

Mémoire conjoint

Regroupement des Chefs d'Urgence du Québec et de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec

Projet de loi 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Présenté par

L'association des médecins d'urgence du Québec

Regroupement des Chefs d'Urgence du Québec

À

L'Assemblée nationale du Québec

À l'attention de Monsieur Christian Dubé, ministre de la Santé

LE

19 mai 2023

TABLE DES MATIÈRES

Qui sommes-nous? _____ 3

Regroupement des Chefs d'Urgence du Québec

Association des Médecins d'Urgence du Québec

En quoi le projet de loi 15 nous concerne? _____ 4

L'encombrement des urgences et ses implications

Point de rupture dans les urgences québécoises

Opportunité offerte par le projet de loi 15

L'importance de positionner officiellement les urgences _____ 5

Implication des médecins et gestionnaires d'urgence

La gouvernance et le rôle des experts terrains en médecine d'urgence

Recommandations du Regroupement des chefs d'urgence

du Québec et de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec _____ 7

Recommandation 1: Créer une direction médicale des urgences à l'Agence Santé-Québec

Recommandation 2: Prévoir un directeur médical de médecine d'urgence dans chaque Agence-Santé régionale

Recommandation 3: Assurer la contribution des experts cliniques et scientifiques en médecine d'urgence

Conclusion _____ 7

L'expertise en médecine d'urgence comme atout

La médecine d'urgence au carrefour des soins de santé

Engagements et disponibilité pour collaborer aux défis du réseau de la santé

Qui sommes-nous ?

Regroupement des Chefs d'Urgence du Québec

Le RCUQ, constitué en 2019, rassemble près de soixante chefs médicaux d'urgence du Québec. Le Regroupement se réunit mensuellement, et son exécutif bimensuellement, afin de dénouer les problématiques communes à l'ensemble des urgences du Québec, d'identifier les pratiques innovantes au sein de celles-ci et d'influencer positivement les parties prenantes à protéger l'accès aux urgences en tout temps. Le RCUQ est la voix de l'ensemble des chefs médicaux d'urgence pour faire connaître les enjeux et préoccupations vécus sur le terrain et les résoudre. Les chefs médicaux d'urgence possèdent une connaissance unique du milieu en amont, au sein des urgences, et en aval de celles-ci. Ils ont aussi une expertise dans la gestion de risque en situation de crise. Ils partagent leur expérience terrain avec les différents acteurs pouvant contribuer à la saine gestion des urgences et interagissent ainsi régulièrement avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le Collège des Médecins du Québec. Leurs travaux visent à protéger l'accès aux urgences et à défendre la qualité et la sécurité des soins. Ils tentent de développer une approche de gestion concertée, transparente, collaborative et en interdisciplinarité avec les parties prenantes. Ils sont des chefs de file dans la mobilisation du réseau face à la congestion hospitalière et l'encombrement des urgences, ainsi que dans l'évaluation de la performance des urgences en temps réel.

Association des médecins d'urgence du Québec

L'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), fondée en 1982, est un regroupement volontaire de médecins d'urgence, peu importe leur type de formation. Avec plus de 500 membres, l'AMUQ intervient principalement dans le domaine de la formation médicale continue et répond aux interrogations de divers organismes ou médias sur les questions qui touchent les soins d'urgence au Québec. Sa mission est de promouvoir le développement, l'innovation et l'excellence de la médecine d'urgence au Québec. L'AMUQ n'a aucune attache syndicale et est financée uniquement par les cotisations des membres et les revenus des événements de formation. Ceci lui permet d'avoir l'indépendance nécessaire pour réaliser sa mission. Au fil des années, l'AMUQ a pu contribuer à diverses prises de positions scientifiques et d'autres portant l'attention sur les situations critiques dans les Départements d'urgence en collaboration avec d'autres regroupements notamment sur les deux prises de position citées en référence avec l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU).^{1,2}

En quoi le projet de loi 15 nous concerne-t-il ?

L'encombrement des urgences est un reflet de la saturation d'un système de santé complexe qui s'est difficilement adapté au cours des décennies aux besoins populationnels. La pandémie a mis en évidence la capacité du réseau à protéger l'accès aux urgences aux patients nécessitant des soins immédiats en mobilisant ses travailleurs de la santé, ses gestionnaires et la population vers le même objectif, soit celui de sécuriser la capacité des urgences à répondre à leur mission première. Les urgences représentent non seulement le filet de sécurité des soins aigus d'une société, mais également un écosystème hautement résilient prenant en charge une multitude de patients simultanément, de manière imprévisible dans une approche de gestion de risques.

Les urgences ont connu de multiples épisodes aigus de crises au fil des années que les différentes réformes du système de santé n'ont pas permis d'éviter. La détérioration constante de la situation dans les urgences, représentée par des taux d'achalandage et d'occupation dépassant les niveaux sécuritaires, nécessite que les experts médicaux de terrain, les experts des meilleures pratiques et les gestionnaires du réseau, s'allient pour créer une structure de gestion qui permettra de résoudre la crise du réseau de santé. La situation actuelle représente un point de rupture jamais-vu alors que des urgences majeures sont en bris de service, des urgences sont menacées de fermeture avec une détérioration dramatique de la qualité et de la sécurité des soins consécutive.

Le projet de loi 15 nous apparaît comme une opportunité de créer une structure garante d'un accès équitable aux urgences basé sur les besoins d'une population. C'est en légitimisant leur expertise par une capacité décisionnelle prépondérante aux professionnels et gestionnaires de la santé de terrain ainsi qu'aux usagers que nous arriverons à l'imputabilité réelle qui fait actuellement défaut.

« La congestion dans les services d'urgence est un indicateur sentinelle du fonctionnement du système de santé. Bien que souvent considéré comme un simple désagrément pour les patients, l'impact du surpeuplement des urgences sur la morbidité et la mortalité évitables des patients est bien documenté, mais reste largement sous-estimé. »³

Nous aimerions donc porter à votre attention l'importance de positionner officiellement les urgences de manière stratégique au sein de la future structure du système de santé, ainsi que sur l'apport des

leaders médicaux d'urgence au sein des instances consultatives et décisionnelles des différents paliers organisationnels.

À cet effet, l'implication des médecins et gestionnaires d'urgence doit être un atout essentiel pour permettre une meilleure fluidité dans le réseau. Les urgences sont le reflet de la santé d'un système de première ligne et d'un hôpital. C'est aussi le meilleur baromètre de la fluidité de l'ensemble du réseau.

Cependant, la structure de gouvernance présentée dans le projet de loi 15 ne prévoit pas cet apport des experts terrains en médecine d'urgence, alors que l'organisation, le fonctionnement et la performance des urgences sont sous leur responsabilité quotidienne.

Les chefs médicaux et autres experts de médecine d'urgence ont collectivement, au cours des dernières années, travaillé ardemment dans chacun des établissements et à l'échelle provinciale pour assurer la sécurité et la qualité des soins dans les urgences. À titre d'exemples, ils ont milité pour des protocoles de surcapacité afin de désengorger les urgences, assumé un leadership clinique et organisationnel pour sécuriser les soins aux patients en contexte de pénurie d'autres travailleurs de la santé, contribué à redéfinir l'organisation des soins à même l'urgence en contexte de pandémie ou d'augmentation de l'achalandage, créé et participé à des trajectoires alternatives aux urgences (dont la réorientation et l'accueil clinique) et se sont impliqués activement à la recherche des meilleurs indicateurs de performance du réseau.

Les médecins d'urgence ont une expertise essentielle et doivent se retrouver quelque part dans l'organigramme structurel de leur établissement avec un pouvoir réel d'influence ou décisionnel. Ils sont bien placés pour identifier précocement les goulots d'étranglement et proposer des solutions à la congestion récurrente des urgences par des patients admis en attente d'un lit dans les unités d'hospitalisation.

« Le "boarding" est la preuve d'un système défaillant en déclin. Il menace inévitablement la capacité de l'équipe d'urgence à prendre en charge les patients nouvellement arrivés et est à l'origine de temps d'attente prolongés. [...] Des recherches récentes suggèrent qu'un décès supplémentaire se produira pour 82 patients passant de longues périodes d'attente (plus de 6 à 8 heures) dans le service des urgences pour un lit d'hôpital »⁴

Finalement, il nous apparaît essentiel de pouvoir continuer à assurer une couverture médicale optimale dans toutes les urgences québécoises, de manière concertée, et en fonctions des besoins populationnels pour assurer des délais de prise en charge optimaux. Les effectifs médicaux d'urgence sont composés de médecins de famille avec ou sans année de formation complémentaire en médecine d'urgence (représentés par la FMOQ ou localement par le DRMG), ainsi que de spécialistes en médecine d'urgence (représentés par la FMSQ).

La gestion actuelle de la distribution des postes en médecine d'urgence est tributaire de la bonne entente relative avec les DRMG et les autres spécialités, alors qu'elle devrait être basée sur les besoins populationnels et le maintien de l'offre existante.

De plus, les urgences sont à la croisée des différents points d'accès de la première ligne, du préhospitalier et de la médecine hospitalière.

Elles ont ainsi une responsabilité unique, actuellement particulièrement lourde, d'être le filet de sécurité de tous les autres secteurs de soins du réseau, tous les jours, à toute heure de la journée.

Les services d'urgences subissent la pression de tous les autres secteurs (préhospitalier, médecine spécialisée et médecine de première ligne) avec peu de possibilités de refus de service.

Nous estimons que la médecine d'urgence doit absolument avoir une représentation distincte afin que ses effectifs médicaux hétérogènes puissent préserver la capacité des urgences à remplir leur mission primaire, celle d'offrir des soins urgents à la population.

*« Le service des urgences, ses patients et son personnel doivent être reconnus et soutenus en tant que composants essentiels d'un système de santé qui fonctionne bien et qui garantit que tous les patients du monde entier ont accès aux soins sûrs et abordables dont ils ont besoin, quand et où ils en ont besoin ».*⁵

Recommandations du Regroupement des chefs d'urgence du Québec et de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec

- **Recommandation 1** : créer une direction médicale des urgences à l'Agence Santé-Québec qui aurait pour mandat d'assurer le bon fonctionnement des urgences avec les responsabilités suivantes :
 1. Être la vigie des indicateurs de santé organisationnelle de toutes les urgences de la province et veiller et particulièrement la bonne gestion de la fluidité dans l'ensemble des urgences et dans chacune des installations
 2. Coordonner la répartition des ressources entre les différents territoires,
 3. Assurer un accès équitable interrégional aux soins et services.
- **Recommandation 2** : prévoir un directeur médical de médecine d'urgence au sein de chaque Agence-Santé régionale au même titre que les directeurs de médecine familiale, médecine spécialisée et médecine préhospitalière afin de garantir une juste répartition des effectifs médicaux en fonction des besoins populationnels et régionaux de couverture en médecine d'urgence.
- **Recommandation 3** : s'assurer que les experts cliniques et scientifiques en médecine d'urgence soient des contributeurs essentiels à un programme provincial sur la qualité des services offerts dans les urgences, autant pour la recherche et le transfert des connaissances en médecine d'urgence que pour l'identification des solutions basées sur les données probantes, l'expertise en gestion des urgences, et le développement des pratiques innovantes.

Conclusion

Nous avons la conviction que l'expertise en fluidité, efficacité et gestion du risque venant de notre groupe est nécessaire pour apporter un regard unique et des solutions adaptées aux défis que rencontrera le réseau de la santé dans les années à venir. Notre expertise représente un atout pour le ministère de la Santé et doit être incluse dans la structure organisationnelle. Les membres de notre discipline ont dû innover et faire preuve de leadership à multiples reprises étant souvent les premiers à vivre les crises frappant le réseau de la santé. Ils ont développé des expertises scientifiques, de gestion et d'innovation reconnues à travers le pays. Alors que plusieurs disciplines ont des visions souvent centrées sur leur champ de pratique spécifique, la médecine d'urgence se retrouve au carrefour des soins préhospitaliers, des soins de première ligne, des soins spécialisés, qu'ils soient

hospitaliers ou extrahospitaliers. Les urgences sont trop souvent le filet de sécurité du système lorsque les autres secteurs de soins ne peuvent suffire à la demande ou ont pris l'habitude de trop s'y référer. ⁶

Ceci fait de nous des experts tout indiqués pour collaborer aux défis en du réseau de la santé. Nous voulons continuer d'être la pierre angulaire des changements requis pour le système vu notre position unique dans le réseau. Nos recommandations représentent des moyens concrets pour opérationnaliser une partie de cette transformation. Nous serons disponibles pour partager nos réflexions avec les membres de la commission parlementaire et pour répondre aux interrogations et précisions qu'ils pourraient avoir pour nos représentants.

Cordiales salutations,



Marie-Maud Couture, présidente du RCUQ



Judy Morris, présidente AMUQ

Références :

1. Des conditions critiques dans les départements d'urgence canadiens en raison du manque de ressources humaines et de lits d'hôpitaux en temps opportun. Prise de position de l'ACMU. https://caep.ca/wp-content/uploads/2022/07/position_ACMU_22-07_Fr_final.pdf
2. Le personnel des urgences confronté à une tempête parfaite. Prise de position de l'ACMU. https://caep.ca/wp-content/uploads/2021/10/PerfectStorm_FR.pdf
3. Emergency department crowding : The Canary in the Health Care System, Kelen et al. NEJM Catalyst. (2021)
4. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. Jones et al. Emerg Med J. (2022) Mar;39(3):168-173
5. Javidan, Arshia P., et al. "The International Federation for Emergency Medicine report on emergency department crowding and access block: A brief summary." *Emergency Medicine Journal* 38.3 (2021): 245-246
6. Atkinson, Paul, Ken McGeorge, and Grant Innes. "Saving emergency medicine: is less more?" *Canadian Journal of Emergency Medicine* 24.1 (2022): 9-11.