

Les médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence au Québec

par Jean Rodrigue et Isabelle Savard

LA PRATIQUE des médecins omnipraticiens dans les salles d'urgence des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec s'est considérablement modifiée au cours des 10 dernières années. La fermeture de plusieurs hôpitaux et de leurs salles d'urgence dans les années 1995-1998 a entraîné le départ de plusieurs médecins de ce secteur d'activité. La réorganisation des salles d'urgence qui a suivi a nécessité une plus grande participation des médecins restés en place. Dans un contexte difficile en raison des pénuries d'effectifs et de ressources, ces médecins ont quand même réussi à maintenir et à augmenter l'offre de services d'urgence à la population québécoise. En 2001-2002, la médecine à l'urgence était le troisième secteur d'activité des médecins omnipraticiens en termes de revenus (135 millions de dollars) et de participation (1830 médecins), après les cabinets médicaux et les soins aux patients hospitalisés.

Méthodologie

Source des données

Nous avons utilisé la banque de données de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) issues des fichiers de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). On y retrouve, par secteur d'activité, tout ce qui a été facturé par les omnipraticiens dans le cadre du régime de l'assurance-maladie, que ces médecins soient rémuné-

Le Dr Jean Rodrigue, M. Sc., est directeur de la planification et de la régionalisation à la FMOQ, et M^{me} Isabelle Savard, B. Sc., M.A.P., est conseillère en politique de santé à cette même direction. Les auteurs poursuivent des travaux intitulés « Des omnipraticiens à la grandeur du Québec » sur les effectifs et les profils de pratique des médecins omnipraticiens.

T A B L E A U I

Répartition des régions sociosanitaires

Régions universitaires	Québec, Estrie, Montréal-Centre
Régions périphériques	Chaudière-Appalaches, Laval, Montérégie
Régions intermédiaires	Mauricie/Centre-du-Québec, Outaouais, Lanaudière, Laurentides
Régions éloignées	Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
Régions isolées	Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-cries-de-la-Baie-James

rés à l'acte, à tarif horaire, à honoraires fixes, ou encore, à forfait. Les données sont regroupées par année de facturation, du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Nous avons isolé l'ensemble des données disponibles sur les urgences pour la période de 1992-1993 à 2001-2002.

Population médicale à l'étude

La population étudiée comprend tous les omnipraticiens ayant facturé à la RAMQ, au cours d'une même année de facturation, 1,00 \$ et plus en rémunération totale et 1000 \$ et plus en rémunération à la salle d'urgence durant la période de 1992-1993 à 2001-2002. Elle comprend également des individus qui font partie des 82 médecins récemment accrédités spécialistes en médecine d'urgence. Ces derniers continuent d'être rémunérés selon l'entente FMOQ-MSSS, avec certaines modalités spécifiques.

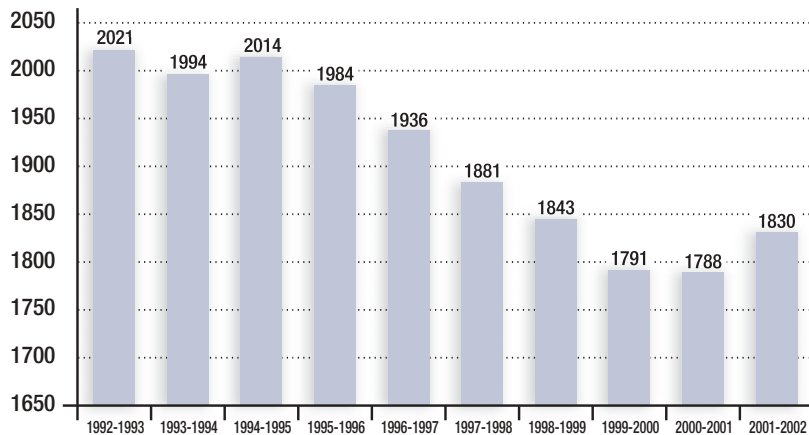
Pour mieux décrire le profil de pratique des médecins exerçant à l'urgence, nous n'avons retenu que les omnipraticiens considérés comme étant en pratique active, c'est-à-dire ceux et celles qui avaient reçu plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année de facturation.

Variables et mesures

Les variables démographiques étudiées sont l'âge, le sexe et la région sociosanitaire de facturation (tableau I). Pour

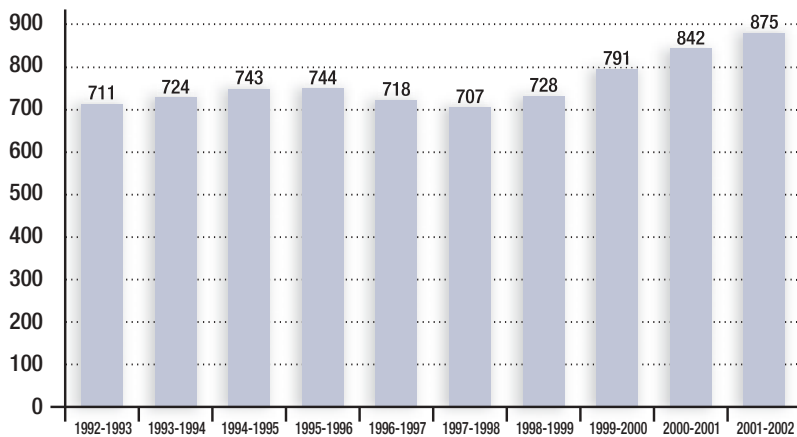
FIGURE 1

Évolution du nombre d'omnipraticiens* exerçant à l'urgence



* Plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière, et plus de 1 000 \$ à l'urgence.

FIGURE 2

Évolution du nombre d'ETP_{RM} dans les salles d'urgence

qu'un médecin soit considéré comme installé dans une région, il doit y avoir facturé plus de 50 % de son revenu total. En 2001-2002, 99 % des omnipraticiens québécois étaient considérés comme installés dans l'une ou l'autre des régions du Québec alors que, dans le cas des médecins exerçant à l'urgence durant la même période, cette proportion était de 95 %.

Le volume d'activités à l'urgence est évalué en *Équivalent temps plein, revenu moyen* (ETP_{RM})[†]. Cette méthode permet de mesurer la force de travail des omnipraticiens

dans différentes situations, en utilisant tous les revenus facturés à la RAMQ par chaque individu pour toutes ses activités médicales. Cette méthode utilise des niveaux de percentile de revenu pour définir quels sont les médecins considérés comme étant à temps plein et permet d'ajuster vers le haut ou vers le bas cette équivalence pour les médecins se situant aux extrêmes de l'échelle de revenus. Elle repose sur les deux postulats suivants : les revenus des omnipraticiens correspondent au volume de leurs activités ; il y a équivalence dans la valeur monétaire des services entre les différents milieux de pratique.

Les médecins omnipraticiens exerçant à l'urgence : effectifs et profil de pratique

Les médecins omnipraticiens pratiquent dans 95 salles d'urgence de CHSGS au Québec. Depuis 1994-1995, nous observons une érosion progressive du nombre d'omnipraticiens œuvrant à l'urgence (*figure 1*). Plusieurs facteurs expliquent cette situation :

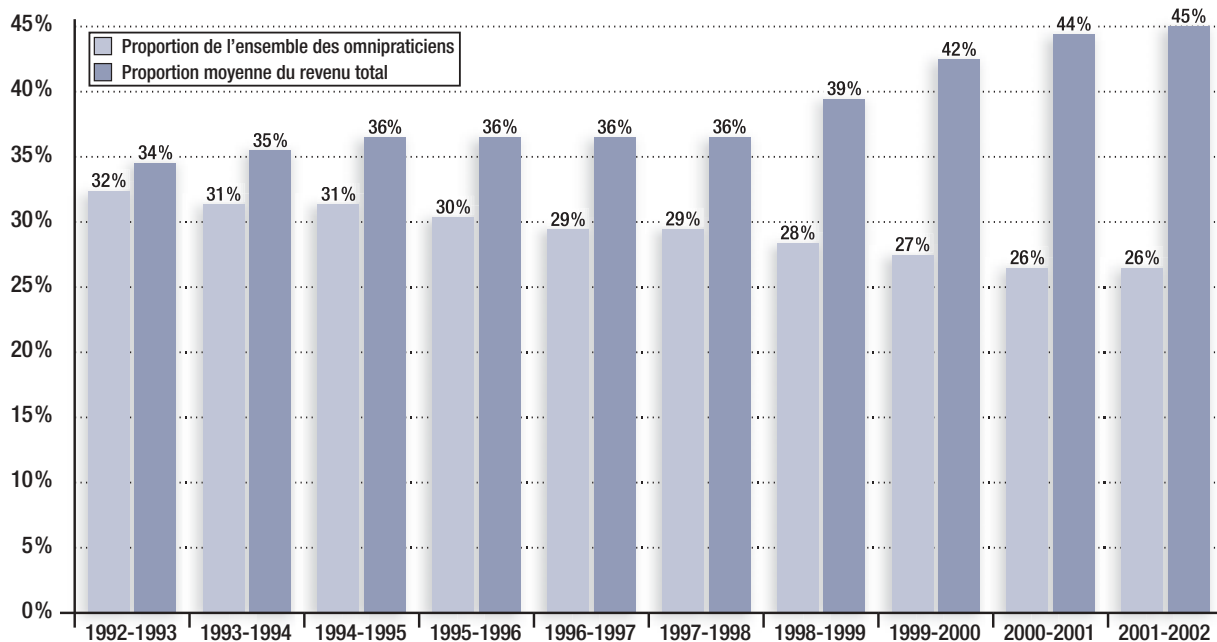
- la fermeture de nombreuses salles d'urgence dans les régions universitaires et la Mauricie ont forcé plusieurs médecins à quitter ce secteur ;
- les programmes de départ assisté à la retraite ont eu peu d'effet direct dans ce secteur d'activité, mais ils ont créé des besoins criants dans plusieurs autres secteurs ;

- le nombre restreint de nouveaux médecins n'a pas permis de combler tous les besoins ni de suppléer complète-

[†] ETP_{RM} : Pour chaque individu dont le revenu total se situe entre le 40^e et le 60^e percentile de la répartition de revenus, nous avons attribué un équivalent temps plein (ETP). Les médecins dont le revenu est inférieur au 40^e percentile de la répartition de revenus se sont vu attribuer une fraction d'ETP équivalente à leur revenu total divisé par le 40^e percentile de la répartition. Pour ceux dont le revenu est supérieur au 60^e percentile, nous avons calculé l'ETP de la façon suivante : 1 + 1n (revenu total du médecin/60^e percentile). Cette méthode de calcul des ETP a été adaptée à partir de la méthodologie mise au point par Santé Canada (Kazanjan *et al.*, 2000).

FIGURE 3

Évolution de la participation des omnipraticiens* aux activités à l'urgence et de la proportion moyenne de leur revenu gagné dans cette activité



* Plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière, et plus de 1 000 \$ à l'urgence.

ment à l'attrition dans les salles d'urgence.

Depuis 1999, les effectifs se sont toutefois stabilisés, et nous notons qu'ils se sont accrus pour une première fois en 2001-2002.

La fermeture de salles d'urgence et le départ de plus de 225 médecins n'ont pas diminué les besoins en matière de services d'urgence. Le volume d'activités, exprimé en médecin équivalent temps plein en fonction du revenu moyen (ETP_{RM}), ne s'est presque pas modifié de 1992 à 1998, ce qui signifie que l'ensemble des tâches a été assumé dans les salles d'urgence restantes par leurs médecins (figure 2).

Depuis 1998, le nombre d'ETP_{RM} a augmenté de façon importante, passant de 728 à 875. Cette augmentation progressive du nombre d'ETP_{RM} depuis 1999 s'explique de diverses façons :

- les médecins qui œuvrent à l'urgence y consacrent une part plus importante de leurs activités professionnelles ;
- l'application de l'entente particulière sur les urgences a eu pour effet de permettre une réorganisation de certains services et d'augmenter le nombre de médecins durant certains quarts de travail ;
- la rémunération des médecins à l'urgence a fait l'objet

d'augmentations spécifiques plus importantes que dans d'autres secteurs d'activité, ce qui a eu pour effet de surestimer légèrement la part de cette activité à l'intérieur du revenu moyen.

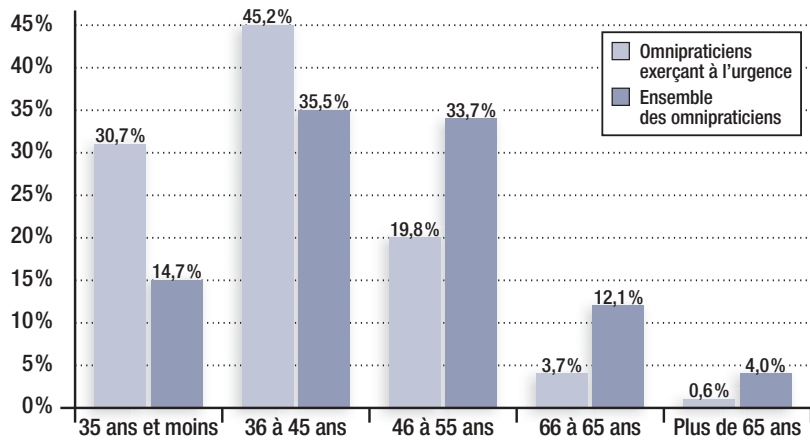
Proportionnellement au nombre total des ETP_{RM} pour l'ensemble des activités en médecine générale durant la même période, le nombre d'ETP_{RM} à l'urgence a augmenté plus rapidement et, en 2001-2002, représente 12,5 % des ETP_{RM} totaux (hausse de 1 % par rapport aux années antérieures). Cette augmentation reflète l'accroissement du volume d'activités dans ce secteur et – mais de façon beaucoup moins importante – les hausses tarifaires accordées à ces activités.

Moins de médecins omnipraticiens travaillent maintenant à l'urgence, mais ils y consacrent une part de plus en plus importante de leurs activités professionnelles (figure 3). En 2001-2002, seulement 26 % de tous les omnipraticiens exerçaient à l'urgence, mais cette activité engendrait en moyenne 45 % de tous leurs revenus en provenance de la RAMQ. L'augmentation progressive de la proportion moyenne du revenu total gagné dans cette activité entre 1998-1999 et 2001-2002 traduit en partie l'augmentation

Le fil d'Ariane

FIGURE 4

Répartition des médecins omnipraticiens exerçant à l'urgence et de l'ensemble des omnipraticiens selon le groupe d'âge en 2001-2002



T A B L E A U II

Participation des médecins des cohortes 1992-1993 à 2001-2002 aux activités à l'urgence selon le nombre d'années de pratique

Années de pratique	Proportion des médecins des cohortes 1992-1993 à 2001-2002	Proportion moyenne du revenu total
1 (n = 1427)	64,4 %	48,6 %
2 (n = 1721)	62,3 %	49,6 %
3 (n = 1513)	60,7 %	49,0 %
4 (n = 1320)	58,9 %	47,3 %
5 (n = 1121)	55,9 %	45,0 %
6 (n = 920)	51,5 %	44,4 %

des tarifs négociés, mais aussi, pour près du quart des omnipraticiens qui exercent à l'urgence, une concentration des activités dans ce secteur spécifique. Rappelons toutefois que la majorité des omnipraticiens œuvrant à la salle d'urgence allient cette pratique avec celle du cabinet privé et d'autres activités en établissement, peu importe la proportion de revenus qu'ils tirent de leurs activités à l'urgence.

La pratique médicale à l'urgence attire davantage les médecins en début de pratique, comme le démontre la comparaison de la répartition de ces médecins selon le groupe d'âge et celle de l'ensemble des omnipraticiens en 2001-2002 (figure 4). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet at-

trait pour les jeunes, notamment l'obligation de satisfaire aux exigences des activités médicales particulières (AMP), un milieu de travail connu, l'hôpital, le type d'activités, plus intenses, la présence de ressources techniques plus nombreuses qu'en première ligne et l'abolition de la pénalité de 30 % pour ce genre de pratique dans les régions universitaires.

Les jeunes médecins participent massivement aux activités de l'urgence. Plus de 60 % d'entre eux y consacrent près de la moitié de leur pratique professionnelle au cours de leurs trois premières années d'exercice (tableau II). Cette participation diminue toutefois rapidement, particulièrement avec la fin de la période d'application du décret imposant une pénalité de 30 % aux jeunes médecins dans les régions universitaires et leur périphérie.

Seulement 36 % des femmes médecins pratiquent à l'urgence, alors qu'elles comptent pour 42 % de tous les omnipraticiens (figure 5). Cet écart semble constant au fil des années, et ce, depuis 1992. Si nous mettons en parallèle cette observation et celle que les femmes médecins comptent maintenant pour plus de 60 % des nouvelles promotions, il est à craindre que les nouvelles promotions, déjà plus restreintes en taille, ne permettent pas d'assurer la croissance ni même le renouvellement des effec-

tifs à l'urgence.

L'attrait pour la médecine d'urgence est d'une durée assez courte, souvent moins de 10 ans pour la plupart des médecins (figure 6). À leur deuxième année de pratique, 61 % des omnipraticiens exercent à l'urgence. À la dixième année de pratique, ce taux n'est plus que de 37 %, et à la vingtième année, moins de 20 % des omnipraticiens y ont encore des activités. La proportion moyenne de revenu gagné à l'urgence diminue elle aussi, passant de 51 % à la deuxième année de pratique à 45 % vers la cinquième année, pour descendre sous la barre des 20 % après la vingtième année de pratique. De nombreux facteurs entrent

FIGURE 5

Évolution de la proportion de femmes parmi les omnipraticiens exerçant à l'urgence et parmi l'ensemble des omnipraticiens entre 1992-1993 et 2001-2002

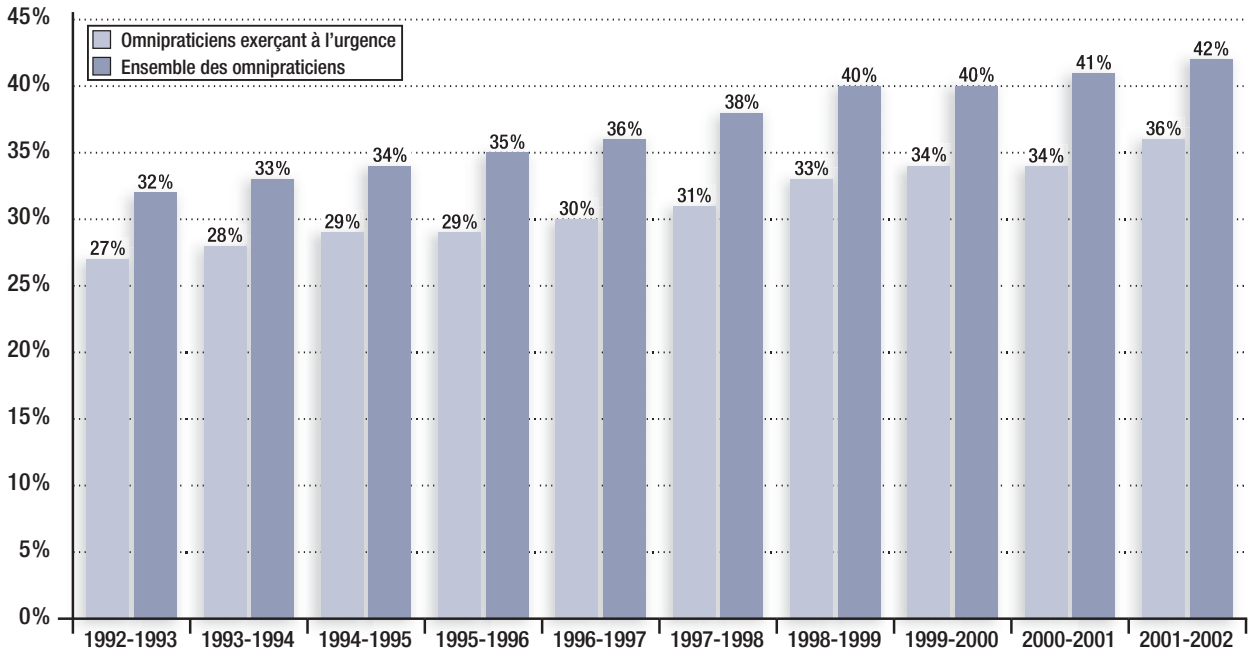
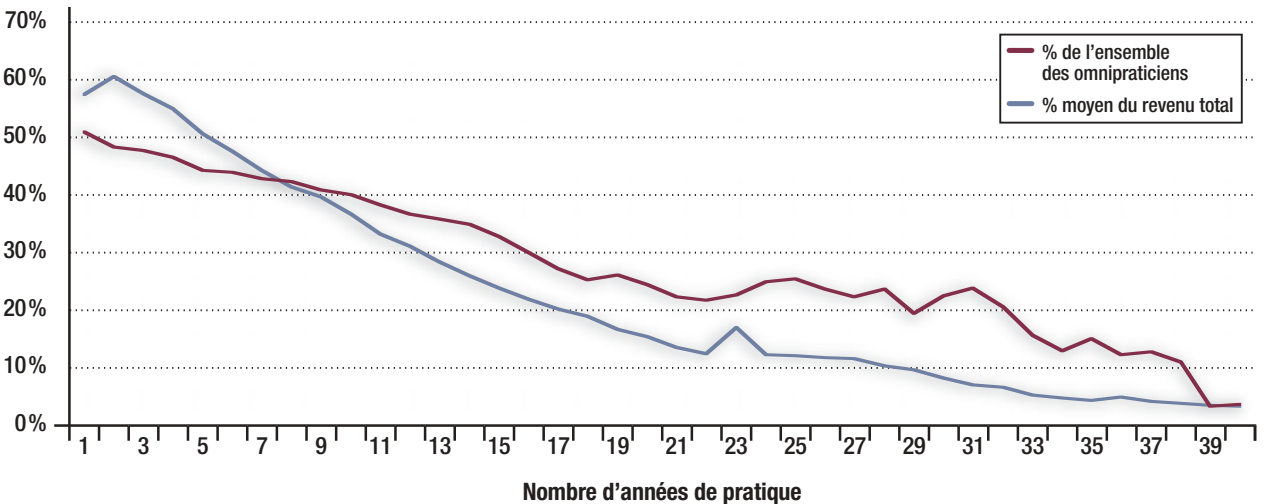


FIGURE 6

Activités à l'urgence



en jeu, dont la fin de la période d'application de la pénalité de 30 % dans les régions universitaires, les conditions difficiles d'exercice dans ce milieu, le caractère exigeant de

ce type de pratique et la volonté chez beaucoup de jeunes médecins de diversifier leur pratique. Il faut remarquer que la fin de la période d'application des AMP, à la onzième

T A B L E A U III

Nombre de médecins en pratique active* installés[†] dans la région et exerçant à l'urgence en 2001-2002, et nombre d'ETP_{RM} qu'ils représentent selon la proportion du revenu total gagné à l'urgence

Regroupement des régions		25 % et moins	> 25 à 50 %	> 50 à 75 %	> 75 %	Total
Universitaires	Nombre de médecins	161	120	118	212	611
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	16,6	52,1	80,8	201,7	351,1
Périphériques	Nombre de médecins	146	69	63	80	358
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	10,3	31,6	45,4	75,3	162,6
Intermédiaires	Nombre de médecins	133	73	74	78	358
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	14,9	29,7	50,5	72,2	167,2
Éloignées	Nombre de médecins	176	127	64	37	404
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	19,5	47,0	37,8	30,8	135,0
Isolées	Nombre de médecins	6	1	-	-	7
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	0,6	0,4	-	-	1,0
Total	Nombre de médecins	622	390	319	407	1738
	Nombre d'ETP _{RM} à l'urgence	61,9	160,7	214,4	380,0	817,0

* Plus de 35 000 \$ en rémunération totale durant l'année financière, et plus de 1 000 \$ à l'urgence.

† Plus de 50 % de leurs revenus dans la région attribuée.

Note : Le total des ETP_{RM} (817,0) diffère de celui indiqué à la figure 2 (875,0), puisque les activités à l'urgence d'un médecin à l'extérieur de sa région d'installation ne sont pas comptabilisées dans le tableau III. Il faut comprendre qu'un volume d'activités équivalent à 58 ETP_{RM} est produit par des médecins provenant de l'extérieur de la région concernée.

année d'exercice, joue de façon très marginale sur cette diminution progressive amorcée beaucoup plus tôt.

Les médecins omnipraticiens exerçant à l'urgence : leur répartition au Québec

La participation des omnipraticiens à l'urgence varie selon les régions de pratique pour diverses raisons, notamment le nombre total d'omnipraticiens sur le territoire, le nombre de spécialistes à l'hôpital, la taille de la population à desservir, les ressources de l'hôpital et sa mission (tableau III).

Dans les régions éloignées, les omnipraticiens participent massivement aux activités de l'urgence, qu'ils ajoutent à leurs activités auprès des patients hospitalisés et en médecine familiale, à leur cabinet médical ou au CLSC. Les effectifs restreints et le grand nombre de salles d'urgence justifient habituellement cette façon de faire. Par exemple, la région de l'Abitibi-Témiscamingue, avec une population de 156 000 personnes, compte autant de salles d'urgence (sept) que la Montérégie, qui a une population

de 1 320 000 personnes. Il n'est pas étonnant de constater que les régions éloignées, avec une population moindre mais autant d'hôpitaux, exigent un nombre d'ETP_{RM} presque identique à celui des régions intermédiaires ou périphériques.

Dans les régions intermédiaires et périphériques, le nombre d'omnipraticiens à l'urgence diminue et la proportion de ceux qui y gagnent plus de 50 % de leurs revenus augmente. Des études précédentes nous ont révélé que les omnipraticiens qui gagnent plus de 75 % de leurs revenus à l'urgence se retrouvent souvent dans les hôpitaux régionaux, par exemple à Lévis ou à Longueuil.

Dans les régions universitaires, la majorité des omnipraticiens exerçant à l'urgence en font leur milieu principal de pratique. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs, notamment la mission surspécialisée de plusieurs de ces hôpitaux, le niveau de complexité des cas et les activités d'enseignement.

Dans toutes les régions, le fonctionnement adéquat d'une



par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

salle d'urgence semble reposer sur une équipe diversifiée d'omnipraticiens, alliant un noyau de médecins à temps plein à plusieurs médecins à temps partiel. Cette organisation assure une stabilité de la main-d'œuvre et facilite la résolution des problèmes de pénurie temporaires. Hormis les régions universitaires, où la proportion des médecins exerçant majoritairement à l'urgence est plus élevée, la majeure partie des activités à l'urgence est produite par des omnipraticiens gagnant moins de 75 % de leurs revenus à l'urgence.

LES MÉDECINS OMNIPRATICIENS continuent d'assurer un grand nombre des services médicaux dans la plupart des salles d'urgence du Québec. Plusieurs facteurs influent sur leur participation, notamment le nombre d'années de pratique, le sexe et la région où ils sont installés. Les exigences professionnelles et humaines de ce type d'activités contribuent également à une certaine sélection parmi les médecins omnipraticiens. De plus, les médecins ont dû s'adapter à un contexte particulièrement difficile : alourdissement des clientèles, pénuries de médecins et d'infirmières, manque de ressources et sous-financement.

Les jeunes ont un rôle particulier à jouer dans le renouvellement des équipes médicales. La situation dans les salles d'urgence pourrait devenir critique si ce n'était des jeunes médecins qui, chaque année, viennent renouveler les effectifs à l'urgence. La diminution du nombre de nouveaux médecins et, par conséquent, de leur poids démographique dans la population des omnipraticiens, pourrait en partie expliquer certaines pénuries dans les salles d'urgence. La féminisation a également une influence sur les effectifs à l'urgence. Une étude encore préliminaire nous indique que les femmes participent moins aux activités à l'urgence que les hommes et y gagnent une proportion inférieure de leur revenu.

Ce phénomène de décroissance rapide des effectifs n'est pas sans soulever certaines inquiétudes pour les prochaines années, puisque nous ferons face aux plus petites cohortes de nouveaux médecins et à des cohortes composées majoritairement de femmes. Si les nouveaux médecins et les médecins qui œuvrent actuellement dans une salle d'urgence adoptaient le même comportement que leurs collègues des années antérieures, nous pourrions vivre une nouvelle décroissance des effectifs. Cette fois-ci, la décroissance affecterait des services existants plutôt que d'accompagner la fermeture de salles d'urgence comme dans les années 1995 à 1999. ☞

Épargne et investissement

- Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
- Compte de retraite immobilisé (CRI)
- Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
- Fonds de revenu viager (FRV)
- Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
- Fonds d'investissement

Fonds FMOQ : (514) 868-2081 ou 1 888 542-8597

Programmes d'assurances

- Assurances de personnes
- Assurances automobile et habitation
- Assurances de bureau
- Assurance-médicaments et assurance-maladie complémentaires
- Assurances frais de voyage et annulation

Dale-Parizeau LM : (514) 282-1112 ou 1 877 807-3756

Pro-Fusion « auto »

- Achat – vente
- Voitures neuves ou usagées
- Location
- Financement d'auto

Pro-Fusion : (514) 745-3500 ou 1 800 361-3500

Téléphone cellulaire et téléavertisseur

Bell Mobilité Cellulaire (514) 946-2884 ou 1 800 992-2847

Carte Affinité – Master Card Or Banque MBNA

Service à la clientèle : 1 800 870-3675
M^{me} Renée Carter : (514) 390-2159

Carte La Professionnelle (carte multi-avantages)

Corporation de Services aux membres
(514) 861-2052 ou 1 800 520-2052

Tarifs corporatifs des hôtels pour les membres de la FMOQ

FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Direction des Affaires professionnelles

D^r Hugues Bergeron, directeur
FMOQ : (514) 878-1911 ou 1 800 361-8499

Autres services

Assurance-responsabilité professionnelle