

Le profil du médecin d'urgence à temps plein

Position adoptée par le conseil d'administration de l'AMUQ le 21 avril 2009.

Rédacteurs :

D^{re} Geneviève Bécotte
D^r Pierre Hamel
D^{re} Maude St-Onge
D^r Laurent Vanier

Collaborateurs :

D^r François Arsenault
D^r Sylvain Croteau
D^r Nicolas Elazhary
D^r Christian Lalancette
D^r Bernard Mathieu
D^r François Paquet

La mission de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) est de promouvoir une médecine d'urgence de qualité afin de contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

PROBLÉMATIQUE ET MANDAT

Il est bien reconnu qu'un département des urgences est un environnement stressant et potentiellement chaotique à l'intérieur d'un hôpital. Ceci s'explique en partie par la complexité de la tâche clinique qui est imprévisible, mais aussi par les multiples interrelations avec l'ensemble des intervenants de l'hôpital et du réseau. On définit d'ailleurs souvent l'urgence comme le baromètre de l'état de fonctionnement de l'hôpital, mais elle est aussi celui du fonctionnement de l'ensemble du réseau de première ligne desservant sa région. Pour la majorité des médecins qui y exercent, les avantages comme les horaires flexibles, ainsi que l'absence de frais de bureau et de garde sur appel sont indéniables. Par contre, de nombreux désavantages sont aussi liés à la profession, incluant les horaires de travail défavorables de soir, de nuit et de fin de semaine, la charge de travail imprévisible, l'isolement social et le manque de considération par les pairs¹. Par ailleurs, plusieurs études indiquent que la carrière d'un médecin d'urgence est de courte durée et que de nombreux facteurs sont responsables de cette attrition précoce retrouvée au sein de la profession.

Ceci conduit inévitablement à une problématique de la gestion des effectifs médicaux qui sévit dans les régions éloignées et dans les services des urgences à faible achalandage et moins bien organisés médicalement. Néanmoins, depuis quelques années, la pénurie de main d'œuvre médicale sévit également dans les milieux urbains. Ceci s'explique particulièrement en raison de mesures gouvernementales qui visent à contingenter l'accès en région urbaine au profit des rurales, dans le but de répartir équitablement les effectifs médicaux entre les régions du Québec.

D'autre part, il semble bien démontré dans la littérature que l'attrition des médecins d'urgence est diminuée lorsque, entre autres, ces derniers s'impliquent dans des activités non cliniques.

C'est dans ce contexte que l'Association des médecins d'urgence du Québec souhaite dresser le profil idéal du médecin d'urgence à temps plein et recommander la charge et les conditions de travail optimales garantant d'une longue carrière en médecine d'urgence. À cette fin, une revue complète de la littérature a été effectuée sur les divers sujets pouvant moduler la carrière d'un médecin d'urgence incluant le profil actuel des médecins d'urgence, l'attrition, la satisfaction au travail, la santé psychologique, les dangers de la pratique, les horaires de travail, la durée des quarts de travail, le nombre de médecins requis en pratique clinique, ainsi que les mesures favorisant l'augmentation et la rétention des effectifs en médecine d'urgence. Pour chacun de ces thèmes, l'AMUQ a cru bon d'apporter certaines recommandations spécifiques.

GROUPE DE TRAVAIL

Les membres suivants ont permis la réalisation de cette prise de position de l'Association des médecins d'urgence du Québec :

- D^{re} Geneviève Bécotte : présidente du comité, présidente de l'AMUQ, médecin d'urgence, CHUL du CHUQ ;
- D^r Pierre Hamel : spécialiste en médecine d'urgence, CHUL du CHUQ ;
- D^{re} Maude St-Onge : résidente de troisième année, spécialité en médecine d'urgence, Université Laval ;
- D^r Laurent Vanier : président sortant de l'AMUQ, médecin d'urgence, Hôpital Charles-LeMoine.

Les membres du groupe de travail souhaitent remercier les membres des conseils d'administration de l'AMUQ et de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ) pour leur participation à la révision de ce document.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Une recension de la littérature a été effectuée avec le moteur de recherche MEDLINE/PUBMED pour les articles publiés en anglais ou en français à partir de 1980 jusqu'à ce jour. Les mots-clés suivants ont été utilisés : *emergency physicians, emergency medicine, practice satisfaction, job satisfaction, occupational stress, work organization, working conditions, quality of life, stress, burnout, depression, workload, shift-work, variable shift, night-shift, work productivity, attrition, retention, mentoring*. Une deuxième étape de la recension consistait à repérer des articles figurant dans la bibliographie des articles consultés. Finalement, une recension des articles et des prises de position officielles apparaissant sur les sites Internet des principales associations de médecine d'urgence a été menée. Vous trouverez la liste complète de ces sites à la fin de ce document.

1- Historique de la médecine d'urgence

Afin de comprendre la problématique actuelle, il serait utile de bien situer les principales étapes du développement de la médecine d'urgence au Québec. Ainsi, d'un point de vue historique, la médecine d'urgence demeure encore une jeune spécialité. En Amérique du Nord, elle a pris son véritable essor aux États-Unis, en 1979, avec la reconnaissance de la spécialité en médecine d'urgence. Puis, en 1982, une reconnaissance équivalente par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) permettait la création et l'approbation de nouveaux programmes universitaires de formation, incluant la bonification du programme de l'Université McGill qui existait déjà depuis 1972. Au Québec, après 20 ans d'efforts et trois demandes officielles de l'AMUQ auprès du Collège des médecins (CMQ), la spécialité en médecine d'urgence fut enfin reconnue en 1998².

À la suite de la création de la spécialité en médecine d'urgence, mais surtout grâce à l'implication de médecins dédiés à l'amélioration de la pratique et du fonctionnement de l'urgence, il est permis de croire, notamment, que les problèmes de congestion et de rupture de services dans les urgences seront corrigés. Toutefois, au cours des 20 dernières années, les crises dans les urgences du Québec se sont multipliées, particulièrement en raison du man-

que d'effectifs, mais aussi en raison de l'encombrement croissant de nos salles d'urgence. Bien qu'il soit reconnu que le travail en médecine d'urgence est de plus en plus complexe et nécessite une expertise particulière, le fonctionnement adéquat de l'urgence repose sur une équipe médicale stable, crédible et capable d'offrir des services continus et de qualité³.

Parmi les facteurs pouvant expliquer la problématique de l'encombrement des urgences, le *Guide de gestion de l'urgence*³ cite l'augmentation constante des visites à l'urgence liée au vieillissement de la population, à la croissance du nombre de maladies chroniques, du nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale vivant dans la communauté et du nombre de maladies cardiaques, ainsi que le manque de services de première ligne accessibles en tout temps et la difficulté à trouver un médecin de famille dans plusieurs régions du Québec. Ce problème est aussi présent à l'échelle internationale et de nombreuses études ont été publiées sur le sujet. Mais, cela dépasse largement le cadre de cette revue de littérature. Cependant, mentionnons que selon l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU/CAEP) ainsi que l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec, la congestion des départements des urgences par les patients en attente de lits d'hospitalisation est toujours le principal obstacle à un plein épanouissement de la pratique académique et clinique de la médecine d'urgence.

2- Le profil actuel du médecin d'urgence à temps plein

Dans la majorité des pays où la spécialité en médecine d'urgence est reconnue, on remarque que bon nombre des médecins qui effectuent le travail à l'urgence sont des généralistes (omnipraticiens au Québec). Dans l'ensemble du Canada, on y retrouve également des médecins généralistes qui ont une formation complémentaire d'une année en médecine d'urgence, ainsi que des spécialistes en médecine d'urgence qui ont obtenu leur certification au terme d'un programme de résidence d'une durée de cinq ans.

Au Québec, le *Guide de gestion de l'urgence*³ mentionne que le niveau d'urgence et la vocation de l'établissement définissent le niveau de formation et d'expertise requis. Ainsi, des spécialistes en médecine d'urgence devraient être intégrés aux équipes d'omnipraticiens dans les urgences de niveaux secondaire et tertiaire. Dans les urgences où le volume d'activité et le niveau de complexité des cas sont élevés, il serait souhaitable de composer une équipe de médecins qui ont orienté leur pratique vers l'urgence et pour lesquels il s'agit de l'activité principale. Dans les urgences de niveau primaire et celles de première ligne du groupe 2 (points de services situés en dehors des sites hospitaliers), il serait préférable que les omnipraticiens aient une pratique médicale polyvalente.

Au 31 décembre 2008, le Collège des médecins du Québec répertoriait 129 spécialistes en médecine d'urgence et 9 632 médecins de famille dont environ 38 % pratiquent à l'urgence⁴. Cela porte à près de 3 800 le nombre total de médecins exerçant dans les urgences du Québec, que ce soit à temps plein ou à temps partiel. Malheureusement, malgré nos recherches auprès du Collège, de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), du Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) et de la nouvelle Direction nationale des urgences (DNU), aucune donnée n'est dis-

ponible quant à la répartition actuelle des médecins d'urgence dans la province. De la même façon, aucune statistique n'est disponible quant au nombre moyen d'heures travaillées à l'urgence, aux heures de formation continue, aux heures d'enseignement, aux semaines de vacances ou même au nombre moyen d'années de carrière d'un médecin à l'urgence.

Au Canada, un sondage mené en 1993 auprès de 268 médecins d'urgence nous apporte certaines informations⁵. À ce moment, 87,3 % des répondants étaient de sexe masculin, 83,3 % étaient mariés, 65,8 % travaillaient dans des hôpitaux voués à l'enseignement et 82,3 % étaient impliqués dans des activités de formation médicale. En moyenne, les répondants étaient âgés de 38 ans, effectuaient 14 quarts de travail par mois à raison de neuf heures par quart, travaillaient en plus 11 heures par semaine à des activités non-cliniques liées à l'urgence et avaient 4,7 semaines de vacances par année. Comparés aux autres médecins d'urgence, les spécialistes en médecine d'urgence étaient alors plus susceptibles de travailler dans des hôpitaux voués à l'enseignement, d'effectuer des heures d'activités non cliniques, de participer aux activités de formation médicale et d'être impliqués en recherche. Par ailleurs, 20 % des directeurs de département étaient certifiés MU par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) alors que 27,5 % étaient certifiés spécialistes par le Collège royal des médecins et chirurgiens. Malheureusement, le sondage ayant été mené en anglais seulement, les médecins québécois étaient sous-représentés dans cette étude.

Aux États-Unis, un sondage mené en 1998-1999 auprès de 934 médecins d'urgence américains, dont 705 (75 %) urgentologues pédiatriques et 229 (25 %) urgentologues généraux, indique que ceux-ci travaillaient respectivement 31,5 et 32,7 heures cliniques par semaine, sans différence significative entre les deux groupes⁶. Par contre, les urgentologues généraux passaient plus de temps en soins directs aux patients (77 % vs 57 %) et les urgentologues pédiatriques passaient plus de temps en supervision aux étudiants (34 % vs 16 %). Par ailleurs, le sondage 2004-2005 de la Society for Academic Emergency Medicine (SAEM)⁷ a démontré que les médecins d'urgence en milieu académique effectuaient en moyenne 22 heures de travail clinique et 22 heures de travail non clinique par semaine, et qu'ils disposaient de 5,1 semaines de vacances par année.

En Europe, la *Directive européenne sur le temps de travail* régit, depuis le 1^{er} octobre 2000, la durée maximale de la semaine de travail. Cette nouvelle loi établit à 48 heures le nombre maximal d'heures de travail par semaine, ajustées sur quatre mois, et inclut le travail clinique et non clinique, les activités de formation et d'enseignement ainsi que les congés syndicaux. Toute heure supplémentaire doit être effectuée sur la base du volontariat et rémunérée en conséquence. Par ailleurs, les périodes de repos suivantes doivent être respectées : 11 heures de repos continu par période de 24 heures, 20 minutes de repos après chaque période de six heures de travail, un maximum de huit heures de travail par jour pour les travailleurs de nuit et un minimum de quatre semaines de vacances par année^{8,9}.

Finalement, un sondage récent, mené en 2008 par l'Australasian College for Emergency Medicine (ACEM)¹⁰ auprès de 503 de leurs membres, a démontré que 72,8 % étaient de sexe masculin, qu'ils

avaient en moyenne 41,6 ans et qu'ils effectuaient 26,7 heures de travail clinique par semaine.

Recommandations

2.1 Concernant le manque de données factuelles quant au profil du médecin d'urgence au Québec, l'AMUQ recommande que la DNU crée une base de données qui devrait inclure, au minimum, la répartition actuelle des médecins d'urgence en fonction de leur formation ainsi qu'une estimation, la plus réaliste possible, du nombre d'heures cliniques et non cliniques travaillées par ceux-ci. Cette base de données devrait être croisée avec celle du Collège des médecins du Québec.

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.

2.3 Un médecin, après avoir développé une expertise ou un intérêt particulier en médecine d'urgence, qui veut en faire bénéficier d'autres membres de la profession, devrait avoir la liberté d'explorer cette avenue sans être pénalisé, ceci, bien sûr, dans les limites imposées par les circonstances présentes dans son département et par la médecine d'urgence dans la province.

3- L'attrition

Bien que la durée moyenne d'une carrière en médecine d'urgence soit inconnue, un concept souvent utilisé et étudié par de nombreux chercheurs est l'attrition qui se définit comme la diminution naturelle d'une quantité de choses ou de personnes¹¹. Par exemple, il peut s'agir de la diminution des effectifs due aux départs à la retraite, aux décès, etc. Pour ce qui est de la retraite, un sondage récent de l'Association médicale canadienne (AMC)¹² révélait que 4 % des médecins de famille québécois et 6 % des spécialistes québécois pensaient quitter définitivement la pratique médicale en 2008. Bien que les taux réels d'attrition soient peu connus en médecine d'urgence, la majorité des études qui portent sur la satisfaction au travail ou sur les conditions de travail des médecins d'urgence inclut des taux projetés ou prévus d'attrition.

Ainsi, un sondage mené en 1993⁵ rapporte un taux projeté d'attrition à cinq ans de 47,7 % pour les médecins d'urgence canadiens qui exercent à temps plein dans des hôpitaux urbains d'enseignement alors qu'il était de 13,0 % pour les internistes exerçant dans les mêmes milieux. Dans une importante étude portant sur la dépression, le stress occupationnel et les plans de carrière de 1 350 membres de l'American College of Emergency Physicians (ACEP)¹³, 5,8 % des répondants ont dit vouloir quitter la spécialité à l'intérieur de la prochaine année et 9,9 % à l'intérieur de cinq ans. Seulement 42,9 % des répondants planifiaient pratiquer en médecine d'urgence au-delà de 10 ans, à partir de la date du questionnaire. Dans une autre étude portant sur la satisfaction au travail auprès de 1 317 diplômés de l'American Board of Emergency Medicine (ABEM)¹⁴, les auteurs ont obtenu un taux projeté d'attrition de 23,1 % à cinq ans, taux qui étaient comparable entre ceux qui avaient effectué une résidence en médecine d'urgence et

ceux qui avaient obtenu leur certification par le biais de la pratique en urgence. Par ailleurs, dans une étude portant sur l'épuisement professionnel (*burnout*) chez 1 272 médecins d'urgence américains, les taux d'attrition projetés étaient de 7,5 % sur cinq ans et de 25 % sur 10 ans¹⁵. Plus récemment, une étude parue en 2002 rapporte plutôt une probabilité de quitter la pratique de la médecine d'urgence à l'intérieur de cinq ans de 10 % pour les urgentologues américains de moins de 40 ans et de 30 % pour ceux âgés de plus de 50 ans⁶.

Comment expliquer des taux si élevés d'attrition ? Selon de nombreuses études récentes¹⁶⁻²⁰, le principal facteur responsable du départ des médecins d'urgence est l'horaire de travail atypique et irrégulier. Parmi les autres facteurs reconnus favorisant l'attrition, il faut mentionner le débit élevé et croissant du nombre de patients, les niveaux variables de défi clinique dans la pratique, les méthodes et les taux de remboursement ou de rémunération, le stress, l'épuisement professionnel (*burnout*) et l'insatisfaction au travail. La grande variété d'opportunités offertes dans cette nouvelle spécialité, la relative jeunesse des médecins d'urgence et leur manque de liens familiaux et communautaires sont aussi offerts comme explications⁵. Dans une étude publiée en 1998, les mêmes auteurs précisaient que le style de vie et les facteurs de stress comme les horaires atypiques et la surcharge de travail favorisaient davantage l'attrition que d'autres facteurs, mais surtout que le *burnout* était en fait le résultat de hauts niveaux de stress non résolus¹⁶. Quand ces hauts niveaux de stress étaient combinés à la réalité des horaires de travail, avec ses conséquences prévisibles sur la vie personnelle et familiale, l'option de quitter la médecine d'urgence pouvait devenir plus attrayante. D'ailleurs, dans son document intitulé *Les faits sur la pratique des médecins d'urgence au Québec*, l'AMUQ expliquait que, parmi les facteurs associés au départ des médecins des urgences avec la fin de l'application du décret punitif de 30 %, il fallait certainement tenir compte des conditions d'exercices non favorables, du nombre limité de nouveaux médecins, du vieillissement des effectifs et des obligations familiales croissantes particulièrement pour les nombreuses femmes en médecine d'urgence²¹. D'autre part, l'impact négatif de l'encombrement des salles d'urgence sur l'ensemble du personnel est aussi important. Toujours selon ce document de l'AMUQ, « 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 ? ».

Par contre, selon d'autres auteurs, les taux d'attrition étaient peut-être plus élevés dans les premières années d'existence de la spécialité en médecine d'urgence parce qu'une bonne partie des médecins non-spécialistes ayant alors quitté cette pratique n'avaient pas l'intention d'en faire une carrière, ce qui a pu favoriser une diminution des taux par la suite²². Dans le même ordre d'idée, une étude, effectuée auprès de 1 635 médecins américains certifiés en médecine d'urgence entre 1978 et 1988, rapporte plutôt un taux d'attrition réel de moins de 1 % par année¹⁷. Une autre utilise un taux d'attrition de 3 % par année pour calculer les besoins en ef-

fectifs médicaux à Puerto Rico²³ alors que l'American hospital Association (AHA) utilise un taux semblable d'attrition de 2 à 3 % par année pour faire de même aux États-Unis²⁴. Par ailleurs, il est maintenant reconnu que l'épuisement professionnel, même s'il est mesuré par des outils valides comme le *Maslach Burnout Inventory*, ne prédit pas l'attrition réelle. Ainsi, l'intention de quitter la médecine d'urgence, un concept davantage lié au *burnout* et utilisé dans les calculs de taux projetés d'attrition, et le fait de quitter la médecine d'urgence sont différents^{17, 25}. D'ailleurs, selon William Mallon, directeur d'un programme américain de résidence en médecine d'urgence : « Le *burnout* et l'attrition sont différents. Nous aimons nous plaindre de la croix que nous portons, mais rarement nous la posons¹⁸ ».

Recommandation

3.1 Afin de mieux planifier les besoins futurs en effectifs médicaux, l'AMUQ recommande que la DNU étudie, sur une base annuelle, les taux réels et projetés d'attrition en médecine d'urgence au Québec, ainsi que les différents facteurs modulant ces taux.

4- La satisfaction au travail

Paradoxalement, malgré des taux élevés d'attrition, il semble que les urgentologues soient relativement satisfaits de leur travail. Une étude récente portant sur les taux de satisfaction professionnelle démontre d'ailleurs que ceux-ci se situent au quizième rang sur 36 spécialités médicales au Canada²⁶. Dans une autre étude canadienne, 61 % des médecins d'urgence se déclarent satisfaits de leur vie globale alors que 76 % se disent satisfaits de leur travail²⁷. Bien que plusieurs études aient démontré un lien direct entre le stress, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail, cette dernière représente un phénomène relativement différent. En effet, la satisfaction au travail est composée de facteurs intrinsèques, tels que les sentiments de réussite personnelle, d'accomplissement, de reconnaissance et de prestige, et de facteurs extrinsèques, comme les conditions de travail, la rémunération, les horaires, les vacances et les ressources institutionnelles²⁷. Les facteurs intrinsèques seraient donc fortement influencés par la personnalité de chacun et peu susceptibles de changer avec le temps, alors que les facteurs extrinsèques seraient modifiables par diverses interventions. Ainsi, le principal facteur extrinsèque diminuant la satisfaction au travail des médecins d'urgence serait la problématique de la congestion à l'urgence et, plus particulièrement, la rétention à l'urgence des patients hospitalisés en attente d'un lit¹⁸. Dans une étude portant sur les facteurs institutionnels influençant la satisfaction au travail, les auteurs ont identifié les facteurs suivants comme ayant le plus d'impact négatif pour les urgentologues canadiens : le manque d'effectifs médicaux, la difficulté d'accès aux lits d'hospitalisation, le manque d'accès aux technologies médicales et l'instabilité financière des établissements²⁸.

Plusieurs éléments peuvent donc avoir une influence sur ces facteurs, intrinsèques comme extrinsèques. Le sentiment de réussite personnelle, comme celui de l'accomplissement, est le plus souvent lié à celui du travail bien fait. En procurant au clinicien des outils qui visent à l'aider à mieux accomplir son travail, à être plus efficace, mais également qui lui permettent d'offrir des services de meilleure qualité, il est permis de croire que l'on pourrait être en mesure d'influencer positivement cette composante intrinsèque.

On a vu, au cours des dernières années, se déployer bon nombre de Systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence ou SIGDU. Dans son document intitulé *L'informatisation d'un département d'urgence*, déposé en 2000, l'AMUQ avait déjà identifié qu'il ne s'agissait là que d'une des composantes d'un système d'information adéquat qui devrait être mis à la disposition des médecins d'urgence²⁹. Dans le contexte d'une population vieillissante, d'une médecine qui se complexifie sans cesse et à un rythme que le médecin moyen, ployant déjà sous le poids d'une lourde charge clinique, n'arrive plus à suivre, il est grand temps que l'on s'intéresse au développement et au déploiement d'outils qui pourront venir appuyer et faciliter les processus du clinicien. Ce type d'outils pourrait donc aider à améliorer les conditions de travail de ce dernier et, parallèlement, sa satisfaction au travail.

Par ailleurs, selon l'étude de l'American Board of Emergency Medicine³⁰, les urgentologues les plus satisfaits sont ceux qui travaillent dans des hôpitaux d'enseignement, qui s'impliquent dans des positions ou des rôles de leader, qui appartiennent à plusieurs organisations médicales et qui ont une rémunération élevée. Selon des chercheurs canadiens, les principaux facteurs contribuant à la satisfaction personnelle et professionnelle des médecins d'urgence sont l'âge plus avancé, le mariage, le plus grand nombre de semaines de vacances annuelles, le moindre nombre d'heures de clinique hebdomadaires, le plus grand nombre d'heures d'activités non cliniques, le fait de travailler dans une urgence possédant un statut départemental indépendant, la position de chef de département et l'implication en recherche²⁷. Fait intéressant, dans cette étude, aucune différence significative quant à la satisfaction n'a été trouvée entre les deux programmes de résidence en médecine d'urgence au Canada.

Enfin, puisque les femmes représentent un fort pourcentage des effectifs en médecine d'urgence (34 % dans une étude canadienne parue en 2007²² et plus de 25 % des membres de l'American College of Emergency Physicians en 2008³¹), plusieurs études se sont attardées aux facteurs de satisfaction chez elles. Bien que la majorité des études n'ait trouvé aucune différence entre les deux sexes quant à la satisfaction personnelle ou professionnelle^{14, 31, 32}, une étude récente a permis d'identifier les principaux facteurs de satisfaction chez les femmes dont l'enseignement ou le fait de détenir une position académique, la reconnaissance personnelle, l'équité dans la rémunération, la possibilité d'avancement dans la carrière et l'application d'horaires flexibles permettant un équilibre travail-famille-loisirs³³. De façon surprenante, dans cette étude, l'âge et le fait d'avoir des enfants n'étaient pas des variables statistiquement significatives pour les femmes.

Recommandations

Dans le but d'agir dès maintenant sur les principaux facteurs extrinsèques pouvant moduler la satisfaction au travail, et plus particulièrement sur les conditions de travail en médecine d'urgence, l'AMUQ recommande que :

4.1 Le MSSS finalise le réaménagement, les rénovations et les mises à niveau de l'ensemble des urgences au Québec ;

4.2 Le MSSS procède, dans les meilleurs délais, au déploiement d'un système sécuritaire de gestion informatisée des données médicales personnelles pour l'ensemble des Québécois, tel que le

Dossier de santé du Québec (DSQ) ;

4.3 Le MSSS, en lien avec l'AMUQ, contribue à la prochaine étape de l'informatisation des départements des urgences par le soutien au développement d'un véritable dossier médical électronique (DME) qui appuiera les processus de documentation, d'intégration des données, de prise en charge, etc. ;

4.4 Le MSSS, en lien avec l'AMUQ, supporte le développement, la mise en commun et l'application de protocoles de soins fondés sur la médecine basée sur les données probantes (*Evidence based medicine* ou EBM), par la réalisation d'un outil de collaboration intégré au DME, qui à l'échelle nationale, viendra appuyer les efforts de notre communauté de pratique à la création et au formatage d'un savoir qui saura être immédiatement utile cliniquement et qui soutiendra les processus du clinicien ;

4.5 Le MSSS, en collaboration avec les Agences de la santé et des services sociaux (ASSS), les centres hospitaliers et les départements de médecine d'urgence, fasse en sorte que les effectifs et les postes à temps plein pour l'ensemble des professionnels de la santé, ainsi que du personnel de bureau et de soutien de l'urgence, soient conformes aux normes du *Guide de gestion de l'urgence* ;

4.6 Les établissements du réseau procèdent à la départementalisation de toutes les urgences de niveaux secondaire et tertiaire ;

4.7 Les départements des urgences adoptent un modèle de gestion médico-nursing. Ainsi, un comité médico-nursing devrait être établi dans toutes les urgences. Ce comité devrait être représentatif des partenaires de travail dans la dite urgence (par exemple, un représentant de chaque quart de travail au niveau infirmier, un ou plusieurs médecins, des inhalothérapeutes, des préposés, etc.). Les gestionnaires du département des urgences devrait tenir compte des suggestions de ce comité et le consulter au besoin dans le cas de certaines modifications importantes au fonctionnement ;

4.8 Les départements des urgences adoptent une répartition des tâches suivant les plans de carrière de leurs médecins, incluant une implication, sur du temps protégé, dans des activités non cliniques telles que la gestion, l'enseignement et la recherche ;

4.9 Les départements des urgences permettent, pour l'ensemble de leurs médecins, mais plus spécialement pour leurs spécialistes en médecine d'urgence, de pratiquer et de développer un champ d'expertise spécifique à la médecine d'urgence (préhospitalier, toxicologie, médecine de sinistre, médecine environnementale, etc.), et ce, sur du temps protégé ;

4.10 Les départements des urgences prévoient un programme de rétention des médecins expérimentés en médecine d'urgence ;

4.11 Les départements des urgences prévoient un programme de retraite progressive pour les médecins d'urgence expérimentés qui désirent se retirer de la pratique ;

4.12 Les départements des urgences adoptent un fonctionnement structuré de l'ensemble des activités liées à l'urgence, c.-à-d. contrôle de la qualité de l'acte, développement et support aux activités d'enseignement et de recherche, développement d'expertises spécifiques à la médecine d'urgence, etc.

Concernant la problématique de la congestion à l'urgence, l'AMUQ, en accord avec la Table des chefs d'urgence de Montréal³⁴, recommande que :

4.13 Le MSSS s'assure de l'ouverture de l'ensemble des lits d'hospitalisation des établissements en prenant des mesures favorisant leur utilisation optimale ;

4.14 Le MSSS débloque des budgets afin d'engager des coordonnateurs cliniques dans toutes les urgences de niveaux secondaire et tertiaire ;

4.15 Le MSSS facilite le fonctionnement quotidien dans les urgences afin de s'assurer que les normes suivantes soient respectées :

4.15.1 Résultats de laboratoire et imagerie simple accessibles en moins d'une heure ;

4.15.2 Électrocardiogrammes (ÉCG) effectués en moins de 10 minutes ;

4.15.3 Accessibilité à l'imagerie médicale et à l'interprétation radiologique 24 heures par jour ;

4.15.4 Respect des délais de réalisation des consultations selon les normes du *Guide de gestion de l'urgence* ;

4.15.5 Admissions 24 heures par jour ;

4.15.6 Mise en place d'un plan de décongestion à l'urgence lorsque le taux d'occupation atteint 80 % des civières au permis, incluant des mécanismes permettant la répartition des patients admis dans d'autres services que l'urgence ;

4.16 Le MSSS harmonise et précise le rôle des CLSC et des cliniques médicales face aux urgences mineures, dans le maintien à domicile, dans le suivi ambulatoire des patients libérés des hôpitaux et dans la prise en charge des clientèles particulières, notamment durant les heures défavorables et les jours fériés ;

4.17 Le MSSS favorise l'accès optimal aux soins cliniques dans des points de services, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, sur tout le territoire québécois.

5- La santé psychologique des médecins d'urgence

La santé psychologique se définit comme un état d'équilibre cognitif, émotionnel et comportemental qui permet à la personne de produire, d'entretenir des relations professionnelles, de participer aux activités de son milieu de travail et d'en tirer satisfaction³⁵. Or, il apparaît que les diverses qualités qui caractérisent les médecins d'urgence comme le perfectionnisme, le désir de réussite, la volonté de travailler de longues heures et les idéaux de sacrifice les prédisposent à négliger leurs propres besoins physiques et émotionnels¹⁸. En effet, il semble que les taux de stress occupationnel et de dépression chez les urgentologues soient extrêmement élevés en comparaison avec les autres spécialités médicales^{22,36}. Dans une étude portant sur le bien-être global des médecins et des résidents en médecine d'urgence, 40 % des répondants ont indiqué que l'anxiété et la dépression ont altéré leur performance au travail pour plus d'un mois dans l'année précédente, que 12 % ont augmenté leur consommation d'alcool, de marijuana ou d'autres drogues et que 7 % ont augmenté leur utilisation de sédatifs, de stimulants ou d'opiacés³⁷. Le taux de suicide chez les urgentologues serait de deux à trois fois plus élevé que celui de la population générale, alors que la dépendance aux drogues chez les résidents serait de 30 à 100 fois plus commune³⁸. Par ailleurs, selon plusieurs études, les

femmes et les célibataires seraient davantage à risque d'anxiété, de stress excessif et de dépression^{39,40}.

Quant au *burnout*, qui se définit comme « le syndrome d'épuisement professionnel consécutif à l'exposition à un stress permanent et prolongé visant principalement les personnes dont l'activité professionnelle implique un engagement relationnel important¹¹ », il se caractériserait par trois principales composantes : un épuisement accablant, un sentiment de cynisme et de détachement par rapport au travail ainsi qu'une sensation d'inefficacité et de manque d'accomplissement³⁶. Une des premières études portant sur le *burnout* chez les urgentologues fut publiée en 1989 et effectuée auprès de 77 de nos collègues de la région de Los Angeles⁴¹. Alors que 60 % des répondants rapportaient un taux modéré à élevé d'épuisement émotionnel, 78 % décrivaient un taux modéré à élevé de dépersonnalisation et 84 %, un taux faible d'accomplissement personnel. En comparaison, une étude effectuée en 1994 auprès de 268 urgentologues canadiens démontrait respectivement des taux de 46 %, 93 % et 79 % pour les mêmes variables mesurées, ainsi qu'un taux de symptomatologie dépressive de 15,5 %²⁷. Par ailleurs, alors qu'une étude de 1995 rapportait un taux relativement faible de 25% de *burnout* chez les certifiés de l'American Board of Emergency Medicine¹⁴, une autre, publiée en 1996 et effectuée auprès de 1 272 urgentologues américains, rapportait un taux plus alarmant de 60 % de *burnout*¹⁵.

Parmi les nombreux facteurs de risque de *burnout* identifiés dans l'étude de 1996¹⁵, les plus importants étaient, en ordre décroissant, l'autoreconnaissance de l'épuisement professionnel, le manque d'implication au travail, l'autoévaluation négative de la productivité au travail, l'insatisfaction par rapport à la carrière, le nombre plus élevé de quarts de travail mensuels, l'insatisfaction par rapport aux relations avec les autres spécialistes, l'intention de quitter la médecine d'urgence d'ici 10 ans, la consommation élevée d'alcool et le niveau moindre d'exercice. L'âge et le nombre d'années de pratique n'étaient pas des facteurs de risque significatifs de *burnout*. Selon une autre étude publiée en 2007, cinq facteurs pouvaient prédire de hauts niveaux de *burnout* : le stress, la fatigue, le niveau d'énergie nécessaire pour travailler, le nombre de quarts de nuit et le nombre de patients à l'urgence³⁰. Enfin, parmi les autres facteurs de risque reconnus, mentionnons l'interaction avec les patients et leurs familles, le manque de support administratif⁴¹, les longues heures de travail, les interruptions du rythme circadien liées aux horaires atypiques et surtout la charge de travail, souvent notée comme cause première de stress et de *burnout*³⁶.

Par ailleurs, il semble que les effets délétères du stress et du *burnout* soient nombreux : diminution de la productivité, augmentation de l'absentéisme au travail, augmentation des coûts de santé, augmentation de l'attrition, abus de substances et augmentation des risques d'erreurs⁴². En effet, des études récentes ont démontré que la proportion d'erreurs évitables au département des urgences se situerait entre 53 % et 83 %, en comparaison avec l'estimation globale de 27 % à 51 % d'erreurs évitables pour l'ensemble d'un hôpital⁴³. Enfin, Taliaferro identifie quant à lui d'autres effets indésirables du stress chez les urgentologues : diminution de la qualité de vie personnelle, diminution de la sensibilité envers les patients, diminution de la qualité des soins aux patients et appauvrissement des attitudes professionnelles⁴⁴.

Recommandations

La littérature démontrant bien des taux élevés de *burnout*, de dépression et autres problèmes psychologiques chez les médecins d'urgence, avec toutes les conséquences néfastes possibles sur leur vie personnelle et professionnelle, l'AMUQ recommande que :

5.1 Un médecin d'urgence pouvant vivre certains de ces problèmes se réfère au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) ;

5.2 Les universités offrent une formation sur la reconnaissance, la prévention et la gestion du stress aux étudiants en médecine, du préclinique jusqu'à la résidence ;

5.3 Les départements des urgences offrent, à l'ensemble des équipes médico-nursing, des services professionnels de débriefage systématique et de suivi à la suite des événements à fort potentiel de stress.

6- Les autres dangers de la pratique en médecine d'urgence

En plus des risques psychologiques, les médecins d'urgence peuvent être confrontés à de nombreux autres dangers. Ainsi, les risques de transmission de diverses maladies infectieuses, incluant les hépatites virales, le VIH, la tuberculose ou les autres virus communément rencontrés chez nos patients, sont bien connus. Bien que diverses mesures préventives existent, telles que les programmes d'immunisation des travailleurs de la santé, les mesures de précautions universelles et l'isolement des patients à risque, les données indiquent que ces mécanismes de prévention sont encore trop souvent ignorés ou mal utilisés⁴⁵. De plus, les médecins d'urgence se retrouvent en première ligne quand vient le temps d'affronter une pandémie. Même après l'expérience du SRAS en Ontario, il n'existe toujours pas de plan de contingence afin d'aider et d'indemniser les médecins qui ne peuvent travailler à cause de maladie ou d'une situation de quarantaine.

Par ailleurs, il faut noter que selon diverses études, les risques d'exposition à des comportements verbaux ou physiques violents sont grandissants dans nos services des urgences, que ce soit avec les patients présentant un trouble psychotique, un abus de substance ou un delirium, avec la violence reliée au phénomène de gang de rue, ou simplement avec des patients ou des visiteurs de plus en plus irritables en raison de l'attente. Bien que les données sur la violence dans les urgences soient limitées, des études britanniques rapportent des taux d'incidents avec violence physique pouvant aller jusqu'à 2 % par jour et 12 % par semaine⁴⁶. Selon une étude américaine menée dans 170 hôpitaux d'enseignement ayant un débit annuel de plus de 40 000 patients, 32 % des répondants ont rapporté des menaces verbales quotidiennes envers le personnel de l'urgence, 43 % au moins une attaque physique par mois et 80 % des blessures infligées au personnel dans les derniers cinq ans⁴⁷. Les unités psychiatriques ainsi que les aires de triage et d'admission seraient les lieux les plus à risque⁴⁸. Malheureusement, aucune étude canadienne ou québécoise n'a été trouvée sur ce sujet.

Recommandations

Concernant l'exposition à des comportements verbalement ou physiquement violents envers le personnel ou les installations de

l'urgence, l'AMUQ recommande que :

6.1 Une politique de « tolérance zéro » envers tout comportement violent soit clairement affichée dans toutes les salles d'attente, les aires de triage et les aires d'admission ;

6.2 Une dénonciation policière soit faite lors de menaces sérieuses ou de comportements physiquement violents envers les objets ou les personnes ;

6.3 Au moins un gardien de sécurité soit présent en tout temps à l'urgence, c.-à-d. à l'entrée ou près de la salle d'attente ;

6.4 Un plan de sécurité soit mis en place et activé dans les départements des urgences lorsqu'un patient traumatisé à la suite d'une activité criminelle s'y présente ;

6.5 Un plan de mesures d'urgence (plan de désastre) soit instauré ou mis à jour par les centres hospitaliers pour protéger la clientèle, le personnel et les installations dans un contexte de mesures d'urgences (ex. : pandémie).

7- Les horaires de travail

Afin de couvrir les services et les départements des urgences 24 heures sur 24, les urgentologues doivent travailler selon des horaires atypiques, communément appelés quarts de travail rotatifs, et ce, contrairement aux autres spécialités médicales. Ceci peut entraîner divers problèmes puisque, à l'occasion des quarts de soir et surtout de nuit, le travail s'effectuera alors en opposition avec les rythmes circadiens corporels normaux. Notre horloge interne fonctionne sur un rythme circadien de 25 heures, et non de 24 heures comme plusieurs pourraient le penser, ce qui explique qu'il soit toujours plus facile de s'endormir un peu plus tard que de se réveiller un peu plus tôt, et qu'il soit aussi plus aisé de voyager d'est en ouest que l'opposé^{49,49}. Dans cette section, nous aborderons les effets à long terme de ces horaires de travail, les effets à court terme des quarts de nuit ainsi que les diverses études qui portent sur les horaires atypiques optimaux.

La majorité des études portant sur les effets à long terme des horaires atypiques ont été menées auprès d'infirmières ou de travailleurs de certaines industries fonctionnant par quarts de travail. Ainsi, une enquête longitudinale portant sur 120 000 infirmières, suivies depuis 1976, a démontré que celles qui travaillaient plus de trois nuits par mois pendant une à deux années, en plus des quarts de jour et de soir, avaient une augmentation de 25 % du risque de maladie coronarienne⁵⁰. Pour celles faisant de même pendant 10 à 14 ans, le risque augmentait de 66 %. Chez les hommes, une étude comparable auprès de travailleurs d'industries papetières a démontré, après 10 ans, un risque relatif double de maladie coronarienne, même après correction pour l'âge, l'hypertension et le tabagisme⁵¹. Avec une vingtaine d'études sur le sujet, et malgré des problèmes méthodologiques parfois présents, le risque cardiovasculaire global augmenterait d'environ 40 % tant chez les hommes que chez les femmes⁵¹⁻⁵³. Par ailleurs, une revue des études sur le sujet a pu démontrer une association entre les horaires atypiques et les troubles du sommeil, le syndrome de fatigue chronique, les problèmes de relations interpersonnelles incluant les taux élevés de divorce, les taux plus élevés d'accidents automobiles, l'abus de substances diverses, la dépression et l'augmentation de symptômes gastro-intestinaux⁴⁵, incluant une incidence d'ulcère peptique huit fois

supérieure à la population générale¹⁹. Enfin, les femmes enceintes seraient particulièrement vulnérables aux horaires atypiques avec 1,6 à 1,9 fois plus de risques de donner naissance prématurément, 1,4 fois plus de risques d'avoir un bébé de petit poids, quatre fois plus de risques de subir un avortement spontané si elles travaillent régulièrement durant les quarts de soir et huit fois plus si elles travaillent régulièrement de nuit⁵⁴.

Quant aux effets à court terme du travail de nuit, de nombreuses recherches ont été effectuées chez les médecins d'urgence dans les 15 dernières années. En plus de l'isolement social et des divers problèmes de conciliation travail-famille entraînant une augmentation du taux de divorce¹⁹, un spécialiste de la question à l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS), affirme que le travail de nuit entraîne une réduction du temps de sommeil de une à trois heures par jour, une réduction de la vigilance au travail et un risque quatre fois plus élevé d'accidents graves⁵⁵. Après une série de seulement trois nuits consécutives, des urgentologues de Stanford ont démontré que bien qu'ils pouvaient toujours réagir rapidement et accomplir des tâches déjà bien maîtrisées, ils avaient plus de difficultés à prendre des décisions et à résoudre des problèmes complexes, confirmant ainsi les effets négatifs du travail de nuit sur les performances cognitives⁵⁶.

Par ailleurs, il semble qu'avec l'âge, il soit plus difficile d'ajuster son rythme circadien au travail de nuit et ce bien avant l'âge de la retraite⁵⁷. Ainsi, avec l'âge et la durée d'exposition au travail de nuit, les capacités d'ajustement chronophysiologique diminuent⁵⁸. Les travailleurs vieillissants montrent, dès la trentaine, une tolérance de plus en plus réduite au travail de nuit et à la rotation des quarts, ainsi qu'une augmentation des problèmes de santé physique et psychologique comme les troubles du sommeil, la fatigue, la baisse de la vigilance, les troubles digestifs et cardiovasculaires ainsi que certaines modifications de l'humeur. Certains de ces effets seraient difficilement réversibles après seulement cinq années d'exposition.

Parmi les diverses stratégies mises de l'avant afin de contrer les effets négatifs des horaires atypiques sur les travailleurs et de protéger particulièrement les travailleurs plus âgés, Cloutier⁵⁸ recommande, entre autres, que, dans l'élaboration des horaires de travail, il faille prévoir de 12 à 16 heures de repos entre deux quarts successifs, accorder un repos de un ou deux jours avant un changement de rotation, éviter les quarts prolongés dans les activités qui requièrent une vigilance soutenue ou un effort physique intense et tenir compte des caractéristiques de l'équipe de travail, notamment de l'âge des personnes qui la composent. Par ailleurs, à la suite d'une revue complète de la littérature, l'American College of Emergency Physicians²⁰ a récemment publié une position officielle en la matière. Cette importante association recommande donc le respect des principes circadiens dans la planification des horaires, par exemple en privilégiant soit un maximum de deux quarts de nuit à la fois, avec un retour rapide à un horaire de jour, ou alors de longues séquences de trois ou quatre nuits hebdomadaires pendant quatre à six semaines, mais en demeurant éveillé les nuits non travaillées ; en privilégiant des quarts de travail de 12 heures ou moins quand cela est possible ; en évitant les longues séries de quarts successifs ; en planifiant des périodes régulières de 24 heures de repos complet ; en utilisant une rotation des quarts dans

le sens de l'horloge, c.-à-d. jour-soir-nuit, même lorsque ceux-ci sont entrecoupés de jours de repos ; en limitant les tâches et les responsabilités au minimum durant les jours qui suivent les quarts de nuit, que ce soit à l'urgence ou à la maison ; et, finalement, en tenant compte de facteurs comme le volume de patients, la complexité des soins nécessaires et l'âge des médecins. Enfin, deux autres suggestions méritent attention. En effet, selon une perspective circadienne, l'étalon d'or (*gold standard*) serait de ne jamais changer de quart de travail⁴⁹. Ainsi, dans un groupe de médecins suffisamment chanceux pour trouver quelqu'un prêt à entreprendre de longues séries de quarts de nuit de façon permanente, tout devrait être mis en place afin de conserver un tel individu dans le groupe, ce qui devrait inclure une certaine forme de compensation financière^{20, 45, 49}. De plus, une certaine flexibilité dans l'horaire pourrait avoir des avantages : par exemple des quarts de nuit plus courts qui permettraient de minimiser les interruptions du rythme circadien, ou encore des quarts de huit heures durant la semaine et de douze heures durant les week-ends qui permettraient de maximiser la vie sociale^{45, 59}.

Quant aux stratégies individuelles permettant aux médecins d'urgence de mieux s'adapter aux quarts de travail rotatifs, les plus importantes semblent l'éducation et le maintien de liens forts avec la famille et les amis, ainsi qu'une hygiène de sommeil adéquate qui passe par l'achat d'un répondeur et de rideaux expressément conçus^{20, 49}. Deux stratégies de sommeil sont fréquemment utilisées. Le sommeil par période partagée, c.-à-d. par période de trois à quatre heures avant et de trois à quatre heures après le quart de nuit, permet qu'au moins une partie du sommeil se fasse durant les périodes normales du rythme circadien²⁰. Quant au sommeil ancré, c.-à-d. par période fixe dans la journée d'au moins quatre heures de sommeil, il permet au rythme circadien de s'ancrer sur un horaire particulier et d'être minimalement interrompu lors des changements de quarts⁴⁹. Par ailleurs, pour les quarts de nuit de 12 heures ou plus, une sieste d'une durée maximale de 40 minutes, aux environs de trois heures du matin, a démontré son efficacité dans l'amélioration des performances cognitives⁶⁰. Du point de vue pharmacologique, il est bien reconnu que les agents sédatifs entraînent une dépendance et que bien qu'ils puissent augmenter la durée totale de sommeil diurne, ils n'accélèrent pas l'adaptation aux quarts de nuit ni n'améliorent la vigilance nocturne²⁰. Malgré des études encore contradictoires, un agent prometteur pourrait être la mélatonine, un sédatif naturel pouvant améliorer l'adaptabilité aux changements du cycle éveil-sommeil^{20, 45, 54}. Aussi, plusieurs études ont démontré l'efficacité de la lumière vive (entre 7 000 et 12 000 lux) en augmentant la vigilance lorsque utilisée durant la nuit et en permettant un retour plus rapide au rythme diurne lorsque utilisée pendant au moins deux heures après le réveil^{20, 49, 54, 61}. Quant à l'alimentation, il est recommandé de débiter la période d'éveil par un repas riche en protéines et de changer progressivement vers des repas composés de glucides complexes⁴⁹. Finalement, l'exercice est fort utile. Non seulement améliore-t-il l'humeur et la santé globale, mais il a aussi été démontré efficace pour accélérer l'adaptation aux changements du cycle éveil-sommeil, particulièrement l'exercice aérobique effectué dès le réveil^{20, 49}.

Recommandations

Concernant les horaires de travail, l'AMUQ, comme l'American College of Emergency Physicians, recommande que :

7.1 Les départements des urgences respectent les principes circadiens dans la planification des horaires, notamment en :

7.1.1 Privilégiant soit deux quarts de nuit à la fois avec un retour rapide à un horaire de jour, soit de longues séquences de trois ou quatre nuits hebdomadaires pendant quatre à six semaines en demeurant éveillé les nuits non travaillées ;

7.1.2 Privilégiant des quarts de travail de huit heures ou moins, sauf dans les urgences à bas débit où une période de repos de deux à trois heures continues peut être prévue dans un quart d'une durée maximale de 14 heures ;

7.1.3 Évitant les longues séries de quarts successifs ;

7.1.4 Planifiant des périodes régulières de 24 heures de repos complet ;

7.1.5 Favorisant une rotation des quarts dans le sens de l'horloge, c.-à-d. jour-soir-nuit, même lorsque ceux-ci sont entrecoupés de jours de repos ;

7.1.6 Limitant les tâches et les responsabilités à l'urgence au minimum durant les jours qui suivent les quarts de nuit ;

7.1.7 Tenant compte de facteurs comme le volume de patients, la complexité des soins nécessaires et l'âge des médecins de l'équipe ;

7.1.8 Favorisant, lorsque c'est possible, des quarts de nuit allégés pour les médecins d'urgence plus âgés ;

7.2 Les médecins d'urgence adoptent des stratégies individuelles éprouvées leur permettant de mieux s'adapter aux quarts de travail rotatifs, telles que l'éducation et le maintien de liens forts avec la famille et les amis, une hygiène de sommeil adéquate, une saine alimentation ainsi qu'un programme d'exercices régulier ;

7.3 Les centres hospitaliers, les agences et la DNU prévoient un plan de relève du personnel médical dans un contexte de pénurie d'effectifs.

Par ailleurs, considérant la féminisation de la profession, l'AMUQ ne peut que réitérer sa position officielle adoptée en 2006 sur la grossesse d'un médecin au département des urgences, et plus particulièrement concernant les risques associés à cette situation ainsi que l'horaire de travail⁶². Ainsi, l'AMUQ recommande que :

7.4 Les médecins qui entrevoient une grossesse et qui désirent continuer à travailler dans un département des urgences vérifient leur statut d'immunisation pour la cinquième maladie et mettent à jour leur vaccination pour la rubéole, l'hépatite B et la varicelle ;

7.5 La femme enceinte ne soit pas en contact étroit et sans surveillance avec un patient potentiellement violent ;

7.6 Les départements ou services de médecine d'urgence facilitent le travail à l'urgence des collègues médecins durant leur grossesse. À ce titre, il apparaît important d'éviter le travail de nuit à partir du troisième trimestre. Les départements doivent également prévoir des modalités pour le retrait préventif ;

7.7 Les départements ou services de médecine d'urgence autorisent un congé de maternité pour une période minimale de six mois ;

7.8 Les départements ou services de médecine d'urgence prennent des dispositions pour permettre à un médecin de prendre un congé pour une période de deux mois après l'accouchement de sa conjointe.

8- La durée des quarts de travail

Selon la littérature, la durée optimale d'un quart de travail dépend de plusieurs variables dont le type de département, le niveau de stress au travail, la possibilité d'offrir une double couverture, le nombre de quarts de nuit en ligne, la taille du groupe de médecins, leurs préférences individuelles et leurs diverses responsabilités non cliniques, incluant les tâches académiques, administratives et de recherche⁵⁹.

Plusieurs travailleurs qui fonctionnent sur la base de quarts rotatifs, incluant les médecins d'urgence, privilégient des quarts de travail de 12 heures afin d'augmenter leur nombre de journées libres. Un autre avantage important aux quarts de 12 heures semble être le nombre moindre de changements de quart nécessaires, alors que le transfert des patients d'une équipe à une autre est reconnu comme une période possiblement à risque pour les patients⁵⁹. Malheureusement, en plus de la fatigue et du stress accumulés, il semble qu'il faille davantage de temps à l'organisme pour s'adapter à ces horaires qu'à des quarts de moindre durée⁴⁹.

Quant aux quarts de huit heures, les avantages incluent une augmentation de la vigilance au travail, de la capacité à participer à d'autres activités en fin de quart, ainsi que de la capacité d'adaptation aux changements de rythmes circadiens⁵⁹. Par contre, selon Innes *et al.*⁶³, le stress et la fatigue progressive durant un quart de travail de huit heures pourraient être associés à une diminution de l'efficacité et des fonctions cognitives durant les dernières heures de travail. Ainsi, selon ces auteurs, la capacité des médecins d'urgence à voir et à prendre en charge de nouveaux patients varie selon des caractéristiques individuelles et le nombre d'heures travaillées par quart. Dans cette étude qui différencie le travail par quarts de huit heures de jour et de soir et par quarts de cinq heures durant la nuit, le taux moyen de nouveaux patients vus était de 2,0 durant les quarts de huit heures et de 2,6 durant les quarts de cinq heures. Après un pic à une heure, ce taux chutait de 25 % jusqu'à un plateau durant les heures deux à six, puis déclinait rapidement jusqu'à une prise en charge négligeable durant les heures sept et huit.

Enfin, les quarts de travail de plus de 12 heures devraient être limités aux départements des urgences à bas volume, là où les médecins d'urgence peuvent, de façon raisonnable, obtenir de deux à trois heures de sommeil continu durant leur quart^{49, 59}.

Recommandation

Concernant la durée des quarts de travail, l'AMUQ recommande que :

8.1 Les départements des urgences favorisent des quarts de travail d'un maximum de huit heures, sauf dans les urgences où les médecins peuvent obtenir de façon raisonnable de deux à trois heures de repos continu, où des quarts d'une durée maximale de 14 heures pourraient être effectués.

9- Le nombre de médecins requis en pratique clinique

Selon le *Guide de gestion de l'urgence*³, le nombre de médecins nécessaires à l'urgence pour répondre aux besoins des patients est fonction de l'achalandage et du type de soins que requièrent les patients, donc de la charge de travail, en excluant les étudiants et résidents puisque leur présence est liée à la formation. Le nombre de médecins requis à l'urgence est considéré comme suffisant en autant que les objectifs quant aux délais préconisés par l'*Échelle de triage et de gravité* (ÉTG) concernant la prise en charge médicale soient respectés et que les durées de séjour obéissent aux normes du MSSS. Ainsi, si le nombre de médecins à l'urgence ne permet pas d'observer ces normes et ces objectifs, il devient important d'en évaluer les causes et d'envisager au besoin d'augmenter le nombre de médecins à l'urgence. Selon la complexité des cas (âge, gravité, etc.), les nombres suggérés par les experts qui ont réalisé le *Guide de gestion de l'urgence* sont les suivants :

- Nombre de prise en charge de patients sur civière par médecin par heure : de un à deux ;
- Nombre de prise en charge de patients ambulatoires par médecin par heure : de trois à six.

Aux États-Unis, l'American Academy of Emergency Medicine (AAEM)⁶⁴ recommande quant à elle de ne pas excéder un taux moyen de 2,5 patients par heure par médecin. Par ailleurs, l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)⁹ calcule les effectifs nécessaires sur la base d'un taux moyen de 2,0 patients par heure par médecin.

Quant au nombre requis de spécialistes en médecine d'urgence, la seule recommandation retrouvée dans la littérature provient de la British Association for Emergency Medicine (BAEM)⁶⁵. Selon cette association, le département des urgences moyen a un taux d'admission de 15 % à 20 %, avec 25 % de cas pédiatriques et 50 % de cas mineurs adultes. Ainsi, dans ces départements, il serait nécessaire d'avoir un consultant spécialiste en médecine d'urgence par 12 000 visites médicales, ce qui permettrait de fournir le leadership médical, ainsi que les supervisions clinique et académique requises. Enfin, selon eux, tous les départements devraient obtenir les services d'au moins trois spécialistes, les départements de grandeur moyenne (avec un débit de 40 000 à 70 000 visites annuelles) pourraient en avoir jusqu'à six et les départements plus grands, encore davantage.

Bien que ces taux soient un peu simplistes et ne se fondent que sur peu de données probantes, plusieurs chercheurs ont entrepris de créer des formules, souvent très complexes, permettant de mieux calculer la charge de travail des médecins d'urgence et ce, afin de pouvoir mieux prédire les besoins en effectifs médicaux. Récemment, Innes *et al.*⁶⁶ proposaient la formule suivante permettant de calculer la durée d'une visite médicale (en anglais, *the total physician time per patient visit* ou TPPV) :

$$\begin{aligned} \text{TPPV (min.)} = & 29,7 + 8,6 \text{ (intervention requise [oui])} \\ & - 3,8 \text{ (niveau de triage [1-5])} \\ & + 7,1 \text{ (arrivée en ambulance)} \\ & - 1,1 \text{ (échelle de Glasgow [3-15])} \\ & + 0,1 \text{ (âge en années)} \\ & - 0,05 \text{ (nombre de visites antérieures)} \\ & + 3,1 \text{ (toute comorbidité)} \end{aligned}$$

Cette étude aura donc permis de clarifier les facteurs modifiants de façon importante la charge de travail des urgentologues et, bien que fort complexe, la formule suggérée pourrait ainsi constituer une solution de rechange aux modèles simplistes actuels qui reposent le plus souvent sur le nombre de patients et la gravité perçue des cas.

Recommandations

Concernant le nombre de médecins requis en pratique clinique à l'urgence, l'AMUQ recommande que :

9.1 Le MSSS calcule les effectifs nécessaires à l'urgence en fonction des diverses recommandations proposées dans le *Guide de gestion de l'urgence* ;

9.2 Le MSSS, dans l'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux ou des plans d'effectifs médicaux (PREM/PEM), tienne compte du nombre d'équivalents temps complet (ÉTC), et non du nombre de médecins qui pratiquent au sein d'une unité d'urgence ;

9.3 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, tienne également compte de la répartition des tâches des médecins, et non du nombre de médecins qui pratiquent au sein d'une unité d'urgence ;

9.4 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, considère la conciliation travail-famille dans le contexte de la féminisation des effectifs médicaux ;

9.5 Le MSSS et les universités augmentent le nombre d'enseignants-cliniciens dans les milieux universitaires afin d'assurer un encadrement adéquat des nouvelles cohortes d'étudiants et de résidents.

10- Les mesures qui favorisent l'augmentation et la rétention des effectifs en médecine d'urgence

Tout d'abord, peu d'études se sont consacrées uniquement aux diverses mesures qui favorisent la rétention des médecins d'urgence. Par contre, la majorité des auteurs d'articles qui portent sur la satisfaction professionnelle ou sur l'attrition précoce en médecine d'urgence suggèrent diverses mesures visant à contrer cette attrition. Ainsi, selon Lloyd *et al.*¹⁶, la clé pour améliorer la longévité d'une carrière en médecine d'urgence demeure l'application d'horaires de travail flexibles et efficaces. De plus, leurs diverses études^{16, 27, 67} ont permis de démontrer le besoin de découvrir et de mettre en application de nouvelles façons de diminuer le stress au travail, incluant la double couverture de certains quarts de travail, la gestion efficace des ressources et l'établissement de saines relations avec les patients et les consultants.

Or, il est maintenant bien connu que nous manquons cruellement de médecins au Québec. Alors que bon nombre de Québécois n'ont pas de médecins de famille, il faudrait annuellement 259 nouveaux omnipraticiens simplement pour maintenir le même niveau de services de soins pendant les prochaines années, et encore bien davantage pour contrer l'attrition, tenir compte de la baisse du niveau d'activité découlant du vieillissement et de la féminisation de la profession, et faire face au vieillissement et à l'augmentation de la population⁶⁸. Bien que les cohortes d'étudiants en médecine aient augmenté et qu'il y ait plus de postes de résidence en médecine familiale, de moins en moins de résidents choisissent cette prati-

que. Face à cette crise, le gouvernement, les fédérations médicales et les universités travaillent actuellement à la revalorisation de la médecine familiale, mais les conséquences sur les effectifs déjà précaires en médecine d'urgence se feront sans doute sentir d'ici quelques années.

Dans ce contexte difficile, comment augmenter les effectifs en médecine d'urgence ? Tout d'abord, bien que les diverses associations québécoises de médecins d'urgence préconisent depuis plusieurs années l'augmentation du nombre de postes de résidence en médecine d'urgence, tant dans le programme de spécialité que dans celui de la formation complémentaire du Collège des médecins de famille du Canada, force est de constater que peu a été fait. Au contraire, il semble que l'avènement de la spécialité en médecine d'urgence ait plutôt coïncidé avec une diminution du nombre de postes disponibles en résidence³⁴. Par ailleurs, l'AMUQ, ainsi que d'autres regroupements de médecins d'urgence, recommandaient, dès 2002, l'augmentation du nombre de stages de médecine d'urgence dans les programmes d'externat et de résidence en médecine familiale afin de favoriser ce choix de pratique chez les futurs jeunes médecins^{21, 34}.

Du point de vue gouvernemental, diverses mesures visant à contrer la pénurie d'effectifs en médecine d'urgence ont été mises de l'avant dans les dernières années. Ainsi, l'application de politiques coercitives, telle que la loi spéciale n° 114 sur les urgences et la loi n° 142 sur les activités médicales particulières (AMP) et les PREM, représente des moyens à court terme pour contrôler les effectifs, mais a certainement des effets pervers importants sur la rétention des médecins²¹. En effet, la rigidité des règles entourant l'attribution des postes ne peut que favoriser l'exode de nos jeunes médecins. De plus, la planification régionale des effectifs médicaux est inéquitable et compromet l'accessibilité aux soins médicaux spécialisés par la fragilisation des équipes déjà en place⁶⁹. Par ailleurs, depuis juin 2008, le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec le MSSS, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), les autres fédérations médicales et les facultés, permet aux résidents qui ont complété 18 mois de stage en médecine familiale ou quatre ans de stage dans un programme de spécialité d'effectuer, après obtention d'un permis restrictif sous certaines conditions, du dépannage ou *moonlighting*. Afin de contrer la pénurie actuelle, les résidents qui possèdent ce permis peuvent donc exercer dans tous les centres hospitaliers du Québec, sauf dans ceux où ils sont en stage. Bien que cela puisse être très formateur pour eux, il y aura sans doute bien peu de résidents qui feront les démarches nécessaires, et ce, à quelques mois de leurs examens finaux. Enfin, comme le lieu de formation médicale semble avoir un impact majeur sur le choix du lieu de pratique du médecin gradué⁷⁰, le gouvernement du Québec a récemment mis en place le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) et favorisé la création de campus satellites et d'unités de médecine familiale (UMF) en région.

Quant au *Guide de gestion de l'urgence*³, il indique que les stratégies de gestion du personnel pour contrer les risques de pénurie consistent à miser sur la stabilité des effectifs et à créer un sentiment d'appartenance à l'urgence par une série de mesures, dont les suivantes :

- Favoriser le développement de l'expertise en ayant entre autres

recours au tutorat et à la reconnaissance des compétences ;

- Diminuer la charge de travail par la mise en place d'une équipe qui se consacre pleinement à des rôles bien définis tout en encourageant la polyvalence du personnel ;
- Améliorer la gestion des horaires en faisant preuve de souplesse pour permettre au personnel de concilier travail et famille ;
- Favoriser un climat de travail positif en maintenant un esprit d'équipe et en travaillant sur l'établissement de saines relations de confiance qui passent par une bonne communication ;
- Favoriser l'implication du personnel dans des activités clinico-administratives et
- Favoriser et améliorer les stratégies de recrutement.

Malheureusement, certaines recommandations issues de la première version du *Guide de gestion de l'unité d'urgence*⁷¹ semblent avoir été délaissées dans la seconde. Selon l'AMUQ²¹, plusieurs demeurent encore à ce jour importantes, dont :

- Prioriser les systèmes d'informatisation des unités d'urgence 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 ;
- Prévoir des mécanismes de débrefage ou de retour sur les événements à fort potentiel de stress à l'intention de l'ensemble du personnel et
- S'assurer que les activités du médecin de l'unité d'urgence soient consacrées exclusivement à la clientèle de l'unité. Ainsi, le médecin d'urgence ne devrait pas agir comme le médecin dépanneur de l'hôpital et ne devrait intervenir à l'extérieur de l'urgence qu'en tout dernier recours et de manière exceptionnelle.

Par ailleurs, le *Guide de gestion de l'urgence*³ ainsi que l'American College of Emergency Medicine (ACEM)⁷² recommandent que tous les nouveaux médecins soient encadrés par un médecin d'expérience, afin, entre autres, d'apprendre le fonctionnement de l'urgence et de se familiariser avec les procédures utilisées et les modalités de transfert. Selon eux, un guide de l'urgence devrait être conçu localement et remis à tous les nouveaux médecins.

Concernant la pénurie importante d'effectifs médicaux en région rurale, le *Guide de gestion de l'urgence*³ mentionne qu'il y a d'abord lieu d'encourager la polyvalence des médecins, considérée comme un atout dans ces régions. De plus, le *Guide* reprend les recommandations de l'Association canadienne des médecins d'urgence⁷³ quant aux principaux facteurs à considérer en vue de recruter et de maintenir en poste ces médecins : accès à des ressources matérielles conformes à une bonne pratique médicale et à un plateau technique approprié, accès aux spécialités médicales et chirurgicales nécessaires, accès aux services d'un collègue, proximité d'un centre de traitement de plus haut niveau, accès à une formation médicale continue, obtention d'un horaire de travail et d'un horaire de garde raisonnables, obtention d'un salaire et de bénéfices sociaux adéquats, avantages permettant d'élever une famille et d'éduquer des enfants, présence d'un environnement social et culturel stimulant, possibilité pour le conjoint de trouver un travail et enfin, maintien d'une certaine qualité de vie. Enfin, le *Guide de gestion*³ stipule que certains éléments apparaissent importants afin d'améliorer le travail des médecins d'urgence en région rurale : création de protocoles d'entente avec des établissements de plus

haut niveau pour les transferts et les consultations à distance, recours à la télésanté, formation continue, soutien médical pour le médecin moins familier avec les cas complexes, disponibilité des médecins du territoire pour combler les besoins de l'urgence et procédure de rappel en période de grand achalandage.

Enfin, en ce qui a trait à la rémunération, il semble que, malgré les gains relatifs obtenus lors des dernières négociations des ententes collectives par les fédérations médicales, la valeur réelle du travail des médecins d'urgence n'est toujours que peu reconnue. Ainsi, parmi les 25 importantes mesures du *Plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux* récemment négociées par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), aucune ne concernait l'urgence. Pour l'ensemble des médecins d'urgence, les conditions d'exercice difficiles et les horaires de travail défavorables ne sont que peu considérés. Les activités non cliniques, incluant la gestion, l'enseignement et la recherche ne sont quant à elle prises en considération que pour la minorité de médecins reconnus comme spécialistes et faisant partie de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Recommandations

Dans le but de favoriser l'augmentation et la rétention des effectifs en médecine d'urgence au Québec, l'AMUQ recommande que :

10.1 L'ensemble des mesures et recommandations proposées dans le *Guide de gestion de l'urgence* soient adoptées par les établissements et par l'ensemble du réseau, et que ceux-ci leur donnent priorité ;

10.2 Les universités augmentent le nombre de stages requis en médecine d'urgence, tant à l'externat qu'en médecine familiale ;

10.3 Le MSSS augmente dès maintenant le nombre de postes de résidence en médecine d'urgence spécialisée et en formation complémentaire en médecine d'urgence pour les médecins de famille ;

10.4 Le MSSS et les universités augmentent le nombre d'enseignants-cliniciens dans les milieux universitaires afin d'assurer un encadrement adéquat des nouvelles cohortes d'étudiants et de résidents ;

10.5 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, tient compte du nombre d'équivalents temps complet (ÉTC), et non du nombre de médecins qui pratiquent au sein d'une unité d'urgence ;

10.6 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, tient également compte de la répartition des tâches des médecins, et non du nombre de médecins qui pratiquent au sein d'une unité d'urgence ;

10.7 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, considère la conciliation travail-famille dans le contexte de la féminisation des effectifs médicaux ;

10.8 Le MSSS élabore les PREM/PEM en gérant les postes au sein des urgences de manière spécifique et indépendante des postes en médecine familiale ;

10.9 Pour les programmes de médecine d'urgence spécialisée, le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, rend public à l'ensem-

ble des résidents les postes disponibles, au plus tard 12 mois avant la fin de leur formation. Par ailleurs, le MSSS devrait également adopter un processus d'affichage et d'application aux postes de spécialiste en médecine d'urgence encadré et transparent pour les résidents seniors fin R4 ou début R5. Ainsi, un minimum d'un an avant leur début de pratique serait fortement recommandé pour la signature d'un contrat officiel conditionnel à la réussite des examens et un minimum de trois ans et demi de résidence devrait être exigé avant de pouvoir appliquer sur un poste. Les affichages et les processus de sélection devraient être annuellement envoyés aux résidents concernés ;

10.10 Pour les programmes de médecine familiale, le MSSS, dans l'élaboration des PREM, rend public à l'ensemble des résidents les postes disponibles, au plus tard neuf mois avant la fin de leur formation. Par ailleurs, le MSSS devrait également adopter un processus d'affichage et d'application aux postes de médecin de famille encadré et transparent pour les résidents seniors fin R1 ou début R2. Ainsi, un minimum d'un an avant leur début de pratique serait fortement recommandé pour la signature d'un contrat officiel conditionnel à la réussite des examens et devrait être exigé avant de pouvoir appliquer sur un poste. Les affichages et processus de sélection devraient être annuellement envoyés aux résidents concernés ;

10.11 Le MSSS, dans l'élaboration des PREM/PEM, s'assure qu'une certaine masse critique en médecine d'urgence spécialisée existe dans les établissements qui en ont besoin. Ainsi, le MSSS devrait s'assurer que dans un milieu où initialement aucun spécialiste ne pratique, un minimum de deux postes soit affiché en même temps ;

10.12 Le MSSS, dans la définition d'un poste de spécialiste en médecine d'urgence, attribue systématiquement une proportion de temps protégé pour la pratique et le développement d'un domaine d'expertise (préhospitalier, toxicologie, médecine de sinistre, médecine environnementale, etc.) ;

10.13 Le MSSS et les fédérations médicales valorisent, reconnaissent et rémunèrent le travail des médecins d'urgence, en tenant compte des conditions d'exercice difficiles, des horaires de travail défavorables, ainsi que des activités non cliniques effectuées telles que la gestion, l'enseignement, la recherche et le développement d'expertises particulières à la médecine d'urgence.

REFÉRENCES

1. Leitzell JD, Riggs LM. Emergency medicine: Two points of view. *N Engl J Med* 1981; 304: 477-83.
2. Collectif ASMUQ-REMUQ-AMUQ. *Document sur la crise des urgences*. Position conjointe présentée au ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 1^{er} octobre 2002.
3. Gouvernement du Québec (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux; Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
4. Collège des médecins du Québec : www.cmq.org (Date de consultation : 20 mars 2008).
5. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Demographic characteristics of full-time emergency physicians in Canada. *Am J Emerg Med* 1993 Jul; 11(4): 364-70.
6. Wiley JF 2nd, Fuchs S, Brotherton SE et coll. A comparison of pediatric emergency medicine and general emergency medicine physicians' practice patterns: results from the Future of Pediatric Education II Survey of Sections Project. *Pediatr Emerg Care* 2002 Jun; 18 (3): 153-8.
7. Kristal SL, Randall-Kristal KA, Thompson BM. The Society for Academic Emergency Medicine's 2004-2005 emergency medicine faculty salary and benefit survey. *Acad Emerg Med* 2006 May; 13(5): 548-58.
8. College of Emergency Medicine of UK: www.collemergencymed.ac.uk (Date de consultation: 18 juin 2008).
9. Association des médecins urgentistes de France: www.amuf.fr (Date de consultation: 18 juin 2008).
10. Dent AW, Asadpour A, Weiland TJ et coll. Australasian emergency physicians: a learning and educational needs analysis. Part one: background and methodology. Profile of FACEM. *Emerg Med Australas* 2008 Feb; 20 (1): 51-7.
11. Wikipédia, l'encyclopédie libre : fr.wikipedia.org/wiki/Accueil (Date de consultation: 20 juin 2008).
12. Association médicale canadienne : www.cma.ca (Date de consultation: 20 juillet 2008).
13. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK et coll. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1992 Jan; 21(1): 58-64.
14. Doan-Wiggins L, Zun L, Cooper MA et coll. Practice satisfaction, occupational stress, and attrition of emergency physicians. Wellness Task Force, Illinois College of Emergency Physicians. *Acad Emerg Med* 1995 Jun; 2(6): 556-63.
15. Goldberg R, Boss RW, Chan L et coll. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996 Dec; 3(12): 1156-64.
16. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Predictive validity of the emergency physician and global job satisfaction instruments. *Acad Emerg Med* 1998 Mar; 5(3): 234-41.
17. Hall KN, Wakeman MA. Residency-trained emergency physicians: their demographics, practice evolution, and attrition from emergency medicine. *J Emerg Med* 1999 Jan-Feb; 17(1): 7-15.
18. Green D. How long do emergency physicians' careers last? *Emerg Med (Fremantle)* 2002 Mar; 14(1): 1-7.
19. American College of Emergency Physicians. *Circadian rhythms and shift work*. Policy resource published in www.acep.org; August 2003.
20. American College of Emergency Physicians. Emergency physician shift work. *Ann Emerg Med* 1995 Jun; 25(6): 864. Position revised and approved by the ACEP Board of Directors; in www.acep.org; September 2003.
21. Association des médecins d'urgence du Québec. *Les faits sur la pratique des médecins d'urgence au Québec – Commentaires de l'AMUQ*. Position adoptée par le CA le 25 novembre 2002.
22. LeBlanc C, Heyworth J. Emergency physicians: "burned out" or "fired up"? *CJEM* 2007 Mar; 9(2): 121-3.
23. García-Gubern C, Colón-Rolón L, Aponte MM. Workforce projections for emergency medicine in Puerto Rico: a five-year follow-up of an evident demand. *J Emerg Med* 2005 Jul; 29(1): 107-10.
24. Gallery ME, Allison EJ, Mitchell JM et coll. Manpower needs in academic emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 797-801.
25. Mallon WK. Emergency physicians and their attrition rate. *J Emerg Med* 2000 Feb; 18(2): 259-60.
26. Baerlocher M. Happy doctors? Balancing professional and personal commitments. *CMAJ* 2006; 174: 1831.
27. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med* 1994 Jul-Aug; 12(4): 559-65.
28. Rondeau KV, Francescutti LH. Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Healthc Manag* 2005 Sep-Oct; 50(5): 327-40; discussion 341-2.
29. Association des médecins d'urgence du Québec. *Informatisation d'un département d'urgence*. Position adoptée par le CA le 15 mai 2000.
30. American Board of Emergency Medicine. *Physician Satisfaction Study*. In www.abem.org; Revised on October 2007.
31. Keyes LE. Underpaid women, stressed out men, satisfied emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2008 Jun; 51(6): 729-31.
32. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* 2008 Jun; 51(6): 714-722.
33. Clem KJ, Promes SB, Glickman SW et coll. Factors enhancing career satisfaction among female emergency physicians. *Ann Emerg Med* 2008 Jun; 51(6): 723-728.
34. Hobden C, Mathieu B, Béique M et coll. *Le recrutement et la rétention des urgentologues*. Table des chefs d'urgence de Montréal. Rapport final adopté le 29 avril 2002.
35. Legault L. *La santé psychologique au travail, action !* Conférence présentée dans le cadre du Colloque annuel de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales; Gouvernement du Québec; 2003.
36. Levin S, France DJ, Hemphill R et coll. Tracking workload in the emergency department. *Hum Factors* 2006 Fall; 48(3): 526-39.

37. Coran LM, Litt IF. Housestaff well-being. *West J Med* 1988; 148: 97-101.
38. McCue JD. The stress of internship: Causes and prevention. *N Engl J Med* 1985; 312: 449-52.
39. Whitley TW, Gallery ME, Allison EJ Jr et coll. Factors associated with stress among emergency medicine residents. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 1157-61.
40. Erdur B, Ergin A, Turkcuer I et coll. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J* 2006 Oct; 23(10): 759-63.
41. Keller KL, Koenig WJ. Management of stress and prevention of burnout in emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 1989; 18: 79-84.
42. Felton JS. Burnout as a clinical entity- its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998 May; 48(4): 237-50.
43. Fordyce J, Blank F, Pekow P, Smithline H, Ritter G, Gehlbach S et al. Errors in a busy emergency department. *Ann Emerg Med*. 2003; 42: 324-33.
44. Taliaferro E. Too stressed out to care? *Ann Emerg Med*. 1989; 18: 1248-9.
45. Dorevitch S, Forst L. The occupational hazards of emergency physicians. *Am J Emerg Med*. 2000 May; 18(3): 300-11.
46. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP et al. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: A survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med*. 1998; 15: 262-5.
47. Lavoie FW, Carter GL, Danzl DF et al. Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med*. 1988; 12: 1227-33.
48. Lehmann LS, McCormick RA, Kizer KW. A survey of assaultive behavior in Veterans Health Administration facilities. *Psych Serv*. 1999; 50: 384-9.
49. Whitehead DC, Thomas H Jr, Slapper DR. A rational approach to shift work in emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 1992 Oct; 21(10): 1250-8.
50. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ et al. Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*. 1995; 92: 3178-82.
51. Knutsson A, Akerstedt T, Jonsson BF et al. Increased risk of ischemic heart disease in shift workers. *Lancet*; 1986; 2: 89-92.
52. Boggild H, Knutsson A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health*. 1999; 25: 89-99.
53. Peter R, Alfredsson L, Knutsson A, Siegrist J, Westerholm P. Does a stressful psychosocial work environment mediate the effects of shift work on cardiovascular risk factors? *Scand J Work Environ Health*. 1999 Aug; 25(4): 376-81.
54. Kuhn G. Circadian rhythm, shift work, and emergency medicine. *Ann Emerg Med*. 2001 Jan; 37(1): 88-98.
55. Boivin D. *Gestion de la fatigue chez les travailleurs sur horaires atypiques*. Conférence présentée dans le cadre du Colloque annuel de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales; 2005.
56. Dula DJ, Dula NL, Hamrick C, Wood GC. The effect of working serial night shifts on the cognitive functioning of emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 2001 Aug; 38(2): 152-5.
57. Harma MI, Hakola T, Laitinen J. Relation of age to circadian adjustment to night work. *Scand J Work Environ Health*. 1992; 18 (Suppl.2): 116-8.
58. Cloutier E. *Enjeux du vieillissement de la main-d'oeuvre*. Conférence présentée dans le cadre du Colloque annuel de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales; 2003.
59. Thomas H Jr, Schwartz E, Whitehead DC. Eight- versus 12-hour shifts: implications for emergency physicians. *Ann Emerg Med*. 1994 May; 23(5): 1096-100.
60. Smith-Coggins R, Howard SK, Mac DT, Wang C, Kwan S, Rosekind MR, Sowb Y, Balise R, Levis J, Gaba DM. Improving alertness and performance in emergency department physicians and nurses: the use of planned naps. *Ann Emerg Med*. 2006 Nov; 48(5): 596-604, 604.e1-3.
61. Lum G, Goldberg RM, Mallon WK, Lew B, Margulies J. A survey of wellness issues in emergency medicine (Part 1). *Ann Emerg Med*. 1995 Jan; 25(1): 81-5. (Part 2). *Ann Emerg Med*. 1995 Feb; 25(2): 242-8. (Part 3). *Ann Emerg Med*. 1995 Mar; 25(3): 407-11.
62. Association des médecins d'urgence du Québec. *Position sur la grosseur d'un médecin au département des urgences*. Position adoptée par le CA le 20 avril 2006.
63. Innes GD, Grafstein E, Stenstrom R. Shift length and emergency physician productivity dynamics. Article à paraître. Abstract in *Can J Emerg Med*. 2008 May; 10 (3): 257.
64. American Academy of Emergency Medicine. Position statement on emergency physician-to-patient ED staffing ratios. In www.aaem.org. Position adopted on 2001 Feb. 22.
65. British Association for Emergency Medicine. *Way ahead: The workforce in emergency medicine*. In: www.baem.org.uk/workforce.doc; Revised in 2005.
66. Innes GD, Stenstrom R, Grafstein E, Christenson JM. Prospective time study derivation of emergency physician workload predictors. *CJEM*. 2005 Sep; 7(5): 299-308.
67. Lloyd S, Streiner D, Hahn E, Shannon S. Development of the emergency physician job satisfaction measurement instrument. *Am J Emerg Med*. 1994 Jan; 12(1): 1-10.
68. Garnier E. Crise de la relève en médecine familiale ? *Le Médecin du Québec* 2008; 43 (7): 1-3,10-11.
69. Association des médecins d'urgence du Québec. *Actions prioritaires pour améliorer la situation des urgences au Québec*. Position présentée au ministre de la Santé et des Services Sociaux le 19 octobre 2007.
70. Steel M, Schwab R, McNamara R et coll. Emergency medicine resident choice of practice location. *Ann Emerg Med* 1998; 31: 351-7.
71. Gouvernement du Québec (2000). *Guide de gestion de l'unité d'urgence*. Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
72. American College of Emergency Physicians. *Emergency department*

planning and resource guidelines. Position revised and approved by the ACEP Board of Directors; in www.acep.org; October 2007.

73. Association canadienne des médecins d'urgence/Canadian Association of Emergency Physicians. Recommendations for the management of rural, remote and isolated emergency health care facilities in Canada. *J Emerg Med* 1997 Sep-Oct; 15(5): 741-7.

Associations, organisations et autres groupes : sites Internet consultés

A. Sites québécois

- Association des jeunes médecins du Québec : ajmq.qc.ca
- Association des médecins d'urgence du Québec : www.amuq.qc.ca
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales : www.asstsas.qc.qc
- Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec : www.asmuq.org
- Collège des médecins du Québec : www.cmq.org
- Fédération des médecins résidents du Québec: www.fmrq.qc.ca

B. Sites canadiens

- Association canadienne des médecins d'urgence : www.caep.ca
- Association médicale canadienne : www.cma.ca

C. Sites internationaux

- American Academy of Emergency Medicine : www.aaem.org
- American Board of Emergency Medicine: www.abem.org
- American College of Emergency Physicians: www.acep.org
- Association of Emergency Physicians : www.aep.org
- Association des médecins urgentistes de France: www.amuf.fr
- Australasian College for Emergency Medicine: www.acem.org.au
- College of Emergency Medicine of UK: www.collemergencymed.ac.uk
- European Society for Emergency Medicine: www.eusem.org
- International Federation for Emergency Medicine : www.ifem.cc
- Société française de médecine d'Urgence: www.sfmur.org



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