

ÉDITORIAL INVITÉ À la hauteur de normes de grande qualité

Pierre Karakiewicz

Uro-oncologue, professeur adjoint et directeur, Unité de recherche quantitative et évaluative, Université de Montréal (CHUM), Montréal, Que.

Ce bulletin de l'AUC couvre plusieurs sujets importants. Dans l'article principal, Nickel et al. se concentrent sur les résultats d'un sondage effectué auprès des urologues canadiens, à propos des visites reliées à l'HBP et des modèles de diagnostics et de traitements qui se dessinent. Un urologue ne voit en moyenne que 15 patients par semaine pour des problèmes d'HBP, en dépit du fait que la plupart des urologues interrogés (63 %) n'exercent pas en pratique privée. La visite initiale moyenne, pour établir le Score international des symptômes de prostatisme (IPSS), était de 14 %, et la grande majorité des hommes ont reçu un traitement médical : 44,7 %, 17,9 % et 11,1 % respectivement ont reçu un alpha bloqueur, 5 % de l'alpha reductase ou les deux, et 5 % supplémentaires se sont vu proposer une Résection TransUrétrale de la Prostate (RTUP). Comme le score IPSS et le taux de thérapie sont élevés, cela peut sous-entendre que l'on réfère un urologue principalement aux individus symptomatiques et qui ont besoin, dans la majeure partie des cas, d'une thérapie médicale. On peut émettre également l'hypothèse que l'effet de la thérapie entraîne une diminution de 2 points sur le score initial d'IPSS, constatée lors d'une visite ultérieure. Malheureusement, la proportion relativement peu élevée de participants (27 ont rempli le sondage sur 81 sollicités = 31 %) peut être un indice que les dés sont pipés dès le départ. En effet, ceux qui sont plus habitués à traiter l'HBP et s'y intéressent donc davantage, seraient plus enclins à offrir leur contribution.

En tant qu'experts, Mickelson et MacNeily fournissent des informations privilégiées au sujet du projet CanMEDS, qui réjouit ou hante les établissements académiques depuis 10 ans. Bien que certaines ne posent aucun problème dans notre curriculum (expert médical, communicateur et érudit), d'autres telles que collaborateur, gestionnaire, défenseur de la santé et professionnalisme, peuvent déclencher des dilemmes au niveau du concept. Cela peut éventuellement entraver leur implantation et des évaluations subséquentes. Ceci a pour conséquence qu'il reste peu de temps et d'énergie à consacrer aux compétences CanMEDS, surtout les plus nébuleuses. Cette haie d'obstacles s'entremêle aux difficultés encourues pour valider et quantifier les avantages des compétences CanMEDS sur la santé globale de nos patients, et sur la qualité de la médecine dispensée par les cliniciens exposés aux CanMEDS contre ceux qui ne le sont pas.

Pour terminer, Dong et al. décrivent leur série, poursuivie en établissement, de 77 patients consécutifs qui ont subi une pyéloplastie laparoscopique. L'échantillon et la qualité des résultats de cette série sont méritoires. Au dire de tout le monde, les résultats au Canada dépassent ou valent, à tout le moins, ceux des centres d'excellence aux États-unis. Ces résultats s'expliquent par les nombreuses difficultés auxquelles les urologues canadiens sont confrontés lorsqu'ils essaient de rester compétitifs par rapport aux résultats américains. D'autant plus que les techniques chirurgicales avancées technologiquement, comme la laparoscopie ou la robotique, sont onéreuses. Les embûches rencontrées pour développer une expertise chirurgicale canadienne dans de tels champs proviennent, d'une part, du volume plus limité de patients par rapport aux États-unis, et d'autre part, des barrières économiques de la santé qui ralentissent l'implantation clinique rapide des technologies modernes médicales au Canada. Il est évident que la laparoscopie et la robotique ont été également affectées par un bassin de patients plus restreint, et par les considérations économiques de la santé dans ce pays. De ce fait, atteindre des résultats également satisfaisants devient nettement plus difficile ici qu'aux États-unis. Les collaborations interinstitutionnelles pourraient régler, en partie, la question des limites dues au volume de patient, et devraient être encouragées dans toute la communauté urologique canadienne.