

Thinking outside the box



Grant Innes, MD

Facing an emergency department staffing crisis, the Quebec government has devised a brilliant solution: legislation that forces doctors to work in emergency rooms on threat of “heavy financial penalties.” Normally I’m skeptical of politicians, but this time they’ve hit a home run with an innovative concept that could change the face of society — or at least the health care system. Forcing unwilling (and generally unqualified) physicians to provide emergency services is a stroke of genius: It will save politicians the hassle of actually negotiating with doctors. Some call it a dangerous precedent, but I see it as a solution for all sorts of human resource problems.

Why train expensive surgeons when we can force GPs to work in the operating room? And why insist on qualified airline pilots if a zealot with 8 hours in a Cessna can fly a 757? Imagine the cost-saving possibilities when governments tackle private sector problems. Simple legislation will replace lawyers with notary publics and architects with carpenters. Baseball players will never go on strike again; not when they realize there are whole cadres of unemployed synchronized swimmers just waiting to be legislated into the dugout.

Emergency physicians and family

physicians are different animals with different knowledge, experience and skills. How many GPs can open a chest and evacuate a knife-induced hemopericardium? But penetrating trauma aside, surely “replacement physicians” can perform the bulk of emergency work. Or can they? Can they use a slit lamp? Stop a posterior nosebleed? Measure compartment pressures in the leg? Do they know that verapamil is a poor choice for SVT with rapid ventricular response? Will they spot the trifascicular block in the syncope patient? Do they realize that the T = 0 troponin assay misses most cases of myocardial infarction and almost all cases of unstable angina? Can they isolate flexor digitorum superficialis function when evaluating a wrist laceration? Will they recognize the Maissonneuve injury — or treat it as a sprained ankle? Do they know how to place a chest tube? Painlessly? If the patient is in shock, can they vent the chest in 15 seconds? Are they competent to clear trauma C-spine films at 2 in the morning? When was the last time they restrained and sedated a violent, psychotic patient? Do they know enough to intubate the woman with thermal airway burns before it seems like airway management is necessary (and it’s too late)? Can they perform a saphenous cutdown, a femoral line, or an internal jugular in a hypotensive patient with no veins? Will they miss the ruptured spleen in the rugby

player because they believe early hemoperitoneum causes guarding and rigidity? Can they recognize blood in the basal cisterns? And do they know enough to do a lumbar puncture if there isn’t any? Do they remember that methanol poisoning can present without an anion gap — or an osmolar gap? Do they remember what an osmolar gap is, and how to calculate it? Can they do a rapid sequence intubation? Can they manage a difficult airway at all? Will they know that succinylcholine is not the best choice in a patient with hyperthermia and muscular rigidity?

Maybe the government is right: You don’t really need emergency physicians in emergency departments. Unless there are emergencies there.

CAEP President, Dr. François Bélanger, says that this legislation “will *possibly* subject the public to an increased risk of poor clinical outcomes when faced with an acute medical illness or injury.” Dr. Bélanger is a nice fellow, but he is dead wrong in this. This legislation will *definitely* lead to many poor outcomes and deaths. It is, as he says, “a convenient façade to comfort an unsuspecting public.” It will provide them with false hope and expectations when what they **need** is emergency care.

St. Paul’s Hospital, Vancouver, BC;
Editor-in-Chief, *CJEM*

Correspondence to: Dr. Grant Innes; ginn@interchange.ubc.ca

Sortir des sentiers battus

Grant Innes, MD

Confronté à une crise dans ses départements d'urgence, le gouvernement du Québec a trouvé une brillante solution : une loi qui oblige les médecins à travailler dans les salles d'urgence sous peine de « pénalités financières importantes ». Normalement, je me méfie des politiciens, mais cette fois-ci, ils ont frappé dans le mille avec un concept innovateur qui pourrait révolutionner la société actuelle ou du moins, le système de soins de santé. Le fait d'obliger des médecins réticents (et généralement non qualifiés) à assurer des services d'urgence est un coup de génie : les politiciens n'auront pas la désagréable tâche de négocier avec eux. Certains parlent de précédent dangereux. Personnellement, je vois là une solution à toutes sortes de problèmes de ressources humaines.

Pourquoi former des chirurgiens qui coûtent cher quand on peut obliger des généralistes à travailler à la salle d'urgence? Et pourquoi insister pour avoir des pilotes d'avion qualifiés si un fanatique possédant huit heures de vol sur un Cessna peut piloter un 757? Imaginez les possibilités d'économies lorsque le gouvernement s'attaquera aux problèmes du secteur privé. De simples lois permettront de remplacer des avocats par des notaires et des architectes par des menuisiers. Les joueurs de baseball ne feront jamais plus la grève lorsqu'ils se rendront compte qu'il y a des hordes de nageuses synchronisées sans travail qui attendent avec impatience qu'une loi les oblige à prendre place dans l'abri des joueurs. Les médecins d'urgence et les médecins de famille sont des bêtes

différentes, avec des connaissances, des expériences et des habiletés différentes. Combien de médecins généralistes peuvent ouvrir un thorax et évacuer un hémopéricarde causé par un coup de couteau? Mais mis à part les traumatismes pénétrants, des « médecins substitués » peuvent sûrement s'acquitter de la majorité du travail à l'urgence, non? Mais le peuvent-ils vraiment? Savent-ils utiliser une lampe à fente? Maîtriser une épistaxis postérieure? Mesurer la pression dans les loges des jambes? Savent-ils que le vérapamil n'est pas indiqué en présence de TSV à réponse ventriculaire rapide? Verront-ils le bloc trifasciculaire chez le patient en syncope? Savent-ils que le dosage de la troponine T = 0 manque la plupart des cas d'infarctus du myocarde et presque tous les cas d'angine instable? Peuvent-ils isoler la fonction du muscle fléchisseur commun superficiel des doigts lors de l'évaluation d'une lacération au poignet? Reconnaitront-ils la fracture de Maisonneuve ou la traiteront-ils comme une entorse à la cheville? Savent-ils comment installer un drain thoracique? Sans douleur? Si le patient est en état de choc, peuvent-ils soulager un pneumothorax en 15 secondes? Ont-ils la compétence pour écarter les traumatismes à la colonne cervicale à la lecture de clichés radiographiques à deux heures du matin? Quand ont-ils, pour la dernière fois, maîtrisé et donné un sédatif à un patient psychotique violent? Savent-ils qu'il faut intuber une patiente victime de blessures thermiques aux voies aériennes avant que la préservation des voies aériennes n'apparaisse nécessaire (et qu'il soit trop tard)? Peuvent-ils faire une incision à la veine saphène, installer une voie veineuse fémorale ou

jugulaire interne chez un patient hypotendu dont les veines sont absentes? Manqueront-ils la rupture de la rate chez le joueur de rugby parce qu'ils croient qu'un hémopéritoine précoce cause de la défense musculaire et de la rigidité? Peuvent-ils identifier la présence de sang dans la citerne interpédonculaire? Et sauront-ils qu'il faut procéder à une ponction lombaire s'il n'y en a pas? Se souviennent-ils que l'empoisonnement au méthanol peut se manifester sans trou anionique — ou trou osmolaire? Se souviennent-ils de ce qu'est un trou osmolaire et comment le calculer? Peuvent-ils effectuer une intubation en séquence rapide? Savent-ils seulement comment préserver la perméabilité des voies aériennes? Sauront-ils que la succinylcholine n'est pas le meilleur choix chez un patient en hyperthermie accompagnée de rigidité musculaire?

Peut-être que le gouvernement a raison : on n'a pas vraiment besoin de médecins d'urgence dans les urgences. À moins qu'il y ait des urgences.

Le président de l'ACMU, le D^r François Bélanger, affirme que cette loi «*pourrait* soumettre la population à un risque accru de soins inadéquats dans les cas de maladies et de blessures graves.» Le D^r Bélanger est une charmante personne, mais son affirmation est complètement erronée. Cette loi mènera *définitivement* à des soins inadéquats et à des décès. Il s'agit, comme il l'affirme, d'«une façade commode pour rassurer des citoyens sans méfiance.» Au lieu de recevoir les soins d'urgence auxquels il a **droit**, le public sera bercé de faux espoirs.

St. Paul's Hospital, Vancouver (C.-B.);
Rédacteur en chef, JCMU

Correspondance : D^r Grant Innes; ginnes@interchange.ubc.ca