



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Orientations ministérielles

Qualification de la main-d'œuvre médicale

Septembre 2019

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89176-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE.....	2
PORTAIT ACTUEL DE LA MÉDECINE D'URGENCE AU QUÉBEC.....	2
Tableau 1 – Portrait actuel des installations québécoises d'urgence	2
RAPPORT TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL.....	6
MÉDECINS DE FAMILLE AVEC FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE D'URGENCE.....	7
SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE.....	8
Tableau 2 – Proportion de spécialistes en médecine d'urgence par 100 000 habitants.....	8
CONCLUSION	9
ANNEXE – Catégorisation des urgences	10

INTRODUCTION

Publiées en avril 2017, les orientations ministérielles sur la quantification de la main-d'œuvre médicale ont répondu à l'épineuse question visant à connaître le nombre de médecins dont le Québec a besoin dans ses urgences. Première analyse du genre, ces orientations permettent de quantifier le travail des médecins d'urgence, qui ont une tâche et un horaire uniques comparativement aux autres médecins.

Les travaux présentés ici sont une suite logique. Ils aideront à planifier la formation de la main-d'œuvre médicale et à s'assurer d'une répartition judicieuse des expertises. Au Québec et au Canada, nous retrouvons trois types de formation médicale aboutissant à un travail dans les urgences :

1. **Formation en médecine familiale** : permet un travail diversifié et une pratique mixte entre les services d'urgence, la prise en charge, l'hospitalisation ou d'autres champs de pratique.
2. **Formation complémentaire en médecine d'urgence** : consiste en une année complémentaire de formation en médecine d'urgence pour les finissants en médecine familiale permettant de consolider les acquis de la résidence pour acquérir les aptitudes à prodiguer des soins d'urgence plus avancés.
3. **Formation en médecine spécialisée d'urgence** : consiste en une résidence spécialisée de cinq ans permettant d'acquérir des compétences cliniques larges pour toutes les situations d'urgence ainsi que des compétences dans des domaines de pointe, en plus de contribuer au développement de la médecine d'urgence.

Cette pléthore de formations complexifie la gestion de la répartition des effectifs médicaux. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) calculé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se divise entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, dans deux systèmes d'octroi différents. Les plans des effectifs médicaux (PEM) en spécialité d'urgence proviennent de la reconnaissance de la spécialité en 1999 et n'ont jamais été analysés d'un point de vue des besoins populationnels.

MÉTHODOLOGIE

L'analyse présentée a été préparée par un comité consultatif qui regroupe des partenaires représentant les réalités de la médecine d'urgence québécoise. Une enquête auprès des établissements a été conduite pour dresser un portrait actuel de la répartition de la main-d'œuvre médicale. Une revue de littérature sur différents concepts ainsi que la collaboration de l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) ont également contribué aux positions présentées dans le présent document. Ces orientations seront utilisées pour planifier les PEM et le besoin des postes de résidence pour la formation complémentaire en médecine d'urgence et en spécialité d'urgence.

PORTAIT ACTUEL DE LA MÉDECINE D'URGENCE AU QUÉBEC

Pour mettre les balises à une uniformisation de la qualification de la main-d'œuvre médicale, nous devons d'abord catégoriser les installations de la province. En lien avec le *Guide de gestion de l'urgence* de 2006, une catégorisation actualisée est présentée. Nous retrouvons donc cinq catégories d'installations, allant de primaire à tertiaire¹. Pour les besoins du présent document, nous ne présentons pas les différentes catégories des installations de niveau primaire (voir l'annexe). Nous avons plutôt ajouté, en congruence avec la réalité des services d'urgence de ces installations, une catégorisation permettant de dichotomiser les installations de niveau primaire, soit celles recevant des ambulances (1a) et celles recevant uniquement une clientèle ambulante (1). Durant les mois de juillet et d'août 2018, la Direction des services d'urgence a sondé l'ensemble des établissements pour tenter de dresser un tableau le plus réaliste possible de la main-d'œuvre dans les services d'urgence québécois. Ce tableau recense le nombre d'ETP déclaré par les établissements et calculé par le MSSS ainsi que la formation des médecins qui travaillent à l'urgence. Il importe de spécifier que, dans le tableau présenté, les ETP calculés par le MSSS et déclarés par les établissements représentent uniquement le nombre de médecins à l'urgence. Il exclut les tâches connexes et autres activités hospitalières.

Tableau 1 – Portrait actuel des installations québécoises d'urgence

Établissement	Installation	Niveau	ETP MSSS 2017	ETP déclarés par étab. sept. 2018	Nbre MU3 sept. 2018	Nbre MU5 sept. 2018	PEM MU5 2017-2020
CISSS Bas-Saint-Laurent	Métis	1a	7,5	5,35	0		2
	Grand-Portage	2a	8,8	7,56	2		
	Les Basques	1	7,2	6,27	0		

¹ MSSS, *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, 2006.

Établissement	Installation	Niveau	ETP MSSS 2017	ETP déclarés par étab. sept. 2018	Nbre MU3 sept. 2018	Nbre MU5 sept. 2018	PEM MU5 2017-2020
	Matane	1a	7,2	5,02	0		
	NDDL + Pohénégamook	1a	14,4	13,71	0		
	La Pocatière (NDF)	1a	7,3	7,67	0		
	Rimouski	2b	12,9	12,86	1	1	
	Total		65,3	58,44	3	1	
CIUSSS Saguenay–Lac-Saint-Jean	Alma	2a	11,3	9,68	2		5
	Chicoutimi	3	23,2	20,97	16	5	
	Dolbeau	1a	8,1	7,85	0		
	La Baie	1a	7,2	*	*		
	Jonquière	1a	10,8	*	*		
	Roberval	2a	9,9	*	*		
Total		70,5	38,50	18	5		
CIUSSS Capitale-Nationale	Portneuf	1a	15,1	18,88	15		0
	Saint-Marc-des-Carières	1a					
	Chauveau	1	11,4	5,71			
	Jeffrey Hale	1	8,6	5,16			
	Sainte-Anne-de-Beaupré	1a	7,4	7,30			
	Baie-Saint-Paul	1a	7,2	3,94			
	La Malbaie	1a	7,2	2,38			
	Total		56,9	43,37			
CHU de Québec	Saint-Sacrement	3	13,4	13,30	13	1	27
	Saint-François d'Assise		17,6	19,07	18	2	
	Enfant-Jésus		28,1	22,26	12	14	
	CHUL		32,1	22,51	18	9	
	Hôtel-Dieu de Québec		9,0	8,37	11	0	
	Total		100,2	85,51	72	26	
IUCPQ	–	3	11,6	14,59	6	1	2
CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec	Trois-Rivières	3	33,1	30,46	12	3	7
	Cloutier-du Rivage	1					
	Nicolet (Christ-Roi)	1a	8,5	*	0		
	Fortierville	1a	7,2	*	0		
	La Tuque (HSM)	1	7,2	6,91	*		
	Shawinigan (Centre-Mauricie)	2a	12,8	3,81*	1		
	Sainte-Croix (Drummondville)	2b	18,2	18,88	4		
	Arthabaska (Victoriaville)	2a	16,0	13,65	*		
	Avellin-Dalcourt	1	9,6	5,05	0		
	Total		112,6	74,95	17	3	
CIUSSS de l'Estrie	Granby (Haute-Yamaska)	2a	15,1	16,50	5		8
	Coaticook	1	7,2	6,66	0		
	Asbestos (Des Sources)	1a	7,4	7,38	0		
	Memphrémagog	1a	9,7	10,16	0		
	Lac-Mégantic (Granit)	1a	7,2	7,14	0		
	Brome-Missisquoi (La Pommeraie)	2a	11,4	11,66	3		

Établissement	Installation	Niveau	ETP MSSS 2017	ETP déclarés par étab. sept. 2018	Nbre MU3 sept. 2018	Nbre MU5 sept. 2018	PEM MU5 2017-2020
	Fleurimont (CHUS)	3	41,8	35,86	18	8	
	Hôtel-Dieu (CHUS)	3					
	Total		99,8	95,36	26	8	
CIUSSS Ouest-de-l'Île-de-Montréal	St. Mary	2b	15,6	16,15	18	1	5
	La Salle	2a	11,1	*	2		
	Lakeshore	2b	19,1	21,53	11	2	
	Institut en santé mentale Douglas	–	7,2	–	0		
	Total		53,0	37,68	31	3	
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Hôpital général Juif	3	40,8	27,80		15	14
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Notre-Dame	2b	12,8	20,53	6	1	2
	Verdun	2b	18,3	23,23	5		
	Total		31,1	43,76	11	1	
CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal	Sacré-Cœur	3	27,2	24,07	8	16	15
	Jean-Talon	2a	14,8	13,33	6		
	Fleury	2a	13,3	13,31	3		
	Pavillon Albert-Prévost	–	7,2		0		
	Total		62,5	50,71	17	16	
CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal	Maisonnette-Rosemont	3	30,2	37,45	13	7	7
	Santa Cabrini	2b	19,7				
	Institut santé mentale	–	7,2				
	Total		58,4	37,45	13	7	
CHUM	–	3	26,3	31,42	30	8	7
CUSM	Royal Victoria + Général de Montréal	3	35,9	36,84	28	22	23
	Montréal pour enfants	3	29,2	20,23			
	Campus Lachine	1a	7,5	9,84			
	Total		72,6	66,91	28	22	
Institut de cardiologie de Montréal	–	3	8,0	14,59	6	2	3
CHU Sainte-Justine	–	3	33,9	22,44	–	–	–
CISSS de l'Outaouais	Fort-Coulonge	1	7,2	15,75			3
	Petite-Nation	1	4,4				
	Papineau	1a	8,5				
	Gatineau	2b	31,4	29,28		1	
	Hull	2b					
	Maniwaki	1a	7,2	8,41			
	Pontiac	1a	7,2	6,41			
	Wakefield	1a	7,2	7,62			
	Total		73,1	67,47	–	1	
CISSS Abitibi-Témiscamingue	Rouyn-Noranda	2a	11,0	5,00			2
	Amos	2a	9,6	5,95			
	La Sarre	1a	7,2	6,59			
	Val-d'Or	2a	12,8	11,14	1	1	
	Pavillon Sainte-Famille	1	7,2	4,20			

Établissement	Installation	Niveau	ETP MSSS 2017	ETP déclarés par étab. sept. 2018	Nbre MU3 sept. 2018	Nbre MU5 sept. 2018	PEM MU5 2017-2020
	Kipawa	1	7,2	*			
	Total		55,0	32,88	1	1	
CISSS de la Côte-Nord	Blanc-Sablon (Basse-Côte-Nord)	1a	7,2	À venir			0
	Havre-Saint-Pierre (Minganie)	1a	7,2				
	Fermont (Hématite)	1a	7,2				
	Port-Cartier	1a	7,2				
	Sept-Îles	2a	9,9				
	Baie-Comeau (Le Royer)	2a	9,1				
	Les Escoumins	1a	7,2				
	Forestville	1a	7,2				
	Total		62,2	–	–	0	
	CISSS de la Gaspésie	Grande-Vallée	1a	7,2	3,73		
Murdochville		1a	7,2				
Paspébiac		1a	7,2	6,74			
Chandler		1a	7,2	7,46			
Maria		1a	7,3	7,22			
Sainte-Anne-des-Monts		1a	7,2	6,98			
Hôtel-Dieu de Gaspé		1a	7,2	7,14			
Total			50,5	39,27	–	0	
CISSS Îles-de-la-Madeleine	–	1a	8,0	4,97	1		
CISSS Chaudière-Appalaches	Montmagny	1a	13,5	12,31	3		12
	Saint-Georges de Beauce	2a	14,9	15,21	12		
	Thetford	2a	15,9	10,15	4		
	Lévis	3	29,4	26,33	19	14	
	Charny	1	17,6	7,00	3	1	
	Total		91,3	71,00	41	15	
CISSS de Laval	Cité-de-la-Santé	2b	34,8	29,91	10	6	7
CISSS de Lanaudière	Le Gardeur	2b	27,3	31,96	14	1	9
	Joliette	2b	29,8	25,85	12	5	
	Total		57,1	57,81	26	6	
CISSS des Laurentides	Rivière-Rouge	1a	7,2	5,00	20		7
	Argenteuil	1a	8,3	8,05			
	Mont-Laurier	1a	7,7	6,08			
	Laurentien	2a	13,1	18,68			
	Saint-Eustache	2b	21,0	27,87	17	2	
	Saint-Jérôme	2b	23,7	30,99	12	2	
	Total		81,0	96,67	49	4	
CISSS Montérégie-Centre	Charles-Le Moyne	3	34,5	23,44	24	6	10
	Haut-Richelieu	2b	27,4	27,37	13	2	
	Total		61,9	50,81	37	8	
CISSS Montérégie-Est	Pierre-Boucher	2b	24,4	21,08	16	3	6
	Hôtel-Dieu de Sorel	2a	14,3	13,49	10	1	
	Honoré-Mercier	2b	19,0	16,53	13		

Établissement	Installation	Niveau	ETP MSSS 2017	ETP déclarés par étab. sept. 2018	Nbre MU3 sept. 2018	Nbre MU5 sept. 2018	PEM MU5 2017-2020
	Total		57,7	51,10	39	4	
CISSS Montérégie-Ouest*	Anna-Laberge	2b	18,8			1	4
	Suroît	2b	17,8	13,60		1	
	Barrie Memorial	1a	8,7				
	Total		45,3	13,60	–	2	
Total global			1 581,4	1 258,97	497	163	187

* Données non transmises par les établissements ou incomplètes.

RAPPORT TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL

Les départements d'urgence des établissements de régions peuplées sont des entités hospitalières entières. Ils sont régis par les règles départementales et leurs membres font partie intégrante de la vie hospitalière avec son lot de comités, de représentations et d'organisations. À la lecture du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être de 2016 intitulé *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences au Québec*², il est noté que les urgences performantes ont parmi leurs caractéristiques communes un leadership médical fort qui passe, entre autres, par un noyau de médecins qui pratiquent à l'urgence et s'impliquent dans les différents dossiers. Toujours en 2016, l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ) ont déposé conjointement une position sur la quantification de la main-d'œuvre médicale minimale à temps complet dans les services d'urgence³. En regardant le portrait actuel des urgences, on peut remarquer que certains milieux comparables ont des taux de médecins à temps complet variant de 50 à 95 %.

Dans un objectif de guider les directions régionales de médecine générale, le MSSS propose :

- pour les installations de niveau 1 : aucun minimum;
- pour les installations de niveau 2a : un intervalle de 20 à 40 % des équipes à temps complet (spécialistes et médecins de famille);
- pour les installations de niveau 2b : un intervalle de 40 à 60 % des équipes à temps complet (spécialistes et médecins de famille);
- pour les installations de niveau 3 : un intervalle de 60 à 80 % des équipes à temps complet (spécialistes et médecins de famille).

² Commissaire à la santé et au bien-être, *Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2016.

³ AMUQ, *La quantification de la main-d'œuvre médicale minimale à temps complet dans les services des urgences*, Québec, 2016.

MÉDECINS DE FAMILLE AVEC FORMATION COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE D'URGENCE

L'ACMU, via un groupe collaboratif, a publié en 2016 un rapport intitulé *Emergency Medicine Training and Practice in Canada: Celebrating the Past & Evolving for the Future*⁴. Ce rapport propose la notion de « patient zéro » : le premier patient d'un médecin fraîchement sorti de l'école se présentant à l'urgence devrait recevoir des soins d'excellence, peu importe le curriculum du médecin devant lequel il se présente. Il propose d'ailleurs que l'ensemble des médecins travaillant à l'urgence doive avoir une formation ou une certification en médecine d'urgence, sauf exception des urgences rurales. Le MSSS reconnaît le concept de patient zéro. Par contre, il existe un coût de formation élevé en lien avec la proposition de l'ACMU, celle-ci étant basée sur des opinions d'experts.

En 2010, une étude a été publiée sur la spécialisation en médecine familiale concernant les médecins de famille allant chercher une formation en médecine d'urgence⁵. Elle mettait en lumière certains aspects à ne pas négliger sur la formation complémentaire en médecine familiale : le danger de « spécialiser » des médecins initialement formés pour être le plus polyvalents possible. Il faut donc être prudent dans cet équilibre délicat. La formation complémentaire en médecine d'urgence a toujours eu comme objectif de former les médecins de famille voulant œuvrer à l'urgence; elle n'a jamais eu l'objectif de former des médecins de famille qui travailleraient exclusivement à l'urgence. Elle est importante pour assurer des soins de qualité aux patients, particulièrement dans les urgences à haut débit. Mais elle est également primordiale pour les milieux ruraux puisque ce sont ces médecins avec formation complémentaire qui seront les experts dans ces installations. Ils auront eux aussi le rôle de leader des équipes sur place. Nous aurons, en collaboration avec nos différents partenaires, une mission complémentaire à ces présents travaux : qualifier la « durée de vie moyenne » du travail à l'urgence par les médecins de famille avec formation complémentaire à l'urgence.

Le MSSS, concernant la formation complémentaire en médecine d'urgence, recommande :

- que chaque établissement ait des médecins de famille avec formation complémentaire en médecine d'urgence répartis dans plusieurs installations;
- que les installations de niveau 2a aient un minimum de 30 % des médecins de famille œuvrant à l'urgence avec une certification en médecine d'urgence (MU3 et MU5);

⁴ Collaborative Working Group on the Future of Emergency Medicine in Canada, "Emergency Medicine Training and Practice in Canada: Celebrating the Past & Evolving for the Future", *Canadian Journal of Emergency Medicine*, Ottawa, 2016.

⁵ Philippe Karazivan, *La médecine familiale vue par des jeunes omnipraticiens : rejet de la vocation et de la continuité des soins*, Québec, Université de Montréal, 2010.

- que les installations de niveau 2b aient un minimum de 50 % des médecins de famille œuvrant à l'urgence avec une certification en médecine d'urgence (MU3 et MU5);
- que, pour les installations tertiaires, la très grande majorité des médecins travaillant dans ces urgences à haut débit aient leur certification de médecine d'urgence (MU3 et MU5).

SPÉCIALISTES EN MÉDECINE D'URGENCE

La place des spécialistes en médecine d'urgence en est une de leader pour les soins à l'urgence eux-mêmes, mais surtout dans la gestion des équipes en place. Ils doivent être le noyau temps plein des milieux d'urgence à haut débit et prendre une place prépondérante dans les positions de gestion, d'enseignement et de recherche. À l'aide de données du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, de l'ACMU et de l'ASMUQ, le MSSS a pu dresser un portrait de la place des spécialistes en médecine d'urgence au Canada. Il n'existe pas, à notre connaissance, de données publiées concernant la proportion de médecins spécialistes ailleurs dans le monde.

Tableau 2 – Proportion de spécialistes en médecine d'urgence par 100 000 habitants⁶

Province	Nombre de spécialistes	Proportion par 100 000 habitants
Alberta	178	4,4
Colombie-Britannique	196	4,2
Manitoba	43	3,4
Nouvelle-Écosse	29	3,1
Ontario	413	3,1
Québec	170	1,9
Île-du-Prince-Édouard	2	1,4
Saskatchewan	13	1,2
Terre-Neuve-et-Labrador	3	0,6
Nouveau-Brunswick	4	0,5

⁶ ASMUQ, *Qualification des effectifs médicaux dans les installations d'urgence au Québec*, Québec, 2018

En fonction de la catégorisation des installations présentée précédemment, il est proposé d'utiliser les pourcentages suivants pour calculer les PEM en spécialité en médecine d'urgence :

- de 5 à 10 % des ETP pour les milieux de niveau 2a avec un nombre de visites annuelles de plus de 40 000/an;
- de 10 à 20 % des ETP pour les milieux de niveau 2b;
- de 30 à 40 % des ETP pour les milieux de niveau 3 (à l'exclusion des instituts de cardiologie de Québec et de Montréal);
- un ajout de 5 % pour les centres de formation en médecine d'urgence spécialisée (réseau universitaire intégré de santé [RUIS] McGill, RUIS Laval, RUIS Montréal).

En utilisant ces pourcentages, le MSSS est conscient de l'attraction importante de certains milieux, qui sont en ce moment en déficit par rapport aux données présentées. Dans un même ordre d'idées, certains milieux verront une attrition de leur nombre de postes de spécialistes. Ces pourcentages sont des idéaux à atteindre et devront progressivement être évalués en fonction de la main-d'œuvre en formation. Selon nos calculs, nous atteindrions une proportion de 2,6 médecins spécialistes d'urgence par 100 000 habitants. La transition d'octroi de PEM en spécialité d'urgence fera l'objet de travaux concertés avec la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux.

Pour les instituts de cardiologie, nous décidons pour le moment que deux spécialistes en médecine d'urgence par institut sont de mise.

CONCLUSION

Ces recommandations sont une première en la matière. Elles s'appuient sur un consensus d'experts et sur une revue de la littérature. Nous croyons à l'importance de recueillir des informations sur l'effet de celles-ci pour les améliorer et les faire évoluer en fonction de la pratique. Les modifications à appliquer dans les départements d'urgence sont à être définies dans le prochain plan quinquennal de la planification des PEM (exercice 2020-2025) et avec l'aide des décideurs, comme les directeurs des services professionnels et les directeurs régionaux de médecine générale. Il est primordial que les fédérations médicales, les gestionnaires des établissements et le MSSS travaillent ensemble pour optimiser les soins dans les urgences québécoises.

ANNEXE – CATÉGORISATION DES URGENCES

Tiré du *Guide de gestion de l'urgence*, 2006

Urgences situées dans un site hospitalier

Unités d'urgence de niveau primaire

Les unités d'urgence de niveau primaire offrent des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens. Ces installations doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique répandue ainsi que des lits d'hospitalisation. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les services de chirurgie générale et d'anesthésiologie y sont accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Les établissements dans lesquels on trouve ce type d'urgence doivent aussi posséder une unité de soins intensifs ou son équivalent.

Unités d'urgence de niveau secondaire

Dans les unités d'urgence de niveau secondaire, les services médicaux continus sont généralement assurés par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Les services d'anesthésiologie, de radiologie, de médecine interne et de chirurgie générale, de même que les services offerts par certaines spécialités médicales et chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre secondaire désigné du réseau de traumatologie, doivent y être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il doit également y avoir une unité de soins intensifs dans l'établissement.

Sauf exception, les urgences secondaires de type A ont moins de 20 civières au permis, alors que les urgences secondaires de type B ont plus de 20 civières au permis.

Unités d'urgence de niveau tertiaire

Les unités d'urgence de niveau tertiaire offrent des services médicaux continus, généralement assurés par des spécialistes en médecine d'urgence et par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique spécialisée et ultraspécialisée. L'équipe médicale en place permet d'assurer l'accessibilité des soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Urgences hors d'un site hospitalier

Urgences de première ligne

Les urgences de première ligne sont des points de service situés en dehors de sites hospitaliers, mais qui font partie des services offerts par les centres de santé et de services sociaux, à savoir les centres locaux de services communautaires, les centres d'hébergement et de soins de longue durée et les dispensaires. Dans ces points de service, un professionnel ou une équipe de professionnels s'appuyant sur des moyens adéquats offrent, dans un laps de temps convenable, des services comprenant le triage, l'accueil, l'évaluation, la stabilisation, les examens, le traitement, puis, le cas échéant, l'orientation du patient vers la ressource appropriée, en faisant appel, au besoin, aux corridors de services établis. L'établissement ne possède pas d'unité d'hospitalisation, à l'exception de quelques lits d'évaluation gériatrique. Ces urgences de première ligne se divisent en trois niveaux.

