal cette année étaient beaucoup plus grandes que le nombre de postes octroyés (108 demandes pour 25 postes attribués) ;
- Laisser à la discrétion des directions hospitalières des règles de recrutement assouplies compte tenu de la lourdeur du processus et de la gestion de l'embauche ;
- S'assurer, vu que les services des urgences comptent un amalgame de spécialistes et de médecins de famille avec une formation complémentaire en urgence, qu'un nombre suffisant de médecins de famille avec la certification du CMFC(MU) aient accès chaque année à des postes dans les urgences. Or, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) sont distribués sans égard à la protection d'une couverture médicale suffisante aux urgences. Pour ce faire, il faudrait mettre en place des postes protégés dans les urgences pour les graduées et les gradués du CMFC(MU). Le processus d'attribution des postes dans les urgences passe par le Département régional de médecine générale (DRMG). Celui-ci attribue les postes de médecine familiale tant pour les urgences que pour les CHSLD et les

Effectifs en médecine d'urgence au Québec

Estimations actuelles et projections futures :



Méthodologie et sondage élaborés et coordonnés par le groupe de travail « CWG-EM » qui regroupe le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association canadienne des médecins d'urgence. CAEP 2018.

cliniques de prise en charge, sur un territoire donné. Il n'y a pas de postes désignés ni donc d'avantage pour les médecins avec la certification du CMFC(MU). Les chefs des différents services des urgences peuvent mettre comme condition d'embauche d'avoir une formation complémentaire, mais ce n'est pas une exigence toujours respectée par le DRMG, les deux ayant un processus de sélection séparé. Les divers milieux de première ligne et les urgences doivent donc se faire la compétition pour les mêmes postes. Des postes protégés pour les graduées et les gradués du CMFC(MU) semblerait une solution à certaines pénuries dans les services des urgences. De plus, l'ajout de médecins bien formés va contribuer à assurer la stabilité et la longévité des équipes. Cet aspect sera également essentiel pour répondre à l'augmentation prévue des cohortes d'étudiants en médecine dans les prochaines années et offrir des milieux de formation adéquats pour tous les étudiants. Les membres impliqués sondés (chefs d'urgence, représentantes et représentants du DRMG ou de sites de première ligne, graduées et gradués des programmes) se disent favorables à une telle mesure. Il faut noter que ce processus de recrutement imparfait a provoqué un exode de graduées et gradués certifiés en urgence par le CMFC à l'extérieur du Québec au cours des dernières années ;

- Rendre possible le chevauchement de postes de nouvelles recrues avec des médecins en fin de carrière est une mesure bienvenue dans les milieux cliniques pour leur permettre de continuer à pratiquer sans nuire au recrutement de nouveaux membres dans les urgences. Les contrats de transition et de pratique marginale en fin de carrière viennent d'être annoncés chez les spécialistes en médecine d'urgence. Il serait essentiel que la même chose puisse être faite pour les médecins de famille qui pratiquent dans les urgences ;
- Exempter les nouveaux médecins d'urgence, avec la formation complémentaire CMFC(MU), de devoir faire d'autres activités de première ligne et de prise en charge en début de pratique pour leur permettre de pouvoir dédier 100 % de leurs tâches aux urgences. Cette mesure est déjà en place et devrait le rester ;

- Stabiliser les équipes médicales des urgences vu la nature de leur composition et la facilité pour beaucoup de membres des services des urgences à se trouver rapidement une pratique alternative en première ligne. L'AMUQ croit que la stabilité de ces équipes passe par un noyau de membres avec une formation et des compétences pour assurer la qualité des soins et une gestion optimale des services des urgences.

Références

1. Lim R, Aarsen KV, Gray S, Rang L, Fitzpatrick J, Fischer L. Emergency medicine physician burnout and wellness in Canada before COVID19: A national survey. *CJEM*. 2020 Sep;22(5):603-607. doi: 10.1017/cem.2020.431. PMID: 32576321; PMCID: PMC7369344.
2. Rodriguez RM, Medak AJ, Baumann BM, Lim S, Chinnock B, Frazier R, Cooper RJ. Academic Emergency Medicine Physicians' Anxiety Levels, Stressors, and Potential Stress Mitigation Measures During the Acceleration Phase of the COVID-19 Pandemic. *Acad Emerg Med*. 2020 Jun 22:10.1111/acem.14065. doi: 10.1111/acem.14065. Epub ahead of print. PMID: 32569419; PMCID: PMC7361565.
3. Sinclair, D., Toth, P., Chochinov, A., Foote, J., Johnson, K., McEwen, J., Messenger, D., Morris, J., Pageau, P., Petrie, D., & Snider, C. (2020). Health human resources for emergency medicine: a framework for the future. *CJEM*, 22(1), 40–44. <https://doi.org/10.1017/cem.2019.446>



750, boulevard Charest Est, bureau 515
Québec (Québec) G1K 3J7
Téléphone : 418 658-7679
Courriel : amuq@amuq.qc.ca
www.amuq.qc.ca