

[Accès réservé](#) | [Affaires](#) | [Communications](#) | [Congrès](#) | [Guides](#) | [Liens](#) | [Medline](#) | [Recherche](#)



**Association des urologues du Québec**  
**Quebec Urological Association**

---

## Effectifs médicaux: prévisions pour l'urologie au Québec

### Introduction

#### Vision de l'organisation des services médicaux en urologie

#### Impact de cette organisation sur les besoins en urologues

#### Détermination de la cible et du nombre de nouveaux postes d'entrée en résidence en urologie

### Conclusion

### Recommandations :

### Introduction

Depuis le début des années 80, la médecine clinique a modifié grandement ses approches diagnostiques et thérapeutiques grâce à la progression effarante des connaissances et des technologies.

Depuis longtemps déjà, l'urologie utilisait des moyens d'investigation suffisamment précis, évitant des traitements inefficaces, voire même inutiles. Malgré tout, l'urologie dans son ensemble fut touchée par tous ces progrès et les soins urologiques furent particulièrement modifiés.

Les urologues ont apprivoisé l'utilisation des instruments optiques pour des fins diverses, et ce depuis plusieurs années. Mais la miniaturisation de ce type d'instruments a repoussé davantage les limites de leurs applications.

Comme la plupart des disciplines chirurgicales, l'urologie a raffiné davantage l'approche chirurgicale grâce à ces nouveaux instruments permettant un plus grand éventail de chirurgies endoscopiques (urétéroscopies rigides et flexibles, néphroscopies rétrogrades ou antégrades, laparoscopies). Une toute nouvelle technologie, la lithotritie par ondes de chocs extra-corporelles, a permis le remplacement de chirurgies ouvertes et même la plupart des chirurgies endoscopiques par un traitement que l'on peut qualifier de télé-chirurgie.

Le domaine qui fut sans contredit le plus bouleversé est l'approche thérapeutique non-chirurgicale. Les progrès dans le domaine pharmaceutique a permis de remplacer des chirurgies par une médication (hormonothérapie mâle par soustraction, médicaments pour l'hypertrophie prostatique et pour la dysfonction érectile).

Une meilleure compréhension de plusieurs phénomènes a permis d'éviter des chirurgies qui étaient nécessaires il n'y a pas si longtemps encore. Par exemple, de nombreuses chirurgies pour malformations congénitales (ex. : obstruction pyélo-urétérale, reflux vésico-urétéral) furent remplacées par une simple observation régulière. Dans les problèmes d'incontinence (ex. : urétrocèle, hyperactivité vésicale, ...) la rééducation périnéale ou la médication a également remplacé différentes chirurgies.

Toutes ces modifications nous amènent à considérer que l'urologie se « médicalise ». De moins en moins de patients n'ont comme seule solution de guérison le bistouri. Même si la demande de soins chirurgicaux demeure passablement élevée, le vieillissement de la population ne semble pas

provoquer l'accroissement de soins urologiques qui était prévu il y a quelques années.

Il ne faut certainement pas passer sous silence l'implication historique des urologues à tous les niveaux de décision, et leur intérêt constant dans les champs de formation médicale continue et de formation du personnel paramédical. Malgré des journées de travail toujours bien remplies, il n'est pas envisagé que les urologues se désintéresseront ni des tâches administratives, ni de l'enseignement .

Il est également très important de noter l'importance de plus en plus grande que prend la recherche fondamentale et clinique auprès des urologues. Ceci n'est pas sans influencer la qualité des soins mais aussi le nombre d'urologues actifs cliniquement.

Nous en sommes à notre première expérience auprès du Comité du suivi sur la planification de l'effectif médical au Québec. Nous comprenons les enjeux importants autant pour la population que pour la charge de travail des urologues. Ce travail de planification à moyen et long termes n'est certes pas facile étant donné un grand nombre d'impondérables. Malgré plusieurs embûches et de taille, nous avons tenté de cerner l'essentiel de l'organisation des services médicaux en urologie et le fruit de notre réflexion touchant les mesures à envisager.

### **1.- Vision de l'organisation des services médicaux en urologie.**

L'urologie étant une spécialité régionale, il est bien évident que le nombre d'urologues par région dépend directement de la population à desservir. Moins la région est peuplée, moins nombreux sont les urologues, et plus l'éventail de soins urologiques est limité.

Règle générale, la majeure partie du travail des urologues se fait dans les centres hospitaliers. La vocation de l'hôpital quant aux soins en urologie découlera du nombre d'urologues.

L'on pourrait diviser les types d'hôpitaux ainsi :

#### **1.- Centre hospitalier non-autonome :**

milieu qui ne peut permettre la création d'un service d'urologie, à cause d'un ratio population/médecin trop faible. Dépendamment de l'achalandage, les patients seront référés au service d'urologie habituel, ou un urologue s'y rendra pour rencontrer les patients référés, souvent procéder à des tests diagnostiques, parfois procéder à des chirurgies mineures, et dans d'autres cas à des chirurgies plus importantes. Une entente est donc prise entre ce CH et le service d'urologie offrant l'itinérance.

#### **2.- Centre hospitalier autonome :**

milieu qui possède un service d'urologie comprenant 1 et parfois 2 membres. Ce CH offre un grand éventail de traitements, mais est limité par les ressources techniques non-disponibles à cause d'un rapport coût-bénéfices non avantageux. Ce service reçoit des références des médecins non-urologues. Certains patients de leur territoire peuvent parfois requérir une référence à cause de cette technologie manquante, d'une expertise particulière et plus rarement à cause d'un manque d'intérêt de l'urologue.

#### **3.- Centre hospitalier de références :**

milieu dans lequel un service d'urologie comprenant plusieurs urologues et regroupant maintenant plusieurs CH (campus, pavillons, ou autres). Ce service reçoit des références des autres urologues des CH autonomes de leur région et même de l'extérieur de leur région.

Jusqu'à maintenant, la répartition des urologues s'est faite spontanément selon les besoins des milieux. Habituellement, les demandes d'urologues étaient basées sur un volume d'activités raisonnables. Les conditions de vie professionnelle prévisibles par l'urologue appliquant , étaient le gage de son intérêt.

Chaque région désirant le plus d'autonomie possible, chacune vise à se munir du plus grand nombre de spécialités possible. Ce désir est parfois très difficile à rencontrer et peut-être illusoire. Des ententes entre des CH et des Régions régionales ont permis une couverture de certains besoins. L'on ne peut que souscrire à une telle approche. L'AUQ fut récemment impliquée dans une telle entente qui a permis d'obtenir une solution avantageuse pour tous, et nous sommes disposés à intervenir aussi souvent que les besoins se feront sentir. D'ailleurs, il nous semble que notre implication pourrait parfois permettre des solutions plus définitives.

Parfois, des demandes d'urologues par des CH ne pouvaient que soulever des questions. Un ratio population/urologue sub-optimal ne peut qu'aboutir à des activités soit discutables, soit trop peu importantes pour permettre de retenir le médecin sur place. La prudence doit être de rigueur lors des demandes de médecins par les centres hospitaliers.

La communauté urologique étant relativement restreinte en nombre, se rencontrant régulièrement

**lors de congrès et d'activités d'éducation médicale continue, ne revêtant aucune hostilité, cette communauté aborde donc ouvertement le sujet du recrutement pour tenter d'en venir à des solutions satisfaisantes pour tous.**

**Signalons que la demande d'urologues semble de plus en plus forte dans les CH de références. La pression exercée sur les urologues y est également plus importante. Dans ces milieux, de plus en plus d'urologues emploient une partie de leur temps, jusqu'à 50%, pour effectuer de la recherche. Ceci a des implications sur l'organisation du service, la répartition des tâches ainsi que sur le recrutement et la rivalité avec d'autres centres québécois ou hors-province.**

**L'organisation des services d'urologie nous semble donc performante et notre attitude collégiale semble avoir permis une distribution qui permet une efficacité raisonnable.**

## **2.- Impact de cette organisation sur les besoins en urologues.**

**Cette organisation basée sur les besoins de la population est la seule qui permette de conserver un rapport qualité/coût raisonnable. Les besoins en effectifs seront donc modulés selon le volume d'activités et non pas selon un plan théorique d'effectifs médicaux. Jusqu'à maintenant, aucun surplus d'urologues n'ayant été connu, la répartition s'est faite sans léser l'organisation des services de santé.**

**Globalement, les besoins et surtout la distribution des effectifs d'urologues dépendront de plusieurs facteurs :**

**La vocation du centre hospitalier, telle que définie ci-haut est un premier facteur d'influence de la distribution des urologues. Des besoins faussement exagérés peuvent être obtenus si les demandes de recrutement ne reflètent pas la réalité du milieu. Jusqu'à maintenant, de telles situations ne semblent pas avoir été vécues du fait que le ratio population/médecin fut maintenu dans des limites acceptables.**

**Cette vocation influence également le nombre d'urologues du milieu. En centre hospitalier de références, ce nombre sera nécessairement plus imposant à cause de l'éventail des services.**

**Ces mêmes milieux hospitaliers, obligeront un nombre d'urologues plus important du fait que leurs activités permettent souvent de leur attribuer le titre de vocation supra-régionale.**

**Il fut mentionné précédemment que la recherche, surtout fondamentale, a une influence majeure sur la distribution des urologues, et évidemment le nombre par CH. Dans les milieux universitaires, les jeunes urologues devant maintenant acquérir une formation supplémentaire de 2 ou 3 ans à l'extérieur, ceux-ci exercent très souvent à temps partiel auprès des patients. Lorsque 50% de leur temps est utilisé pour effectuer de la recherche, leur poste est calculé au niveau régional comme une unité complète, mais en réalité, ces jeunes chercheurs ne combinent qu'un demi-poste.**

**Deux autres réalités peuvent modifier substantiellement les besoins en effectifs médicaux. Il s'agit de la féminisation de la profession, et du mode de pratique plus tempéré des jeunes médecins face à une profession exigeante. Ces deux facteurs influençant la productivité à la baisse, et devant influencer de plus en plus par le nombre croissant d'individus, des facteurs de correction devront être imaginés. Nous n'avons pu quantifier pour l'instant ces facteurs.**

**Un facteur extrêmement important pour notre discipline est le vieillissement de la population. Les besoins en soins urologiques ont toujours connu une croissance exponentielle à l'âge adulte avancé et à l'âge d'or. La population vieillissante continuera nécessairement à requérir des soins urologiques. Il y a à peine quelques années, la croissance de ces besoins fut estimée très importante par des organismes officiels dont le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le nombre de consultations à cet âge croît certainement, mais la consommation de soins ne nous semble pas aussi lourde que prévue. Tel que discuté précédemment, les avancements technologiques et la médicalisation permettent d'alléger les soins prodigués à cette clientèle particulièrement affligée de problèmes relevant de l'urologie.**

**Rappelons que pendant plusieurs années, le nombre d'urologues qui rencontraient les normes trimestrielles et annuelles de la RAMQ pour fins de calculs de la moyenne de revenu était autour de 125. Lors des changements de vocation de certains CH, mais surtout suite à l'entente portant sur les allocations de fin de carrière, nous sommes à risque de nous éloigner dangereusement du nombre optimal d'urologues dans la province.**

## **3.- Détermination de la cible et du nombre de nouveaux postes d'entrée en résidence en urologie**

### 3.1- Situation actuelle

Afin de procéder à ce premier exercice avec le plus de rigueur possible, nous avons tenté de connaître les besoins estimés par les organismes de gestion. En utilisant d'abord la fiche synthèse fournie en juin dernier, il fut surprenant de réaliser qu'il existait 15 demandes d'urologue pour la période 1997-2000. Suite à notre demande, le Dr Jacques Provost a tenté de connaître les CH d'où originaient ces demandes ; il ne parvint qu'à retrouver 9 demandes, sans toutefois connaître l'origine.

Une deuxième surprise porte sur les définitions d'urologues actifs. Tout comme la FMSQ, nous sommes portés à croire que celui qui charge très peu auprès de la RAMQ ne peut que difficilement être considéré comme actif, au sens de combler des demandes de soins dans sa spécialité.

Un élément qui n'est pas considéré est le type de pratique du médecin spécialiste. Parfois, un tel médecin n'exercera pas sa profession de spécialiste de sa discipline, mais touchera des revenus de la RAMQ. Par exemple, celui travaillant dans une unité de soins terminaux, ou celui qui ne fait que de l'assistance opératoire, ou celui qui ne fait que du cabinet privé. Ils seront comptabilisés dans leur spécialité première, mais ne participeront pas à la tâche de cette spécialité.

Le nombre d'urologues « actifs » a diminué assez rapidement au cours des dernières années. Nous considérons avoir atteint un seuil critique qui compromet l'accessibilité à des soins spécialisés. Ce nombre se situe à 119 en pratique active, ce qui se situe au plancher historique des effectifs en urologie.

Rappelons que depuis plusieurs années, l'AUQ travaille constamment à limiter les soins prodigués par les urologues à des soins relevant vraiment de l'urologie, tout en facilitant le retour ou le suivi par le médecin référant ou le médecin de famille. La grande majorité des urologues n'offrant que des soins de référence, la chute du nombre d'urologues dans la province ne peut que nuire à l'accessibilité aux soins spécialisés de notre discipline.

### 3.2-inution imprévue du nombre d'urologues

Au cours des récentes années, nous avons eu à faire face à une accélération des départs imprévus. En effet, les urologues ont quitté la province pour l'étranger. D'autres ont quitté la pratique de l'urologie pour des tâches administratives. Des décès ont également contribué à la chute du nombre d'urologues en pratique. Ces facteurs influencent rapidement lorsque le nombre de médecins « actifs » d'un groupe est restreint.

### 3.3- Evolution des départs à la retraite

Considérant que tous les urologues qui atteignent l'âge de 65 ans participeront au programme d'allocation de fin de carrière, le tableau en annexe 4 présente le nombre d'urologues au cours des prochaines qui seront considérés comme des départs pour la retraite. Treize, soit plus de 10% du nombre d'urologues « actifs » se sont jusqu'ici engagés dans le programme. Notons que le nombre est très variable à chaque année, mais que de 1999 à 2004, le nombre de départs sera fort important.

En évaluant la distribution démographique des urologues par tranche d'âge de 5 ans (cf. annexe 5), il est facile de réaliser qu'au cours des 5 prochaines années, le nombre de retraités sera beaucoup plus important que la moyenne habituelle, ce qui contribuera à retarder l'atteindre du nombre désirable d'urologues.

### 3.4- Evolution du nombre de résidents

La plupart des spécialités chirurgicales ont connu des années difficiles, surtout lorsque le Collège des médecins du Québec a modifié les règles d'obtention du permis d'exercice. Le nombre de résidents fut faible pendant quelques années (cf. annexe 6), se répercutant actuellement.

L'annexe 7 permet de réaliser un nombre intéressant de finissants au cours des 3 prochaines années ; ces arrivants ne permettent toutefois pas d'accroître le nombre d'urologues.

Les places offertes sont maintenant de 8 par année depuis 1997-98. Il n'a jamais été possible de combler tous ces postes, pour plusieurs raisons, que l'on peut retrouver dans d'autres spécialités. En plus de ne pas combler ces postes, les changements d'orientation de résidents en cours de formation pénalisent grandement. Un seul départ sur un nombre de 6 ou 7, représente un fort pourcentage de réduction.

Compte tenu de ce qui précède et si l'on considère qu'actuellement il y a en moyenne 6 résidents

inscrits par année de formation, il est illusoire de croire que nous obtiendrons un réusite et/ou installation de 6 par année. Nous considérons plutôt que 5 résidents se joindront par année aux effectifs médicaux. Cette représentation sur l'annexe 8 nous fait réaliser que le nombre d'urologues installés ne pourra croître qu'à partir de l'année 2005.

### 3.5- Evolution du taux d'utilisation des services en urologie

A partir des prévisions démographiques fournies en juin dernier, nous avons tenté de prévoir les besoins en effectifs pour l'an 2006. Le tableau en annexe 9 nous démontre que si l'accroissement de la population est faible ou moyen, avec un facteur d'utilisation inchangé, les besoins en effectifs sont de 130 en moyenne. Si le facteur d'utilisation était de 1,21, le nombre requis d'urologues en pratique « active » devrait être d'environ 158.

Précédemment, nous avons abordé la consommation de soins par une population vieillissante. Un sondage téléphonique extensif auprès de tous les urologues du Québec fut effectué au cours des derniers mois. Nous avons tenté de cerner l'évolution de la charge de travail des urologues. Se basant sur leur vision de l'évolution de la pratique de l'urologie, 70% croient que la tâche restera stable ou augmentera, 30% croient qu'elle va diminuer.

La tendance nous porte donc à croire que la charge de travail restera stable, à cause des multiples facteurs ayant un impact sur l'organisation de soins, qui furent mentionnées dans l'introduction. Ceci nous permet de croire que le facteur d'utilisation de soins restera identique, en dépit du fait que la population cible vieillit, groupe d'âges qui requiert particulièrement des soins urologiques.

## Conclusion

L'évolution à la baisse du nombre d'urologues, les différents facteurs ayant une influence directe sur la distribution d'urologues dans la province ainsi que leur nombre par centre hospitalier, nous portent à sonner un signal d'alarme.

Ayant considéré que nous ne subirions aucune diminution imprévue d'urologues, qu'il n'y aurait aucune retraite anticipée avant l'âge de 65 ans, que le nombre de jeunes urologues débutant leur pratique serait en moyenne de 5 par année, ceci produit scénario que nous considérons optimiste. Ce scénario tend à démontrer que nous ne pourrions atteindre le nombre d'urologues considéré comme optimal, soit 130, qu'en l'an 2009.

Du fait que nous soyons inscrits dans le Groupe C rend quasi impossible d'accueillir des résidents en provenance d'autres programmes, produisant une situation qui ne permet jamais de combler le nombre de postes disponibles. Des résidents furent déjà intéressés à transférer en urologie, mais les règles ne le permettaient pas. Cette position alors qu'il y a pénurie d'effectifs, ne peut que retarder l'amélioration de la situation.

## Recommandations :

Afin de contrer la diminution d'une accessibilité aux soins urologiques déjà réduite, nous recommandons les 2 mesures suivantes :

1. faire passer l'urologie du Groupe C au Groupe B
2. augmentation du nombre de places offertes de 2, pour offrir 10 places dans la province
3. exposer davantage les étudiants en médecine à l'urologie.