

PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX



**Association
des spécialistes
en médecine d'urgence
du Québec**

Février 2016

Table des matières

RÉSUMÉ	3
INTRODUCTION	4
LES BESOINS	4
NOTRE EXPÉRIENCE	5
LA VALEUR AJOUTÉE DES SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE	6
RÉPARTITION DE NOS MEMBRES	7
Tableau 1. Répartition des effectifs et PEM 2016	8
Tableau 2. Résidents en formation	9
Classification des départements d'urgence pour l'optimisation de la répartition des effectifs médicaux en médecine d'urgence spécialisée	9
Tableau 3. Classification des départements d'urgence	10
PLAN QUINQUENNAL 2017-2020	11
PRINCIPES GÉNÉRAUX	11
Priorité #1 : Déploiement de nos membres dans les pôles régionaux/centres périphériques démontrant des besoins prioritaires	11
Priorité #2 : Renforcement des différents centres universitaires	11
Priorité #3 : Déploiement de nos membres dans tous les pôles régionaux/centres périphériques	12
CONCLUSION	13
ANNEXE 1 - Plan quinquennal (2017-2020)	14

RÉSUMÉ

L'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ) présente un plan d'effectifs médicaux 2017-2020. L'ASMUQ comprend les besoins établis par le Ministère de la santé et des services sociaux et désire travailler de concert avec celui-ci. L'Association propose au Ministère une nouvelle façon de classifier les départements d'urgence du Québec pour optimiser le déploiement de la main-d'œuvre en médecine d'urgence spécialisée. Elle regroupe les départements d'urgence en trois grands axes : 1- centres tertiaires et de formation, 2-pôles régionaux et autres centres tertiaires 3-départements régionaux d'importance. Cette classification permet d'appuyer les plans présentés. Nous proposons l'ajout de 50 PEMs pour l'exercice 2017-2020.

INTRODUCTION

Depuis sa reconnaissance, en 1999, la spécialité en médecine d'urgence n'a cessé de prendre une place grandissante dans les soins aigus prodigués aux patients ainsi que dans l'organisation des soins d'urgence au Québec. Les membres de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ), qui ont une formation spécialisée en médecine d'urgence et ont tous choisi de faire carrière dans ce domaine, ont d'ailleurs été impliqués au sein de plusieurs démarches supportant l'amélioration de la pratique et de l'organisation des soins d'urgence depuis la reconnaissance de la spécialité. Suite à l'expérience cumulée et à certaines consultations, l'Association a décidé de proposer ce plan d'effectifs médicaux afin de mieux rencontrer les besoins populationnels.

Ce plan d'effectifs représente l'un des volets associés au développement de la médecine d'urgence spécialisée au Québec. L'objectif principal de ce document est d'illustrer et de proposer la mise à profit de l'expertise de l'Association dans l'organisation des différentes sphères de la médecine d'urgence, et ce, autant au chapitre du contact direct avec les patients qu'au niveau du support à la gestion du réseau des services d'urgence au Québec.

Au cours des premières années suivant la reconnaissance de la spécialité, les membres ont pu consolider leur présence dans les grands centres tertiaires et pôles régionaux. Ils ont pu y créer des pôles de formation plus avancée et améliorer ceux qui étaient déjà en place. Dans le milieu des années 2000, certaines surspécialités de la médecine d'urgence ont émergé et ont apporté une contribution particulière dans plusieurs domaines spécifiques (traumatologie, toxicologie, préhospitalier, pédiatrie, soins intensifs, médecine hyperbare, médecine aéroportée).

Il faut toutefois reconnaître que les implications et les impacts étaient parfois limités par le nombre plutôt restreint de membres de l'Association, laquelle est progressivement passée de 100 à 130 membres au cours des 13 premières années. Plus récemment, notre Association voit graduer des cohortes de finissants plus importantes, ce qui nous permet de compter sur un rehaussement du nombre de membres, lequel passera à 155 en 2016 et à 190 en 2020. (en considérant l'attrition et le maintien des postes de formation).

LES BESOINS

L'ASMUQ a avantage à mieux présenter son offre de service au sein du réseau. Cette offre ne devrait pas être restreinte aux seuls départements d'urgence, mais se refléter dans les différents aspects d'organisation des soins d'urgence touchant l'ensemble du réseau québécois de la santé.

L'impact de l'influence des spécialistes en médecine d'urgence dans l'organisation et la qualité des soins prodigués aux patients se trouve optimisé lorsqu'il leur est possible d'influencer les décisions au niveau des processus, des services, des départements, des hôpitaux ou du réseau dans son

ensemble. Les quatre principaux niveaux d'impact du spécialiste en médecine d'urgence se situent d'abord dans :

- l'excellence de sa pratique médicale basée sur une formation poussée dans les différentes sphères de la médecine d'urgence
- la gestion locale des départements, des services au sein des établissements ;
- l'enseignement et la recherche ;
- l'implication au niveau national au sein des programmes de services et des comités directeurs ou consultatifs de gestion ou de suivi du réseau (ex. : implication à la Direction nationale des urgences (DNU)).

Notre réseau est en constante évolution. Les annonces récentes du Ministre de la Santé concernant la mobilisation des médecins de famille hors des milieux hospitaliers auront un impact majeur sur la main-d'œuvre dans les départements d'urgence. Nos membres désirent plus que jamais mettre l'épaule à la roue et contribuer à améliorer l'offre de services à la population.

À la suite de nos discussions avec la DNU, nous avons compris que la gestion intégrée des départements et l'optimisation de la fluidité des processus de soins sont les priorités du Ministère. En plus de souscrire à ces orientations, l'Association s'engage à soutenir le Ministère dans les différentes actions qu'il entend mettre en place à ce chapitre et à participer activement à la réalisation des objectifs qui seront définis. Parallèlement, il ne faut pas non plus oublier le développement des autres aspects de la médecine d'urgence où notre Association pourrait présenter un impact sur la gestion globale de celle-ci. Nous proposons d'ailleurs un bref aperçu de ces différents aspects dans les sections suivantes.

NOTRE EXPÉRIENCE

Le développement de plusieurs pôles de formations de grandes qualités, de la mise en place de nombreux programmes de sur-spécialités afin de desservir des populations régionales, de l'implication grandissante de plusieurs de nos nouveaux gradués dans des milieux dit plus 'périphériques' nous a amené à plusieurs constatations. Ainsi, l'Association s'appuie sur ces expériences, entre autre, pour élaborer l'argumentaire visant le rehaussement des effectifs :

1. Un seuil minimal de 3 spécialistes en médecine d'urgence par service d'urgence est préférable afin de permettre l'implantation et le maintien d'améliorations concrètes dans un laps de temps raisonnable ;
2. Suite à l'arrivée de nouveaux spécialistes en médecine d'urgence dans un département, une période de temps est nécessaire afin d'acquérir le soutien de ses collègues ;
3. Dans les cas de spécialistes en médecine d'urgence nouvellement gradués, une période minimale est nécessaire pour une implantation et une intégration cohérentes;
4. Tous les spécialistes en médecine d'urgence ont les capacités et la responsabilité de supporter et d'offrir une aide minimale à tout chef de département d'urgence au Québec. Une majorité de nos membres ont les aptitudes pour œuvrer dans un poste de gestion pendant leur carrière.

LA VALEUR AJOUTÉE DES SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE

Nous tenons à présenter quelques réflexions sur un sujet qui contribue à une mauvaise compréhension de notre discipline. En effet, plusieurs méprises, dont certaines relèvent presque de la légende urbaine, persistent quant à la dualité de pratique clinique, laquelle repose sur des médecins spécialistes et sur des médecins de famille.

Ainsi, plusieurs aspects distinguent significativement le spécialiste en médecine d'urgence par rapport à ses collègues omnipraticiens. Mentionnons ici notamment :

1. Formation exclusive en médecine d'urgence et en spécialités connexes pendant 5 ans (versus 2 mois en médecine familiale et jusqu'à 14 mois pour l'année complémentaire de formation en médecine d'urgence (MU3)), procurant une expertise clinique unique en médecine d'urgence ;
 - a. Exposition clinique à des patients à pathologies complexes lors des années de formation
 - b. Exposition significative à la traumatologie tertiaire, la gestion de désastre, la toxicologie, la médecine préhospitalière, l'échographie ciblée et la pédiatrie ;
 - c. Apprentissage de la méthodologie de la recherche en médecine d'urgence ;
 - d. Apprentissage de la gestion des départements d'urgence.
2. L'engagement personnel par rapport à la médecine d'urgence se traduisant par une volonté d'améliorer son milieu reposant sur une vision d'implication à long terme en médecine d'urgence. Ce volet, des plus importants, est souvent méconnu de la part des planificateurs du réseau. Cette « permanence » d'intérêt permet de soutenir à long terme les milieux cliniques et d'établir une constance dans les processus que seule une carrière engagée permet de faire.
3. La notion de « carrière en médecine d'urgence ». Les spécialistes en médecine d'urgence vont orienter toute leur vie professionnelle au service des soins d'urgence. Comme nous venons d'en discuter, leur implication représente un investissement à long terme. Le spécialiste en médecine d'urgence apportera une présence longitudinale accrue par rapport à ses collègues omnipraticiens qui délaissent, ou à tout le moins diminuent, leurs présences dans les salles d'urgence après quelques années de pratique.
4. Une formation exposant à la plupart des corridors de services établis dans les centres universitaires lui permettant de mieux faire le lien avec des centres périphériques.
5. La sélection de nos résidents entrant dans nos formations inclut une grande part d'évaluation de leadership. Nous croyons que ces attributs ne peuvent qu'être bénéfiques une fois que le développement d'un spécialiste en médecine d'urgence arrive à sa pleine maturité.
6. La grande majorité des résidents en médecine d'urgence spécialisée finissent leur formation de 5 ans avec une pointe d'expertise (échographie ciblée, médecine pré-hospitalière, gestion, recherche) qu'ils pourront enseigner à leurs collègues une fois leur pratique débutée.

Pour assurer cet impact, il faut évidemment pouvoir compter sur un rehaussement d'effectifs, lequel pourrait, de façon réaliste, correspondre à une augmentation de la cohorte globale du nombre de médecins spécialistes en médecine d'urgence d'environ dix (10) par année (incluant l'attrition). Notre association évalue entre 190 et 200 le nombre de médecins spécialistes en médecine d'urgence au terme du prochain plan quinquennal en 2020.

RÉPARTITION DE NOS MEMBRES

La définition des plans d'effectifs médicaux (PEM) en médecine d'urgence fut parfois source de débats et même de divergences entre les membres de l'Association et les gestionnaires du réseau. Au-delà des apparentes divergences, nous estimons qu'il serait pertinent d'évaluer l'équilibre entre les effectifs en place, les besoins populationnels, la capacité des membres de notre Association à répondre aux besoins (limitée par notre nombre) et les orientations à développer afin d'assurer une meilleure réponse à ces besoins, tout en respectant les objectifs propres à nos organisations respectives.

Au chapitre de la répartition actuelle des membres de notre Association, concernant les postes officiellement ou officieusement signés et les PEM disponibles 2016, notons que ceux-ci (147 membres) sont principalement déployés dans plusieurs établissements hospitaliers dont la majeure partie est à vocation universitaire. À noter que 8 membres occupent des postes de gestion sans PEM et que certains autres (nouveaux gradués) sont en formation de surspécialisation (*fellowship*) dans différents domaines. La répartition actuelle s'établit actuellement en respect de cette déclinaison (tableau 1). Le tableau 2 présente les résidents en formation au moment d'écrire ses lignes.

Afin de mieux soutenir les objectifs communs précédemment décrits, l'Association propose une nouvelle façon d'identifier les sites où l'installation de médecins spécialistes en médecine d'urgence serait reconnue comme pertinente et bénéfique pour le réseau. À cet égard, nous suggérons d'identifier les établissements selon leurs fonctions au sein du réseau des soins, et ce, qu'ils soient régionaux ou suprarégionaux. Nous retrouvons donc au sein des établissements priorités ceux qui ont une vocation de centres tertiaires ainsi que ceux qui occupent une fonction de pôles régionaux ou de centres périphériques importants. De façon à mieux illustrer notre proposition et à minimiser l'effet distrayant induit par certaines dispositions historiques, nous incluons à notre proposition les centres qui, selon nous, pourraient bénéficier de la présence de nos membres et excluons d'emblée ceux où nos membres ont obtenu leur PEM par le biais d'une « clause grand-père » et pour lesquels une présence reposant sur une entente négociée est moins pertinente (exemple : Sorel, Val d'Or). Afin d'illustrer notre proposition, nous soumettons le modèle de répartition suivant (section suivante).

Tableau 1. Répartition des effectifs et PEM 2016

Établissement	Installation	PEM 2016	Effectifs en place 15-11-20	Postes vacants (signés)
01 CISSS DU BAS ST-LAURENT	Hôpital régional de Rimouski	1	1	0
02 CIUSSS DU SAGUENAY - LAC ST-JEAN	Hôpital de Chicoutimi	5	5	0
03 CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL	CHU de Québec - Université Laval	28	28(30)	0
03 IUCP- UNIVERSITÉ LAVAL	IUCP -Université Laval	0	1(1)	0
04 CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	3	1	2
	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	1	0
05 CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS	CHUS	8	6	2(2)
06 CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	CHUM	6	7	0
06 CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	CUSM	20	23	0
06 CIUSSS DE L'EST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	4	2	1(1)
	Hôpital Santa Cabrini	0	1	0
06 CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Centre hospitalier de St-Mary	2	2	0
	Hôpital général du Lakeshore	1	1	0
06 CIUSSS DU NORD-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	14	15	0
06 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital général juif	14	12	2(2)
06 INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	Institut de cardiologie de Montréal	2	2	0
07 CISSS DE L'OUTAOUAIS	Hôpital de Gatineau et Hôpital de Hull	2	1	1
08 CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	Hôpital Val-d'Or	2	1	1
12 CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	Hôtel-Dieu de Lévis	11	12(13)	0
13 CISSS DE LAVAL	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	6	4	2
14 CISSS DE LANAUDIÈRE	Centre hospitalier régional de Lanaudière	4	2(1)	1
	Hôpital Pierre-Le-Gardeur	2	0	2
15 CISSS DES LAURENTIDES	Hôpital de Saint-Eustache	2	1	1(1)
	Hôpital régional de Saint-Jérôme	2	2	0
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE	Hôpital Charles-LeMoine	6	6	0
	Hôpital du Haut-Richelieu	2	0	2(1)
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	Hôpital Honoré-Mercier	2	0	2(1)
	Hôpital Pierre-Boucher	3	2	1(1)
	Hôtel-Dieu de Sorel	1	1	0
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	Centre-Hospitalier Anna-Laberge	2	1	1
	Hôpital du Suroît	1	0	1
TOTAL GÉNÉRAL		156	147	22 (13 disponibles)

Tableau 2. Résidents en formation

	Université Laval	Université de Montréal	Université McGill
R1 (2020)	4	5	3
R2 (2019)	5	6	3
R3 (2018)	3	4	4
R4 (2017)	5	4	3
R5 (2016)	5	3	4
TOTAL	22	22	17
GRAND TOTAL : 61			

Classification des départements d'urgence pour l'optimisation de la répartition des effectifs médicaux en médecine d'urgence spécialisée

1) Centres tertiaires avec programme de formation en médecine d'urgence spécialisée dont l'implication des candidats est définie au sein des activités suivantes (6 centres)

- Gestion des départements d'urgence et intégration avec la gestion des autres départements en respect d'un concept de fluidité et de performance globale ;
- Implication au niveau des structures organisationnelles de l'hôpital ;
- Développement de corridors de transfert pour les services tertiaires accessibles définis par les différents RUIS ;
- Organisation et gestion du programme de résidence en médecine d'urgence spécialisée ;
- Enseignement et formation des étudiants et des résidents (de notre spécialité et des autres spécialités) ;
- Développement et participation aux activités de recherche ;
- Développement des protocoles de soins pouvant servir de référence pour les autres centres du Québec ;
- Participation dans divers comités à travers les hôpitaux ;
- Point de référence dans le domaine de la médecine d'urgence et de ses surspécialités (comités RUIS, provinciaux et nationaux).

2) Centres tertiaires sans programme de formation en médecine d'urgence spécialisée, pôles régionaux et centres périphériques importants (25 centres)

Notre implication à l'intérieur de ces centres peut varier selon les besoins et le volume de patients, des membres déjà présents et de leur expérience, mais notre implication peut être essentiellement définie selon l'importance et l'expérience des effectifs présents :

- A. Groupes de médecins spécialistes en médecine d’urgence au-delà de 3 membres, présents depuis plusieurs années, permettant l’implication de nos membres à une multitude de niveaux ainsi que dans plusieurs aspects de la gestion des départements d’urgence et réalisant essentiellement les mêmes rôles que leurs collègues des centres tertiaires, mais avec une ampleur différente. Il est à noter que ces centres sont quand même des centres de formation importants pour la médecine familiale et les autres spécialités.
- B. Groupes de médecins spécialistes en médecine d’urgence de petit nombre (1 à 3), récemment gradués et s’implantant graduellement dans leur milieu ;
- C. Aucune présence de médecin spécialiste en médecine d’urgence, mais les besoins de ces centres et/ou le volume et la lourdeur des patients justifient la présence de spécialistes en médecine d’urgence.

Tableau 3. Classification des départements d’urgence

1- Centres tertiaires avec programme de formation en médecine d’urgence spécialisée		1. CHUM
		2. CHUQ
		3. CUSM
		4. Hôtel-Dieu de Lévis
		5. Hôpital du Sacré-Cœur
		6. Hôpital Général Juif
2- Centres tertiaires sans programme de formation, Pôles régionaux et centres périphériques importants	A. Groupes avec 3 membres ou plus déjà présents	1. Chicoutimi
		2. CHUS
		3. Cité-de-la-Santé
		4. HMR
		5. Hôpital Charles-Lemoyne
	B. Groupes avec moins de 3 membres	6. Anna-Laberge
		7. Hull/Gatineau
		8. ICM
		9. Institut de cardiologie et pneumologie de Québec
		10. Joliette
		11. Pierre-Boucher
		12. Rimouski
		13. Shawinigan
		14. St-Eustache
		15. St-Jérôme
		16. St-Mary’s
	C. Groupes sans membre	17. Drummondville
		18. Lakeshore
		19. Le Gardeur
		20. Santa-Cabrini
		21. Ste-Hyacinthe
		22. St-Jean-sur-Richelieu
		23. Trois-Rivières

PLAN QUINQUENNAL 2017-2020

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Pour assurer un impact significatif, nous croyons que trois aspects doivent être priorisés :

- 1) Le déploiement de nos membres dans des équipes minimales de trois médecins pour tous les pôles régionaux/centres périphériques importants démontrant des besoins urgents de rehaussements/améliorations.
- 2) Le renforcement des différents centres tertiaires qui n'ont vu pratiquement aucun ajout d'effectifs malgré l'accroissement de leurs responsabilités dans plusieurs domaines dont l'augmentation marquée de la demande en formation, le support assuré aux milieux périphériques et la mise en place de corridors intégrés d'accès aux services spécialisés et surspécialisés. Nous noterons ici le nouveau CHUM qui pourrait bénéficier de l'apport important que pourrait amener un nombre supplémentaire de spécialistes en médecine d'urgence.
- 3) Le déploiement de nos membres dans tous les pôles régionaux/centres périphériques importants ayant des volumes significatifs de patients/ambulances et proportionnellement aux volumes/importances de leurs établissements respectifs.

Afin d'assurer une cohérence des orientations définies par l'Association et celles avancées par le Ministère de la santé et des services sociaux, nous proposons ici de partager quelques priorités aptes à bénéficier aux deux organisations et en respect de l'amélioration de la qualité des services prodigués à la population.

Priorité #1 : Déploiement de nos membres dans les pôles régionaux/centres périphériques démontrant des besoins prioritaires

L'Association propose ici de travailler de concert avec le Ministère afin d'identifier les centres plus problématiques en termes de temps de séjour, de processus intra-urgence (throughput) et de fluidité face à l'accès aux lits, qui pourraient bénéficier d'un rehaussement des processus et de la gestion de leur département d'urgence. Nous croyons que la priorité devrait être donnée à ces centres.

Parmi les établissements qui ont déjà fait objet d'évaluation par la Direction nationale des urgences et qui peinent à maintenir les améliorations, nous retenons : Le Gardeur, St-Eustache, Anna-Laberge, Lakeshore, HMR, Joliette, St-Jean-sur-Richelieu.

Priorité #2 : Renforcement des différents centres universitaires

Nos différents pôles de formation ont vu naître un grand nombre de nouveaux étudiants et résidents en formation. Les nombreux programmes et offres de services ont dû être absorbés par des équipes ne se voyant attirer aucun nouveau membre. Avec l'ouverture prochaine du nouveau

CHUM, l'accroissement considérable de l'implication du CHUQ/Hôtel-Dieu-de-Lévis dans des programmes de surspécialisation (toxicologie, préhospitalier, pédiatrie, traumatologie, échographie, recherche, etc.), les nombreux défis entourant le nouveau CUSM et le déploiement de la nouvelle urgence de l'Hôpital Général Juif, nous croyons que ces différents centres devraient pouvoir accroître graduellement leurs nombres de PEM afin d'assurer la relève et le maintien des acquis, supporter le programme de recherche et d'enseignement, participer au développement des pratiques, supporter la concrétisation de la hiérarchisation des soins et assurer l'intégration au nouveau modèle d'organisation du réseau avec la création des CIUSSS. Le rehaussement proposé serait graduel en fonction d'un membre/année/pôle de formation, laissant ainsi près de 3 nouveaux gradués/centre pour s'installer dans les pôles régionaux/centres périphériques.

Priorité #3 : Déploiement de nos membres dans tous les pôles régionaux/centres périphériques

Ultimement, l'Association est d'avis que la médecine d'urgence spécialisée doit être présente dans tous les centres d'importance ou occupant une place régionalement stratégique au sein du réseau de la santé du Québec.

L'Association est convaincue que la concrétisation de ces 3 priorités représente une démarche positive envers l'amélioration de la qualité des soins d'urgence ainsi qu'à leur accès ainsi qu'un appui aux orientations de qualité, d'intégration et de continuité que poursuit le Ministère de la santé et des services sociaux. Des priorités devront cependant être établies pour les 5 prochaines années, nos effectifs étant trop restreints pour pouvoir se déployer dans tous les centres d'importances. Étant donné le nombre limité de nouveaux gradués par année ainsi que de l'attrition, nous croyons pouvoir atteindre ces objectifs dans un délai de 10 ans.

Nous avons établi un tableau de déploiement (Annexe 1) de notre spécialité en appliquant les nombres minimums pour les différents centres hospitaliers compte tenu de leurs statuts et des demandes qui nous ont été véhiculées. Nous arrivons à un total de 206 postes. Nous nous en remettons donc au Ministère afin d'établir les priorités au cours des 5 prochaines années. Nous sommes bien sûr disposés à collaborer à cet exercice.

CONCLUSION

L'optimisation des soins d'urgence au Québec passe par une gestion intégrée des départements et par l'optimisation de la fluidité de l'ensemble des processus de soins. Les spécialistes en médecine d'urgence veulent déployer leur expertise à ces niveaux à travers l'ensemble des centres québécois qui peuvent le plus en bénéficier. Le rehaussement de nos cohortes de finissants nous permet maintenant de contempler la possibilité de se coordonner avec le Ministère afin de répondre aux besoins populationnels partout où cela est nécessaire, tout en maintenant le développement et la formation de nombreux spécialistes en médecine d'urgence.

L'Association est disposée à discuter, développer et supporter des mesures pouvant rehausser les soins d'urgence au Québec. Nous croyons que notre expertise et notre engagement de carrière face à la médecine d'urgence peuvent et doivent être mis à profit.

Le conseil d'administration de l'ASMUQ

ANNEXE 1 - Plan 2017-2020

Établissement	Installation	PEM 2016	Effectifs en place	PEM 2017-2020
01 CISSS DU BAS ST-LAURENT	Hôpital régional de Rimouski	1	1	3
02 CIUSSS DU SAGUENAY - LAC ST-JEAN	Hôpital de Chicoutimi	5	5	6
03 CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL	CHU de Québec - Université Laval	28	28(30)	33
03 IUCP- UNIVERSITÉ LAVAL	IUCP -Université Laval	0	1(1)	3
04 CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	3	1	3
	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie	0	1	1
05 CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS	CHUS	8	6	8
06 CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	CHUM	6	7	11
06 CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	CUSM	20	23	25
06 CIUSSS DE L'EST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	4	3	7
	Hôpital Santa Cabrini	0	1	1
06 CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Centre hospitalier de St-Mary	2	2	3
	Hôpital général du Lakeshore	1	1	3
06 CIUSSS DU NORD-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	14	15	17
06 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ILE-DE-MONTRÉAL	Hôpital général juif	14	12	15
06 INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL	Institut de cardiologie de Montréal	2	2	3
	Hôpital de Gatineau et Hôpital de Hull	2	1	3
07 CISSS DE L'OUTAOUAIS	Hôpital Val-d'Or	2	1	1
12 CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	Hôtel-Dieu de Lévis	11	12(13)	13
13 CISSS DE LAVAL	Hôpital de la Cité-de-la-Santé	6	4	7
14 CISSS DE LANAUDIÈRE	Centre hospitalier régional de Lanaudière	4	2(1)	4
	Hôpital Pierre-Le-Gardeur	2	0	3
15 CISSS DES LAURENTIDES	Hôpital de Saint-Eustache	2	1	3
	Hôpital régional de Saint-Jérôme	2	2	3
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE	Hôpital Charles-LeMoine	6	6	8
	Hôpital du Haut-Richelieu	2	0	3
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	Hôpital Honoré-Mercier	2	0	3
	Hôpital Pierre-Boucher	3	2	3
	Hôtel-Dieu de Sorel	1	1	1
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	Centre-Hospitalier Anna-Laberge	2	1	3
	Hôpital du Suroît	1	0	3
TOTAL GÉNÉRAL		156	147	206

