

Recherchée : une meilleure formation en santé publique pour les médecins de famille

Marie-Renée B-Lajoie MDCM MPH CCMF(MU) Lucas Chartier MDCM MPH FRCP

La liste des défis actuels et futurs qui se posent à la santé des Canadiens est interminable et elle ne cesse de s'allonger : l'émergence de maladies mortelles qui se transmettent rapidement, la migration considérable tant des voyageurs canadiens que des immigrants, l'importation de biens et d'aliments soumis à des normes de qualité variables ouverte par le libre-échange, les changements environnementaux et le tarissement des ressources naturelles sécuritaires. Les travailleurs canadiens en santé publique ont la possibilité de se montrer à la hauteur, comme ils l'ont fait durant la flambée du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003, grâce à des interventions multidisciplinaires, compétentes et efficaces¹. La santé publique, définie comme étant toutes les mesures structurées (d'origine publique ou privée) pour prévenir la maladie, promouvoir la santé et prolonger la vie dans l'ensemble de la population², sert à protéger et à améliorer la santé de la population. Toutefois, même l'Agence de la santé publique du Canada reconnaît que « [p]lusieurs difficultés sont reliées aux capacités, qui sont traditionnellement faibles et limitées, du système de santé publique au Canada »³. Pour être mieux préparés à relever de nouveaux défis complexes de manière multidisciplinaire et efficace, le secteur canadien de la santé publique doit accomplir quelques démarches. Il doit mieux mobiliser les médecins sur le plan de la santé publique, surtout les médecins de famille qui sont souvent les professionnels de première ligne, et les former de manière appropriée pour qu'ils deviennent les promoteurs dynamiques de la santé publique fondée sur des données probantes que méritent leurs communautés respectives. Pour ce faire, nous devons mieux préparer les résidents en médecine familiale durant leur formation postdoctorale et insister sur le rôle des médecins de famille en santé publique.

Ressources humaines en santé publique

Le 20^e siècle a connu sa part d'améliorations dans la santé des Canadiens. L'espérance de vie est passée de 60 ans durant les années 1920 à environ 80 ans presque un siècle plus tard⁴. L'Association canadienne de santé publique a dressé la liste de 12 importants progrès

en santé publique, allant du contrôle des maladies infectieuses jusqu'à la sécurité automobile⁵. Onze de ces avancées majeures n'auraient pu être possibles sans le travail des professionnels de la santé publique, notamment et parfois principalement des médecins de famille. Pourtant, plus que jamais, la solidité de notre système de santé publique est mise à l'épreuve. L'épidémie de rougeole au Canada, de 2013 à 2014, en est un triste exemple⁶. Pour consolider les réalisations antérieures et renforcer les réponses futures, les médecins doivent se mobiliser autour des questions de santé publique. Étant donné le nombre relativement peu important de médecins canadiens qui se spécialisent en santé publique et la rareté de la formation en santé publique dans l'ensemble de l'éducation médicale en général, nous nous inquiétons de ne pas pouvoir être à la hauteur des attentes élevées de la société envers nous.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, « il existe peu de données quantitatives sur l'état des ressources humaines en santé publique au Canada »⁷. Bien que les estimations varient et que les médecins puissent assumer divers rôles qui ne sont pas reflétés dans ces statistiques, seulement de 210 à 470 médecins travaillent actuellement comme médecins hygiénistes au Canada⁷⁻⁹. De plus, un bon nombre de médecins formés en santé publique ne travaillent présentement pas dans ce domaine^{7,8}. Cette situation contraste avec les 12 000 infirmières en santé publique et les milliers de techniciens de laboratoire, de microbiologistes et d'épidémiologistes en santé publique⁷. Pire encore est peut-être le fait que

[r]elativement peu de médecins de santé publique maintiennent une pratique clinique active lorsqu'ils travaillent dans une unité de santé publique. Sauf pour la déclaration obligatoire de certaines maladies, encore moins... d'omnipraticiens entretiennent des rapports avec leur unité locale de santé publique⁷.

Cette situation se produit malgré que la plupart des programmes de spécialisation en santé publique incluent la formation en médecine familiale et que les programmes de médecine familiale tentent d'insister, dans une certaine mesure, sur la formation en santé publique. Autrement dit, d'une part, les médecins en santé publique ont tendance à renoncer à la pratique clinique, tandis que, d'autre part, les cliniciens évitent les tâches reliées à la santé publique. Ce manque de connexion entre les

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2016;62:e294-6

The English version of this article is available at www.cfp.ca
on the table of contents for the June 2016 issue on page 471.

spécialités nuit à l'efficacité des efforts cliniques et en santé publique, malgré les données évidentes prouvant l'existence d'un chevauchement considérable qui pourrait être directement bénéfique pour les soins aux patients^{10,11}.

Exposition à la formation en santé publique

Presque toutes les facultés de médecine canadiennes offrent actuellement un programme postdoctoral en santé publique et en médecine préventive. Il s'agit de programmes spécialisés de 5 ans, comptant présentement en tout 27 postes d'entrée directe chaque année, sans compter des postes possibles de retour de pratique. Environ la moitié des programmes comportent 2 ans de formation et de certification en médecine familiale¹². Ces quotas ont progressivement augmenté au fil des ans pour compenser les nombres très réduits de spécialistes formés dans le passé¹³. Étant donné la longue durée de ces programmes et le nombre relativement faible de postes qu'ils peuvent accommoder, il est nécessaire de fournir une formation de grande qualité en santé publique aux médecins qui décident d'exercer d'autres spécialités. C'est particulièrement le cas pour les programmes de résidence en médecine familiale qui accueillent les plus grands nombres de résidents, mais n'ont que 2 ans pour les former dans tous les aspects de la pratique familiale, y compris en santé publique.

Malheureusement, en nous fondant sur une révision que nous avons effectuée concernant les cursus actuellement obligatoires en médecine au Canada, l'exposition à la santé publique des stagiaires en médecine est inégale et minimale. De fait, une évaluation exhaustive de l'éducation en santé publique au Canada réalisée par l'Association des facultés de médecine du Canada faisait valoir que les étudiants en médecine ne choisissaient pas de stages optionnels en santé publique¹⁴. Fort heureusement, tous les programmes de formation en médecine familiale font au moins indirectement la promotion de la santé publique par l'intermédiaire des cadres des compétences CanMEDS et CanMEDS-Médecine familiale pour les médecins^{15,16}. Ces rôles décrivent les connaissances, les compétences et les habiletés dont ont besoin les médecins spécialistes pour obtenir de meilleurs résultats pour leur patients¹⁵. Il est déplorable que seulement quelques-uns (sur environ 100) de ces objectifs concernent les besoins des communautés en matière de santé, les activités qui contribuent à l'efficacité des organisations de santé ou l'allocation des ressources limitées en santé. De plus, on ne sait trop comment chaque programme de résidence atteint ces exigences, compte tenu surtout de la courte durée de 24 mois de formation en médecine familiale. De fait, des résidents en médecine familiale ont clairement indiqué dans un sondage national qu'ils étaient mal préparés pour s'acquitter de la composante santé publique de leurs fonctions au moment de commencer leur pratique¹⁷.

Armer les médecins de connaissances

Nous croyons que la combinaison d'une formation insuffisante en santé publique durant les études médicales postdoctorales et du manque de médecins formés de manière appropriée qui travaillent actuellement dans la sphère de la santé publique nuit à la santé de la population canadienne. Une meilleure formation dans les programmes de médecine familiale pourrait permettre une identification précoce des problèmes reliés aux grands enjeux en santé publique et mieux faire comprendre les façons de répondre activement à ces problèmes. Elle pourrait aussi améliorer la perception qu'ont les médecins de famille de leur compétence face à ces problèmes, comme la prise en charge de la rage ou la prévention des infections respiratoires^{18,19}. Comme l'expliquaient les D^{rs} Sikora et Johnson dans *Le Médecin de famille canadien* en 2009, «la mise en œuvre d'éléments de santé publique dans la pratique de la médecine familiale comporte des avantages évidents»²⁰. Nous croyons que ces avantages proviennent d'une formation complète à facettes multiples en santé publique, offerte par des programmes formels qui pourraient être intégrés dans le cursus. Une solution, proposée par Harvey et ses collègues, est de recourir à une liste de compétences à couvrir durant la formation, qui inclut des éléments comme la démonstration d'une approche efficace de la prévention des maladies et de la promotion de la santé²¹, de même que le perfectionnement et la mise en application des connaissances et des habiletés nécessaires pour évaluer la santé de la population²¹. Dans la même veine, Potts et ses collègues ont décrit un cursus intégré à la formation en médecine familiale aux États-Unis qui avait pour but d'améliorer et d'intensifier les expériences en santé publique dans le cadre du cursus existant d'une durée de 3 ans, sans imposer de pressions additionnelles sur le temps prévu et les ressources humaines en place²². Enfin, l'Association des facultés de médecine du Canada a publié un rapport sur les pratiques exemplaires en matière de formation en santé publique dans le cursus prédoctoral qui mentionne brièvement les programmes de résidence¹⁴. Il sera nécessaire d'effectuer d'autres travaux et évaluations pour déterminer les meilleures façons d'intégrer ces solutions aux programmes actuels.

La plupart des programmes de formation en santé publique, que ce soit au niveau des études supérieures ou postdoctorales, insistent sur quelques disciplines de base. Nous croyons que les programmes de formation en médecine familiale devraient aussi couvrir ces disciplines. En premier lieu, les déterminants de la santé sont la pierre angulaire de toute formation en santé publique^{23,24}. En outre, des connaissances de base en biostatistique, en épidémiologie, en gestion et en politiques des soins de santé sont aussi importantes. Ce n'est qu'armés des connaissances susmentionnées que

les médecins peuvent analyser les données disponibles, tirer les conclusions appropriées et entreprendre des changements significatifs dans leur communauté et au-delà. Étant donné la complexité du milieu de la santé dans lequel travaillent les médecins de famille, une compréhension générale mais rigoureuse du fonctionnement du système et des façons d'implanter des changements est primordiale pour qu'ils soient efficaces dans leur rôle en santé publique.

Conclusion

Nous croyons que, pour relever les défis à venir en ce qui concerne la santé des Canadiens, il est nécessaire de renforcer la formation en santé publique à l'échelle du pays. Il faut aussi aller au-delà des silos verticaux des médecins formés dans la spécialité qui ne sont que peu ou pas impliqués dans la pratique clinique. La formation en santé publique doit d'abord s'infiltrer dans les programmes de résidence en médecine familiale, en intégrant des cours de base en santé publique dans les cursus et des responsabilités cliniques directes et progressives. Cette approche munirait les médecins de famille pour faire face de manière proactive aux problèmes de santé publique à mesure qu'ils surviennent dans leurs communautés et pour continuer à jouer leur rôle important de promoteurs de la santé. Avant tout, elle leur permettrait de mieux comprendre comment fonctionne le système canadien de la santé publique et de savoir vers quelles ressources se tourner au besoin. Une formation formelle en santé publique, que ce soit au niveau des études supérieures ou postdoctorales, demeurera essentielle pour les responsables qui seront à la direction de plus grandes organisations ou auront de plus grands portefeuilles. Toutefois, pour tous les autres médecins, une formation formelle dans les programmes postdoctoraux en médecine devient une nécessité pour faire face à la complexité des problèmes de santé et du système de santé dans son ensemble.

La **D^{re} B-Lajoie** est professeure agrégée au Département de médecine de famille de l'Université McGill à Montréal, au Québec, et médecin traitant à l'Hôpital général juif; elle est présentement en congé sabbatique pour suivre un programme de MBA à l'INSEAD. Le **D^r Chartier** est professeur adjoint à la Division de médecine d'urgence de l'Université de Toronto, en Ontario, et urgentologue au University Health Network et à l'Hôpital général de North York.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Marie-Renée B-Lajoie; courriel marie-renee.lajoie@mcgill.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Borgundvaag B, Ovens H, Goldman B, Schull M, Rutledge T, Boutis K et coll. SARS outbreak in the greater Toronto area: the emergency department experience. *CMAJ* 2004;171(11):1342-4. Erratum dans: *CMAJ* 2005;172(6):730.
- Organisation mondiale de la Santé. *Public health*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2015. Accessible à: www.who.int/trade/glossary/story076/en. Réf. du 10 févr. 2015.

- Agence de la santé publique du Canada. *The Public Health Agency of Canada—strategic plan: 2007–2012, information, knowledge, action*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2007. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/sp-ps/SPPS-06d1-eng.php. Réf. du 14 avr. 2016.
- Statistique Canada. *Life expectancy at birth, by sex, by province*. Ottawa, ON: Statistique Canada; 2012. Accessible à: www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/health26-eng.htm. Réf. du 11 nov. 2013.
- Association canadienne de santé publique. *12 great achievements*. Ottawa, ON: Association canadienne de santé publique; 2015. Accessible à: <http://cpaha.ca/en/programs/history/achievements.aspx>. Réf. du 5 janv. 2015.
- Agence de la santé publique du Canada. *Public health notice: measles*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2014. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2013/measles-0717-eng.php. Réf. du 19 avr. 2015.
- Ressources humaines en santé publique. Dans: Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Learning from SARS—renewal of public health in Canada*. Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2004. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/7-eng.php. Réf. du 11 nov. 2013.
- Association médicale canadienne. *Number of physicians by province/territory and specialty, Canada, 2013*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2013. Accessible à: www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/policy-research/physician-historical-data/2013-01-spec-prov.pdf. Réf. du 14 avr. 2016.
- Hasselback P, Rusk R. Public health physicians are caught in a losing battle [correspondance en ligne]. *CMAJ*. Publ. en ligne du 26 sept. 2008. Accessible à: www.cmaj.ca/content/179/9/877.figures-only/reply-cmaj_el_20593. Réf. du 14 avr. 2016.
- Russell ML, McIntyre L. Boundaries and overlap. Community medicine or public health doctors and primary care physicians. *Can Fam Physician* 2009;55:1102-3.e1-5. Accessible à: www.cfp.ca/content/55/11/1102.full.pdf+html. Réf. du 14 avr. 2016.
- Hill A, Levitt C, Chambers LW, Cohen M, Underwood J. Primary care and population health promotion. Collaboration between family physicians and public health units in Ontario. *Can Fam Physician* 2001;47:15-7 (ang), 22-5 (fr).
- Service canadien de jumelage des résidents [site web]. *Santé publique et médecine préventive. 2014 jumelage R-1. Vue d'ensemble des quotas par université*. Ottawa, ON: Service canadien de jumelage des résidents; 2014. Accessible à: <https://phx.e-carms.ca/phoenix-web/pd/main?mitid=1201>. Réf. du 14 avr. 2016.
- Service canadien de jumelage des résidents [site web]. *R-1 match reports*. Ottawa, ON: Service canadien de jumelage des résidents; 2015. Accessible à: www.carms.ca/en/data-and-reports/r-1. Réf. du 15 févr. 2015.
- Association des facultés de médecine du Canada. *An environmental scan of best practices in public health undergraduate medical education. Report 3: interviews with Canadian medical school representatives*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2009.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *CanMEDS: better standards, better physicians, better care*. Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; 2014. Accessible à: www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework. Réf. du 14 avr. 2016.
- Groupe de travail sur la révision du cursus. *CanMEDS-Family Medicine: a framework of competencies in family medicine*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2009. Accessible à: www.cfpc.ca/uploaded-Files/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf. Réf. du 14 avr. 2016.
- Association des facultés de médecine du Canada. *An environmental scan of best practices in public health undergraduate medical education. Report 2: Association of Faculties of Medicine of Canada—furnished existing literature review*. Ottawa, ON: Association des facultés de médecine du Canada; 2009.
- Hogg W, Huston P, Martin C, Saginur R, Newbury A, Vilis E et coll. Promoting best practices for control of respiratory infections. Collaboration between primary care and public health services. *Can Fam Physician* 2006;52:1110-1. Accessible à: www.cfp.ca/content/52/9/1110.full.pdf+html. Réf. du 14 avr. 2016.
- Grill AK. Approach to management of suspected rabies exposures. What primary care physicians need to know. *Can Fam Physician* 2009;55:247-51.
- Sikora C, Johnson D. The family physician and the public health perspective. Opportunities for improved health of family practice patient populations. *Can Fam Physician* 2009;55:1061-3 (ang), e47-9 (fr).
- Harvey BJ, Moloughney BW, Iglar KT. Identifying public health competencies relevant to family medicine. *Am J Prev Med* 2011;41(4 Suppl 3):S251-5.
- Potts SE, Deligiannidis KE, Cashman SB, Caggiano ME, Carter LH, Haley HL et coll. Weaving public health education into the fabric of a family medicine residency. *Am J Prev Med* 2011;41(4 Suppl 3):S256-63.
- Organisation mondiale de la Santé [site web]. *Social determinants of health*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2013. Accessible à: www.who.int/social_determinants/en. Réf. du 11 nov. 2013.
- Agence de la santé publique du Canada [site web]. *What determines health?* Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2011. Accessible à: www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants. Réf. du 11 nov. 2013.
