

Description des compétences de base des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes au Canada

Rapport final – Mars 2009

**Groupe de travail sur les compétences des directeurs de santé publique et
des médecins hygiénistes**

REMERCIEMENTS

Plusieurs directeurs de santé publique (DSP) et médecins hygiénistes (MH) de l'ensemble du pays ont fourni des exemplaires de leurs descriptions de poste. Ces documents ont grandement facilité l'analyse de leurs rôles communs en qualité de DSP et MH. En outre, bon nombre d'entre eux ont formulé des commentaires sur les versions antérieures de l'ensemble des compétences de base liées à leurs tâches.

Le Groupe de travail sur les compétences des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes est composé des personnes suivantes :

Hilary Robinson – Agence de la santé publique du Canada, présidente

Brenda Cholin – North Battleford

Andre Dontigney – Trois-Rivières

Vera Etches - Sudbury

Margaret Fast - Winnipeg

Bart Harvey - Toronto

Lynn McIntyre - Calgary

Cristin Muecke - Fredericton (jusqu'à l'été 2008)

Chris Sikora - Edmonton

Brent Moloughney – expert-conseil du projet

SOMMAIRE

Les compétences représentent le point de départ d'une approche complète et approfondie en vue du développement et du perfectionnement des effectifs en santé publique. Suivant la définition des compétences de base des responsables de la santé publique, sept projets en cours examinent les compétences requises pour des groupes disciplinaires bien précis, dont le groupe des médecins en poste à titre de directeurs de santé publique (DSP) ou de médecins hygiénistes (MH)ⁱ. Bien que la formation en santé communautaire soit considérée comme la norme idéale pour la préparation des DSP et des MH, cette formation prépare également les médecins à divers autres rôles. De plus, on doit considérer ce rôle des DSP et des MH selon les compétences qui s'y rattachent comme étant un mécanisme servant à relever les défis auxquels sont confrontés les DSP et les MH au Canada. Le présent rapport a pour objet de décrire un ensemble minimal des compétences requises des DSP et MH se fondant sur leurs responsabilités et rôles communs, compétences qui peuvent être adaptées et appliquées aux postes de DSP et de MH à la grandeur du pays. Les destinataires éventuels de cette description comprennent les employeurs des DSP et MH au palier régional, provincial et territorial (PT), les organismes chargés de l'octroi des licences de médecine, les responsables des programmes d'études et de formation professionnelle continue (FPC), ainsi que les DSP et MH actuels et futurs.

Afin d'élaborer l'ensemble des compétences attendues des DSP et des MH, une compilation des divers rôles et responsabilités des DSP et MH a été effectuée à partir d'un examen des mesures législatives provinciales et territoriales en matière de santé publique et d'une revue des descriptions de postes de DSP ou MH provenant de l'ensemble du pays. Nous avons ensuite recherché des énoncés de compétences s'harmonisant avec les rôles et responsabilités cernés, en procédant étape par étape, à partir de l'ensemble de Compétences essentielles en santé publique au Canada, suivi des compétences des détenteurs d'une maîtrise en santé publique des États-Unis et de l'Australie, et au besoin, des ensembles de compétences des spécialistes des États-Unis et du Royaume-Uni. Les exigences du Collège royal relativement à la formation pour la spécialité en santé communautaire ont été retenues pour une étape de validation ultérieure.

ⁱ Aux fins du présent document, le terme anglais *Medical Health Officer* (MOH) est traduit selon les administrations provinciales par « directeur de santé publique » (DSP) ou par « médecin hygiéniste » (MH), et désigne un médecin de santé publique embauché par une organisation de santé publique gouvernementale et dont le poste est légalement reconnu. Le poste de directeur médical adjoint ou de médecin hygiéniste adjoint est également inclus dans cette définition. Au Québec, le terme équivalent est directeur de la santé publique.

Les rôles et les compétences de base des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes ont été regroupés en domaines et sont accompagnés de narrations descriptives. Les médecins en fonction au pays ont formulé des commentaires sur les versions préliminaires de ce document au cours de présentations faites à des groupes de DSP et de MH et lors d'un sondage sur le Web dont la promotion a été assurée par les médecins hygiénistes en chef des provinces et des territoires. L'ensemble final des compétences de base des DSP et MH comprend 51 énoncés de compétences regroupés en huit domaines, mais ces compétences forment un tout car les DSP et MH doivent en principe posséder de multiples compétences touchant à divers domaines afin de s'acquitter de leurs tâches caractéristiques. Les domaines en question sont les suivants :

- **Compétences cliniques de base** : Les DSP et MH doivent posséder des connaissances, des compétences et de l'expérience cliniques afin de pouvoir évaluer les enjeux et communiquer les décisions touchant la santé du public.
- **Surveillance et évaluation de l'état de santé de la population** : Les DSP et MH jouent un rôle clé dans l'évaluation de la santé publique et contribuent à éclairer l'établissement des priorités ainsi que la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.
- **Expert conseil en santé publique** : Les DSP et MH doivent avoir de grandes compétences dans l'analyse et la prise de décisions judicieuses fondées sur des données probantes concernant les besoins en santé de la population en général, et doivent pouvoir prendre des décisions dans des situations de crise lorsque les données disponibles sont incomplètes.
- **Enquête sur les risques immédiats pour la santé et atténuation de ces risques** : Les DSP et MH doivent évaluer les risques potentiels pour la santé du public et prendre toute mesure nécessaire et possible pour réduire ou éliminer ce risque.
- **Politiques, planification et élaboration de programmes** : Les DSP et MH doivent élaborer, recommander et mettre en œuvre des politiques publiques visant l'amélioration de la santé, en contribuant notamment à la planification et à la mise en œuvre de programmes et de services en santé publique.
- **Communication, collaboration et promotion pour la santé du public** : En tant que principale source d'information sur les questions de santé publique pour toute une gamme de destinataires, les DSP et les MH se servent de leur connaissance des collectivités pour élaborer et peaufiner des stratégies avec des partenaires afin de mobiliser les parties prenantes en vue de cerner les inégalités en santé et de bâtir une politique pour une population en santé qui atténuerait ces inégalités.
- **Leadership et gestion** : Les DSP et MH sont les champions des mesures visant à améliorer et à préserver la santé du public dans des contextes intersectoriels et organisationnels. À l'interne, ils doivent promouvoir une vision et un but communs afin d'orienter l'action, et ils doivent pouvoir harmoniser les actions quotidiennes avec les plans à long terme.
- **Pratique professionnelle** : Les DSP et MH doivent remplir un certain nombre de rôles d'ordre professionnel, par exemple, éduquer, développer et traduire les connaissances en santé publique, maintenir et améliorer leur propre expertise de la pratique en santé publique, et avoir une conduite éthique.

Au cours du processus, le groupe de travail spécial formé aux fins du projet a obtenu et analysé les commentaires de DSP et de MH ainsi que de certaines organisations professionnelles, en répétant le processus autant de fois que nécessaire, afin d'élaborer l'ensemble des compétences de base requises des DSP et MH. En général, les commentaires obtenus indiquaient que les descriptions de rôles et les énoncés de compétences traduisent exactement les attentes relatives aux DSP et MH. La plupart des préoccupations entendues au cours des consultations traitaient des conséquences éventuelles de l'ensemble de compétences, notamment sur les avenues de formation pour les DSP et MH, et sur les utilisations possibles de cet ensemble de compétences par les destinataires potentiels. La majeure partie du présent rapport accorde donc une attention toute particulière à ces enjeux, et à d'autres également.

On s'attend à ce que l'ensemble de compétences se révèle utile pour un large éventail de destinataires. Toutefois, sachant qu'il existe bien des variantes dans les différents besoins et contextes, on prévoit que cet ensemble de compétences pourra être adapté à des utilisations particulières. Étant donné qu'il s'agit d'un ensemble de compétences *de base* (ou minimales), en raison de circonstances prévalant dans le contexte local, une administration peut avoir à rehausser les attentes quant à la portée et à la profondeur de compétences précises.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Sommaire	iii
Introduction	1
Objectif du projet	2
Portée – Rôles de base et élargis	2
Méthodes	3
Comparaison des rôles des médecins de santé publique avec ceux des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes	5
Le rôle des médecins en santé publique	5
Fonctions et formation attendue des DSP et des MH	6
Exigences légales applicables aux DSP et aux MH	6
Descriptions de postes de DSP et de MH	8
Détermination des compétences essentielles des DSP et des MH	8
Identification des énoncés de compétences	9
Présentation commune des domaines	9
Domaines de l'ensemble de compétences	9
Rétroaction obtenue au cours des consultations menées jusqu'à présent	11
Ensemble des compétences de base et des rôles communs des DSP et des MH	12
Analyse et discussion	27
Comparaison entre les compétences de base des DSP et des MH et les exigences en matière de formation en santé communautaire	27
Compétences essentielles des DSP et des MH en tant qu'outil de base	28
Compétences essentielles des DSP et des MH et avenues de formation possibles	29
Contextes de la pratique en santé publique et compétences des DSP et des MH	30
Préoccupations quant à des conséquences imprévues	32
Application possible en vue de répondre aux besoins répertoriés du système	33
Conclusion	35
Annexe A – Fonctions légales des DSP et des MH dans certaines provinces	35
Annexe B – Concordance entre les exigences du Collège royal en matière de formation et l'ébauche des compétences de base des DSP et MH	37
Annexe C – Caractéristiques d'autres champs d'exercice de la médecine	53
Médecine d'urgence	Error! Bookmark not defined.
Anesthésie	53
Obstétrique	55
Analyse	55
Références	57

Description des compétences de base des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes au Canada

INTRODUCTION

Des revues récentes des systèmes de santé publique au Canada insistent sur l'importance de renforcer les compétences des effectifs en santé publique^{1,2}. Les connaissances, les aptitudes et les attitudes des professionnels, collectivement désignées sous le terme « compétences », sont les assises d'une approche complète et détaillée du développement et du perfectionnement de la main-d'œuvre³. Grâce à l'appui de l'Agence de la santé publique du Canada, des compétences de base sont maintenant établies pour l'ensemble du personnel en santé publique⁴. De multiples projets en cours examinent les compétences requises pour des groupes disciplinaires bien précis, comme le personnel infirmier en santé communautaire et les nutritionnistes communautaires. Au moment des premières consultations avec la Société nationale de spécialistes pour la médecine communautaire (SNSMC) concernant les compétences essentielles au personnel de la santé publique, certains intervenants ont soulevé la nécessité de répertorier les compétences requises d'un médecin responsable de la santé publique, c'est-à-dire un directeur de santé publique (DSP) ou un médecin hygiéniste (MH)ⁱⁱ, une opinion appuyée par d'autres groupes et des informateurs clés⁵.

Les directeurs de santé publique et les médecins hygiénistes jouent un rôle crucial dans les systèmes de santé publique du Canada. Bien que la formation spécialisée en santé communautaire soit considérée comme la norme pour la préparation des DSP et des MH à leur rôle, cette spécialisation prépare les médecins à des rôles bien plus larges que celui de DSP ou de MH, et ce rôle proprement dit doit être précisé selon les compétences qui s'y rattachent en tant que mécanisme permettant de relever les défis auxquels les DSP et les MH sont confrontés au pays, notamment (mais sans s'y limiter) les suivants :

- le grand nombre de postes non comblés et une répartition géographique inéquitable des DSP et des MH en poste;
- les postes sont comblés par des médecins ayant des antécédents fort variés (spécialistes certifiés, détenteurs d'une maîtrise ou aucune formation reconnue);

ⁱⁱPour des fins d'uniformisation, les termes « directeur de la santé publique » et « médecin hygiéniste » utilisés ici sont considérés comme synonymes. Au Québec, c'est le terme « directeur de la santé publique » qui s'applique.

- la capacité d'accueil limitée des programmes de formation de spécialistes du Collège royal;
- les modèles de pratique en solo dans diverses régions du pays;
- un cheminement de carrière mal défini et des possibilités limitées de perfectionnement professionnel des DSP et des MH en poste;
- les difficultés dans l'évaluation des compétences des candidates et candidats au poste de DSP ou de MH qui ont reçu une partie ou l'ensemble de leur formation en médecine ou en santé publique à l'extérieur du Canada.

Objectif du projet

L'objectif du présent rapport est de décrire un ensemble de compétences de base communes à tous les DSP et les MH pouvant être adaptées et utilisées pour tous les postes de DSP et de MH au pays.

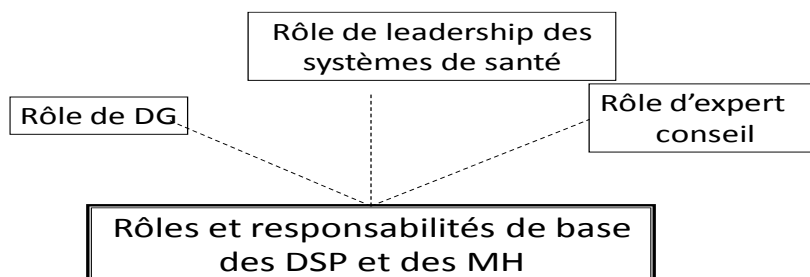
Portée – Rôles de base et élargis

Pour les fins du présent rapport, un DSP ou un MH est un médecin de santé publique embauché par une organisation de santé publique gouvernementale et dont le poste est légalement reconnu. Cet ensemble de compétences s'applique aussi tel quel aux postes de DSP adjoint et de MH adjoint. Les différences d'ordre structurel des systèmes de santé publique dans l'ensemble des 13 administrations provinciales et territoriales ont des répercussions sur les rôles attendus des DSP et des MH. Il semble exister un ensemble commun de rôles et de responsabilités pour les DSP et les MH, ce qui facilite la détermination d'un ensemble commun de compétences de base, mais selon le régime administratif, certaines attentes peuvent s'y ajouter. Par exemple, d'aucuns s'attendent à ce que les DSP et les MH jouent un rôle semblable à celui d'un directeur général (DG) et contribuent activement à l'analyse et à la planification plus générales du système de santé, en plus d'agir en qualité d'expert-conseil relativement à un programme ou à un domaine précis (voir la figure 1).

Les législations du Québec et de l'Ontario prévoient que les DSP et les MH ont des responsabilités de gestion pour leur division ou l'unité régionale de santé publique. Cette particularité s'applique aussi aux divisions sanitaires les plus importantes dans l'ensemble du pays. Dans les provinces dotées de systèmes de santé régionalisés, le DSP ou le MH peut également être tenu de contribuer activement à l'analyse de l'ensemble du système de santé ainsi qu'au processus décisionnel. C'est la norme au Québec et c'est typique des divisions sanitaires régionales importantes de l'ensemble du pays. Dans les unités ou départements de santé publique dotés d'un ou plusieurs DSP ou MH adjoints (DSPa ou MHa), il arrive souvent que chacun se concentre sur un secteur précis de la pratique de la santé publique à titre de médecin-conseil dans ce domaine. Le cas échéant, ces rôles élargis sont pleinement intégrés à l'ensemble des responsabilités du DSP ou du MH (ils sont considérés comme essentiels), exigent une portion considérable de leur temps et

constituent un critère important dans le recrutement et l'évaluation subséquente des DSP et des MH. Les compétences requises pour leurs rôles élargis ne sont pas entièrement prises en compte dans l'ensemble de compétences minimal décrit aux présentes et seront examinées à une étape ultérieure du projet.

Figure 1 : Compétences des DSP et des MH – Rôles de base et élargis



Note : ces rôles ne sont pas nécessairement mutuellement exclusifs, diverses combinaisons peuvent exister selon le contexte.

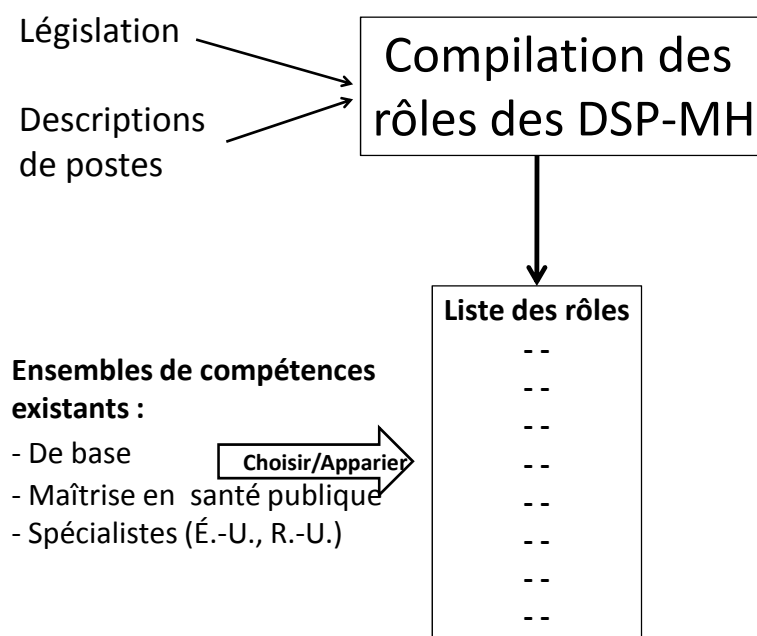
Ce rapport mettra l'accent sur la définition d'un ensemble minimal de compétences requises pour assumer les responsabilités et les rôles communs aux DSP et aux MH à la grandeur du pays. Bien que ce ne soit pas l'objectif principal de ce rapport, les compétences des DSP et des MH s'appliqueront également, du moins dans une certaine mesure, aux médecins en santé publique au palier provincial et territorial, et à ceux qui jouent d'autres rôles à l'échelle locale ou régionale et qui ne sont pas visés par un mandat enchâssé dans la législation.

MÉTHODES

Pour élaborer l'ensemble de compétences des DSP et des MH, deux approches auraient pu être retenues. L'une aurait été de partir d'un ensemble existant comme les compétences de spécialistes en santé communautaire et de l'adapter pour refléter la pratique des DSP et des MH. Mais l'ennui avec le caractère arbitraire de cette approche, c'est qu'en l'absence d'un mécanisme permettant d'éclairer la prise de décisions, elle risquait soit de diluer les compétences, soit d'imposer l'idée selon laquelle la formation spécialisée est la norme pour tous les DSP et les MH. Ni l'un ni l'autre de ces résultats n'étaient souhaitables. Le but visé consistait à répertorier les rôles et les responsabilités attendus des DSP et des MH afin de pouvoir déterminer les compétences requises pour les remplir. En d'autres termes, si le DSP ou le MH devait remplir le rôle « a », il devait posséder les connaissances et les compétences « x, y et z ».

La figure 2 illustre le processus utilisé. Afin de recenser les rôles et responsabilités attendus des DSP et des MH, on a utilisé deux sources d'information. D'abord, les mesures législatives provinciales et territoriales en matière de santé publique ont fait l'objet d'un examen, auquel est venu s'ajouter une revue des descriptions de postes de DSP et de MH provenant de l'ensemble du pays. Nous avons ensuite recherché des énoncés de compétences s'harmonisant avec les rôles et responsabilités cernés, en procédant étape par étape, à partir de l'ensemble de Compétences essentielles en santé publique au Canada⁴, suivi des compétences rattachées à la maîtrise en santé publique des États-Unis⁶ et de l'Australie⁷, et, au besoin, des ensembles de compétences des spécialistes des États-Unis^{8,9} et du Royaume-Uni¹⁰. Les exigences de la formation pour la spécialité en santé communautaire du Collège royal¹¹ ont été retenues pour une étape de validation ultérieure.

Figure 2 : Processus utilisé pour cerner les rôles et les compétences des DSP-MH



Nota : Les exigences de formation en santé communautaire du Collège royal n'ont pas été utilisées pour cerner les compétences des DSP et MH mais ont plutôt été retenues pour une étape de validation ultérieure.

Nous avons également étudié les différences de niveau de préparation qui existent entre les praticiens spécialistes et non spécialistes d'autres domaines médicaux comme l'anesthésie, la médecine d'urgence, l'obstétrique et la gynécologie.

COMPARAISON DES RÔLES DES MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE AVEC CEUX DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES MÉDECINS HYGIÉNISTES

Le rôle des médecins en santé publique

Les médecins de santé publique aux États-Unis ont été définis comme des médecins « dont la formation, la pratique et la vision reposent, dans une grande mesure, sur la pratique populationnelle plutôt qu'individuelle, en s'assurant que les services de santé publique essentiels soient à la disposition de la population »¹². Cette définition semble convenir au contexte canadien, mais il y a parfois de l'incertitude quant au rôle des médecins ayant une formation en santé publique au sein des systèmes de santé publique. De tels systèmes ont recours à de nombreuses professions compétentes en santé publique. Les ressources médicales sont soumises à de fortes pressions et il semble y avoir un manque d'attrait chez les médecins pour les carrières en santé publique. On peut donc légitimement s'interroger sur la contribution et le rôle requis des médecins dans les systèmes de santé publique. Pour tenter de répondre à cette question, les points ci-dessous ont été soulevés dans un récent rapport de l'US National Academy of Sciences.

- De par leur formation, les médecins ont une connaissance approfondie de la biologie moléculaire, de l'anatomie humaine, de la pathophysiologie, de la pharmacologie et d'autres sciences fondamentales qui sont essentielles pour comprendre l'interaction entre les personnes et leur environnement (par exemple entre le régime alimentaire, l'activité physique et les maladies cardiovasculaires).
- La formation des médecins les amène à recueillir des données de plusieurs sources (anamnèse, examen physique et résultats de laboratoire).
- De par leur formation, les médecins savent formuler la nature d'un problème de santé, élaborer des solutions, évaluer leurs résultats et apporter des corrections à mi-parcours au besoin.
- Les médecins œuvrent souvent au sein d'équipes interdisciplinaires en assurant un leadership pour la constitution de ces équipes.
- Les médecins prennent souvent des décisions dans un contexte d'incertitude – ils doivent agir même en présence de données insuffisantes ou conflictuelles quand il peut être question de vie ou de mort.
- L'opinion des médecins est souvent crédible quand il s'agit de problèmes de santé dans les communautés. Le public les considère comme des experts dignes de foi avec l'expertise la plus complète en santé et en prévention des maladies.
- Le leadership des médecins est essentiel en situation d'urgence lorsqu'il y a un besoin pressant d'expliquer les risques, de composer avec les peurs et de galvaniser des groupes pour faire face à l'urgence.

- Les médecins peuvent plus aisément utiliser leurs rapports avec leurs collègues de la communauté médicale pour obtenir leur collaboration et leur engagement¹².

C'est cet agencement de connaissance approfondie de la santé et de la maladie et d'une grande capacité d'analyse et de règlement des problèmes conjugué à une connaissance et à des compétences en santé publique qui permet aux médecins de santé publique d'intégrer des sources multiples d'information et de prendre les décisions nécessaires pour promouvoir la santé et protéger la population, et d'en être imputable.

Bien que ce document soit limité aux médecins exerçant des mandats légaux au sein des systèmes, le rapport de la *National Academy of Sciences* décrit trois niveaux d'engagement que les médecins peuvent avoir dans les systèmes de santé publique.

1. Tous les médecins contribuent, dans le cadre de leurs activités cliniques habituelles, à la réalisation des objectifs de santé publique. Par exemple, le diagnostic, le traitement et la déclaration des maladies infectieuses et le conseil sur le renoncement au tabac sont des activités qui contribuent aux buts plus globaux en santé publique au niveau de la population.
2. Certains médecins fournissent des services précis au sein du système de santé publique : par exemple, un médecin de famille qui assure des services cliniques dans une clinique de santé publique spécialisée en santé sexuelle.
3. Les médecins qui font carrière dans le secteur de la santé publique¹²; les DSP et les MH font partie de ce groupe.

Ces trois catégories de contribution des médecins en santé publique ne sont pas interchangeables. La pratique de la médecine en santé publique est très différente de la médecine clinique; ainsi, les compétences importantes exigées en santé publique pour les médecins du troisième groupe ne sont pas nécessaires pour les praticiens des deux autres groupes. En d'autres termes, le fait d'avoir pratiqué dans un contexte de soins primaires à l'échelle communautaire (c.-à-d. les rôles 1 ou 2), même pendant de nombreuses années, n'est pas en soi une préparation adéquate pour assumer la responsabilité d'un DSP ou d'un MH. La section ci-dessous présente en détail les rôles attendus des DSP et des MH.

Fonctions et formation attendue des DSP et des MH

Exigences légales applicables aux DSP et aux MH

Étant donné que les DSP et les MH sont des postes de médecins en santé publique qui sont définis dans des lois, un examen des lois des provinces et territoires canadiens en ce domaine a été effectué afin de :

- cerner les rôles et les fonctions attendus des DSP et des MH;
- déterminer les exigences et les attentes en matière de formation telles que décrites dans les lois ou les règlements sur la santé publique.

On a relevé les lois et règlements régissant la santé publique par le truchement du site Web de l'Institut canadien d'information juridiqueⁱⁱⁱ. Notre attention a porté principalement sur les attentes relatives aux DSP et aux MH au niveau sous provincial (c.-à-d. au niveau de l'autorité sanitaire régionale ou de l'unité de santé publique). Bien que les législations sur la santé publique énoncent généralement les fonctions et la formation requise pour les directeurs de santé publique ou médecins hygiénistes en chef provinciaux et territoriaux, il s'agit de postes d'un niveau plus élevé que les postes de DSP ou MH typiques. Ces mesures législatives ne sont donc pas tellement utiles pour documenter les compétences essentielles pour tous les DSP ou MH. Une conséquence de cette approche est qu'elle exclut les DSP et les MH des administrations de plus petite taille comme celles de l'Île-du-Prince-Édouard et des trois territoires, où les rôles des médecins en chef sont amalgamés à ceux des DSP et des MH.

L'examen de la législation réalisé en milieu d'année 2008 a permis de constater ce qui suit:

- Les mesures législatives sont surtout axées sur les responsabilités en matière de protection de la santé relativement à la déclaration des maladies transmissibles et des risques sanitaires, sur les enquêtes et sur les mesures d'atténuation.
- Les attentes concernant d'autres secteurs de la pratique de la santé publique comme l'évaluation de l'état de santé de la population, la surveillance, la communication de l'information sur la santé de la population et la prévention des maladies et des affections autres que les maladies transmissibles, ne sont explicites qu'au Québec et en Ontario. Il s'agit aussi des deux seules provinces qui établissent des attentes formelles pour les DSP ou les MH en leur qualité de directeurs d'organismes de santé publique régionaux (soit un rôle élargi similaire à celui de directeur général).
- Les exigences en matière de formation des DSP et des MH sont explicites dans quatre des neuf provinces :
 - dans trois provinces, le certificat du Collège royal est requis, mais un médecin possédant une formation, des connaissances, des compétences et une expérience suffisantes peut exercer les pouvoirs et les fonctions d'un DSP ou d'un MH;
 - dans une province (C.-B.), le certificat du Collège royal est préférable mais la maîtrise est requise;
 - dans une autre province, il est précisé que le médecin doit avoir une formation en matière de soins de santé communautaires;

ⁱⁱⁱ L'Institut canadien d'information juridique (CanLII) est un organisme sans but lucratif créé par la Fédération des ordres professionnels de juristes du Canada, en d'autres termes, les associations d'avocats des provinces et des territoires du Canada et la Chambre des notaires du Québec. (<http://www.canlii.org/en/index.html>).

- Deux provinces donnent une description des compétences, des aptitudes et de l'expérience souhaitées. La description la plus détaillée consiste en une norme de la Colombie-Britannique, et l'Ontario indique quatre domaines de compétences requis.

Dans l'ensemble, les mesures législatives en vigueur au Canada prévoient des directives variées et limitées concernant les attentes relatives aux fonctions et à la formation des DSP et des MH. Des renseignements additionnels sur les fonctions identifiées dans chacune des législations provinciales figurent à l'annexe A.

Descriptions de postes de DSP et de MH

Plusieurs administrations provinciales ont fourni des descriptions de postes de directeurs de santé publique ou de médecins hygiénistes. Dans l'ensemble, ces descriptions fournissent une représentation beaucoup plus détaillée et complète des rôles et des responsabilités des DSP et des MH que celle des législations en santé publique. Malgré les différences dans les mesures législatives provinciales, les structures des systèmes de santé et la présentation des descriptions de poste, il y a clairement des éléments communs dans les attentes relatives aux DSP et aux MH à la grandeur du pays. Les rôles et responsabilités qui suivent sont apparus dans la plupart des descriptions de poste :

- surveillance, évaluation et communication de l'information concernant la santé de la population;
- expert-conseil;
- promotion de la santé;
- exigences légales pour les enquêtes sur les risques pour la santé et l'atténuation de ceux-ci;
- prévention et contrôle des maladies transmissibles;
- prévention et contrôle des maladies non transmissibles;
- leadership dans la planification des urgences en santé publique;
- surveillance et contrôle de la santé environnementale;
- planification et élaboration de programmes;
- participation à la recherche sur l'état de santé de la population;
- éducation;
- gestion.

À l'aide de cette liste, les énoncés des rôles et des responsabilités des diverses descriptions de poste ont été regroupés et les doublons ont été éliminés. Pour bien saisir la nature de chaque regroupement ou domaine^{iv}, une courte description a été élaborée. Par suite des commentaires obtenus lors d'une première ronde de consultations, le nombre de domaines a beaucoup diminué.

^{iv} Domaine : une sphère d'activités, de préoccupations ou de fonctions.

DÉTERMINATION DES COMPÉTENCES DE BASE DES DSP ET DES MH

Identification des énoncés de compétences

Dotés d'une compréhension plus claire des rôles et des responsabilités des DSP et des MH, nous sommes passés à l'étape suivante qui consistait à répertorier les connaissances, les aptitudes et les attitudes requises (c'est-à-dire les compétences) pour remplir ces rôles. Il aurait été possible de partir de zéro et de tenter d'élaborer l'ensemble des compétences, mais l'utilisation des ensembles existants offrait certains avantages. Nous avons procédé de façon graduelle. Les « Compétences essentielles canadiennes » reflètent le dénominateur commun des connaissances et des aptitudes attendues de tous les praticiens de la santé publique, dont les DSP et les MH. Lorsqu'il y avait des lacunes, des compétences pertinentes ont été extraites des ensembles de compétences des titulaires d'une MSP^{6,7}. De façon générale, l'exemple australien a été beaucoup plus utile pour le présent exercice en raison de l'approche interdisciplinaire adoptée. Pour toute autre lacune restante, les ensembles de compétences des spécialistes du R.-U.^{10,13}, des É.-U.^{8,9}, et de l'Australie¹⁴ ont été examinés afin de relever les énoncés pertinents.

Présentation commune des domaines

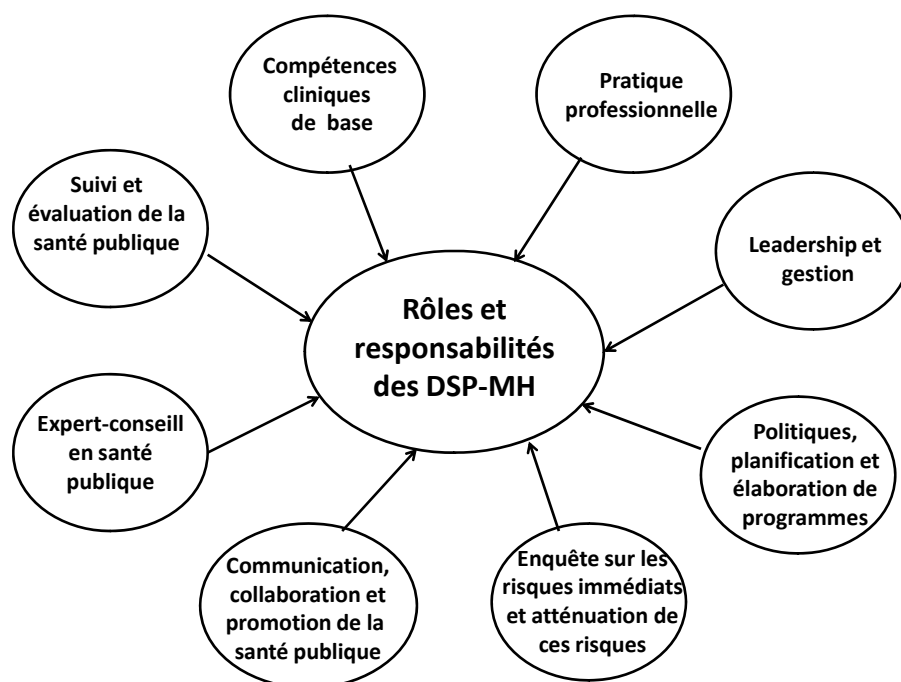
Une approche commune a été retenue pour la présentation des énoncés des rôles et des compétences :

- titre du domaine;
- description du domaine;
- établissement d'une liste des rôles et responsabilités typiques des DSP et des MH pour ce domaine;
- compétences des DSP et des MH requises pour remplir le rôle en question.

Domaines de l'ensemble de compétences

La version préliminaire de l'ensemble de compétences distribuée sur le terrain aux fins des consultations comportait en tout 52 compétences regroupées en 12 domaines. Suivant les commentaires recueillis, le nombre de domaines a fortement diminué, mais l'ajout d'un nouveau domaine englobant les compétences cliniques de base a porté le nombre de domaines à huit, avec 51 énoncés de compétences. La figure 3 illustre les huit domaines formant l'ensemble minimal des compétences requises des DSP et des MH.

Figure 3 : Domaines de l'ensemble de compétences de base des DSP-MH



Bien que les compétences soient regroupées en domaines pour en faciliter l'examen et l'application, la réalité, c'est que tout énoncé ou domaine donné de compétences n'existe pas de façon isolée du reste de l'ensemble des compétences. Bon nombre de tâches assumées par les DSP et les MH sont relativement complexes et touchent à des domaines multiples. À titre d'exemple, le domaine *Politiques, planification et élaboration de programmes* met l'accent sur l'analyse de politiques et la planification de programmes, comme il fallait s'y attendre.

En pratique, l'élaboration de politiques ou de programmes dépend non seulement de ces compétences mais aussi de celles d'autres domaines, notamment les suivantes :

- fonctions, structures et rôles des diverses composantes des systèmes de santé (domaine 1);
- évaluation des besoins des populations et établissement de leur ordre de priorité (domaine 2);
- détermination et application des données probantes (domaine 3);
- utilisation de techniques appropriées de communication et de marketing social, promotion de la santé et collaboration (domaine 6);
- leadership stratégique et direction d'équipes (domaine 7);
- gestion de programmes et de projets (domaine 7);
- participation à la recherche appliquée afin de produire de nouvelles connaissances pour soutenir la pratique (domaine 8).

Comme le montre la figure 3, les DSP et les MH devront faire appel à des compétences touchant à tous les domaines afin de remplir les rôles attendus d'eux.

Rétroaction obtenue au cours des consultations menées jusqu'à présent

Après discussion avec le Conseil des médecins hygiénistes en chef, la version 3 des compétences a été distribuée à tous les DSP et MH du pays par l'entremise des médecins hygiénistes en chef des provinces et territoires. Le document a été affiché sur le site Web de la SNSMC et un sondage en ligne fourni afin de recueillir les commentaires des intervenants. Certaines organisations qui n'étaient pas équipées pour accéder à l'instrument de sondage ont reçu une version Word du questionnaire. Au total, 22 personnes ont répondu en ligne. Des présentations ont également eu lieu devant le Conseil de la SNSMC, le Comité de la spécialité en médecine communautaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Réseau canadien pour la santé urbaine, ainsi que devant des groupes de DSP et de MH de trois provinces (Ontario, Nouveau-Brunswick et Alberta).

Globalement, la majorité des répondants ont indiqué que l'ensemble de compétences reflète fidèlement les attentes relatives à la pratique des DSP et MH. Toutefois, jusqu'à maintenant, la plupart des répondants et des participants aux séances de consultation ont soulevé la question des répercussions possibles de l'ensemble de compétences. Les sujets d'inquiétude concernant ces répercussions sont abordés dans la section Discussion de ce rapport.

À l'heure actuelle, le groupe de travail est au fait de deux groupes qui ont déjà commencé à utiliser l'ensemble de compétences. Une unité de santé publique de l'Ontario s'en est servi abondamment pour reformuler sa description de poste pour les DSP-MH, et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) pilote sa mise en œuvre pour l'évaluation des médecins qui envisagent de changer leur pratique médicale pour se consacrer à la santé communautaire.

ENSEMBLE DES RÔLES ET COMPÉTENCES DE BASE DES DSP ET MH

1. *Compétences cliniques de base*

La préoccupation première des DSP et MH doit être la santé des populations. Leur connaissance approfondie de la santé et des maladies des humains, conjuguée à de grandes capacités d'analyse et de résolution des problèmes, fournit une base solide à laquelle ils peuvent ajouter leurs connaissances et leurs compétences en santé publique. Bien qu'ils ne soient généralement pas chargés des soins directs aux patients, les DSP-MH doivent appliquer leurs connaissances, leurs compétences et leur expérience en médecine clinique afin d'évaluer les enjeux, de prendre des décisions et de les communiquer en ce qui a trait à la santé du public.

Pour s'acquitter de leurs responsabilités en matière de santé publique, les DSP et MH devraient avoir une connaissance pratique des domaines ci-dessous :

- 1.1. Fonctions, structures et rôles des diverses composantes du système de santé.
- 1.2. Biologie moléculaire, anatomie humaine, pathophysiologie, pharmacologie et autres domaines scientifiques de base essentiels à la compréhension de l'interaction entre les personnes et leur environnement.
- 1.3. Dépistage, enquête et intervention relativement aux maladies infectieuses importantes pour la santé publique.
- 1.4. Mesures sanitaires courantes pour la prévention et la lutte contre l'éclosion de maladies transmissibles.
- 1.5. Campagnes d'immunisation et gestion des effets secondaires négatifs.
- 1.6. Mesures d'intervention efficaces de nature clinique ou préventive, y compris les mesures de prévention primaires et secondaires, relatives à des maladies infectieuses et chroniques, aux blessures, à la santé mentale et au développement de la petite enfance.
- 1.7. Prestation de services favorisant la santé sexuelle.
- 1.8. Dépistage, enquêtes et gestion initiale de conditions sanitaires d'étiologie environnementale ou professionnelle.

2. Surveillance et évaluation de l'état de santé de la population

Les DSP et les MH jouent un rôle central dans l'évaluation de l'état de santé de la population. À cette fin, ils doivent connaître à fond les questions de santé des populations, les déterminants de la santé et les risques potentiels. Cette analyse permet de dresser des profils de la santé communautaire et de préparer des rapports sur l'état de santé des populations afin d'éclairer l'établissement des priorités ainsi que la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes. L'évaluation de la santé des populations dépend de la disponibilité des données. Les DSP et les MH doivent pouvoir évaluer la capacité des systèmes de collecte de données et de surveillance à fournir une information valide et complète, et savoir proposer des améliorations au besoin.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- Assurer la surveillance continue de l'état de santé et de bien-être de la population et ses déterminants afin de :
 - obtenir une image d'ensemble de l'état de santé et de bien-être de la population;
 - observer les tendances et les variations dans le temps et dans l'espace;
 - déceler les problèmes émergents;
 - relever les problèmes majeurs;
 - élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé et du bien-être de la population;
 - surveiller l'évolution, au sein de la population, de certains problèmes précis de santé et de bien-être et de leurs déterminants.
- Évaluer la qualité et l'exhaustivité des données et proposer des recommandations au besoin.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 2.1. Évaluer et décrire systématiquement l'état de santé et de bien-être d'une population, les déterminants des problèmes les plus sérieux et leur répartition à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.
- 2.2. Identifier les besoins de santé et bien-être de la population en intégrant les informations sur l'état de santé et de bien-être, les services existants et les interventions démontrées efficaces.
- 2.3. Déterminer et appliquer des critères de priorité des besoins de santé et de bien-être de la population.

- 2.4. Évaluer l'efficacité des systèmes de surveillance de la santé et du bien-être de la population.
- 2.5. Comprendre l'utilisation et les avantages des technologies de l'information pour la surveillance et la connaissance de la santé et du bien-être de la population.
- 2.6. Utiliser la technologie de l'information et de la communication pour le traitement de texte, la recherche de références, l'analyse statistique, l'affichage graphique, la gestion de bases de données, et la communication.

3. Expert-conseil en santé publique

Les DSP et les MH doivent faire montre de solides capacités analytiques et décisionnelles reposant sur des données probantes. Ils doivent être particulièrement compétents en matière de collecte de données, d'évaluation et d'intégration de diverses sources d'information afin d'en tirer des conclusions significatives et pertinentes applicables aux programmes et services de santé et de bien-être. Ils doivent pouvoir prendre des décisions dans des situations critiques en l'absence de renseignements complets. Reposant sur une perspective populationnelle, l'ordre de priorité des décisions tient compte de l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population. Les DSP et les MH consultent et conseillent les autres praticiens, les organismes de soins de santé et de bien-être, les groupes communautaires et les agences gouvernementales à propos des mesures appropriées pour la prévention des maladies, la protection de la santé et la promotion de la santé et du bien-être.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- Être une référence pour l'ensemble des domaines de la santé publique, par exemple : maladies transmissibles, santé environnementale, promotion de la santé, prévention des maladies, protection de la santé, maladies chroniques, traumatismes, prévention et contrôle des infections, santé mentale, santé de la mère et de l'enfant, santé et sécurité en milieu de travail.
- Guider les conseils^v d'administration et les décideurs à propos de la santé et du bien-être de la population, formuler des recommandations stratégiques pour répondre aux questions prioritaires et contribuer à la planification des services de santé et bien-être pour la région^{vi}.
- Agir à titre d'autorité médicale régionale en santé publique en offrant des conseils fondés sur des données probantes :
 - au personnel de santé publique;
 - aux professionnels des services de santé et bien-être, et particulièrement aux médecins;
 - aux conseils municipaux, aux commissions scolaires, aux groupes communautaires et à la collectivité.
- S'assurer que les données probantes pertinentes contemporaines sont utilisées pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé publique.

^v Conseil : un organe de gestion pour la santé et le bien-être de la population. Ce peut être un conseil de santé publique distinct (p. ex. dans certaines parties de l'Ontario) ou un conseil d'administration d'un ensemble de services de santé et de bien-être dont la santé publique (les autorités sanitaires régionales par exemple).

^{vi} Région : un secteur géographique défini dont un organisme de santé publique est responsable.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 3.1. Appliquer les concepts suivants à la pratique de la santé publique : l'état de santé et bien-être des populations, les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, les déterminants de la santé, du bien-être et des maladies, les stratégies de promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de santé et de bien-être.
- 3.2. Lorsqu'appelé à donner des conseils, clarifier la nature de la demande et recueillir et résumer les renseignements ainsi que les données probantes pertinentes.
- 3.3. Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.
- 3.4. Reconnaître les dimensions sociales, culturelles et éthiques reliées aux questions de santé et de bien-être.
- 3.5. Évaluer le bien-fondé relatif (examiner la pertinence pour le groupe cible, les ressources nécessaires, etc.) de composantes d'interventions possibles (formation, promotion, politiques, règlement, collaboration, services cliniques, etc.) pour répondre à l'ensemble d'une question de santé publique.
- 3.6. Prendre des décisions en temps opportun dans des situations et des environnements complexes et en assumer la responsabilité.

4. Enquêter sur les risques immédiats pour la santé et atténuer ces risques

Les DSP et les MH sont responsables de l'évaluation des risques pour la santé et le bien-être du public et de la prise de toute mesure jugée nécessaire pour les réduire ou les éliminer. Ils doivent assurer un leadership dans le cadre de la préparation et de l'intervention en situation d'urgence de santé publique.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- S'assurer que les dangers pour la santé et le bien-être de la population sont adéquatement anticipés et prévenus lorsque la chose est possible et qu'ils sont rapidement investigués et contrôlés s'ils se manifestent.
- Respecter, interpréter et appliquer l'ensemble des mesures légales pertinentes en matière de santé publique (y compris les règlements et les protocoles).
- Entretenir des programmes complets de surveillance, d'enquêtes, de gestion, de notification des partenaires et de suivi pour assurer la prévention et le contrôle efficace des maladies transmissibles :
 - œuvrer de concert avec le personnel de lutte contre les maladies et lui fournir des directives concernant l'enquête sur les maladies transmissibles et leur contrôle;
 - conseiller et consulter les médecins, les autres fournisseurs de soins de santé, les organisations, et le public au sujet du contrôle des maladies transmissibles et s'employer à élaborer des approches pour répondre aux éclosions;
 - diriger les enquêtes et la gestion des éclosions;
 - avoir recours à diverses expertises (toxicologues, épidémiologistes, sociologues, spécialistes de la gestion des maladies, etc.) selon les besoins, pour investiguer et contrôler les dangers.
- Surveiller et contrôler les risques environnementaux pour la santé :
 - diriger et travailler avec les inspecteurs de santé publique le cas échéant;
 - participer à l'élaboration de politiques et de procédures pour la santé environnementale;
 - œuvrer de concert avec d'autres parties prenantes pour évaluer les préoccupations de santé environnementale et intervenir au besoin;
 - diriger les enquêtes sur les dangers environnementaux lorsque requis.

- Coordonner l'élaboration, la mise à jour et la mise en œuvre du plan d'urgence régional en santé publique.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 4.1. Avoir une connaissance approfondie des responsabilités et des pouvoirs légaux d'un DSP ou d'un MH afin de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être de la population.
- 4.2. Élaborer un plan organisationnel afin de se préparer en vue d'une urgence de santé publique, d'intervenir en conséquence et de s'en rétablir.
- 4.3. Diriger une enquête afin d'évaluer et de contrôler les risques possibles pour la santé et le bien-être.
- 4.4. Communiquer avec d'autres professionnels et organisations pour recueillir de l'information et coordonner les mesures d'enquête et d'atténuation des risques.
- 4.5. Déterminer la meilleure ligne de conduite à adopter, y compris l'exercice des pouvoirs légaux, pour répondre à des situations posant un risque pour la santé ou le bien-être et assumer la responsabilité des mesures recommandées.
- 4.6. Donner des directives au personnel de santé publique dans le cadre d'enquête et de contrôle des risques pour la santé et le bien-être.

5. Politiques, planification et élaboration de programmes

Les DSP et les MH élaborent, recommandent et mettent en œuvre des politiques publiques pour améliorer la santé et le bien-être. Leur participation aux travaux sur les politiques peut se faire à divers niveaux, comme des politiques saines concernant plusieurs entités gouvernementales, les politiques de santé et de bien-être prévues pour les organisations reliées à la santé et au bien-être ainsi que la prise de décisions concernant les programmes et les services de santé publique. De plus, les DSP et les MH contribuent à la planification et à la mise en œuvre des programmes et services de santé publique.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- Élaborer, recommander et mettre en œuvre des politiques publiques pour améliorer la santé et le bien-être.
- Agir comme conseiller et/ou planifier, mettre sur pied et évaluer des programmes et des services pertinents pour répondre aux besoins des collectivités.
- Agir comme conseiller et/ou planifier, mettre sur pied et évaluer des programmes et des services pertinents pour assurer un continuum de soins à la population.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 5.1. Évaluer systématiquement la faisabilité et les répercussions d'ordre social, économique, environnemental, juridique et éthique des choix de politiques en s'inspirant de l'analyse de diverses formes de données probantes.
- 5.2. Procéder à une analyse coûts-bénéfices des options pour déterminer une ligne de conduite (p. ex., grille pour l'établissement des priorités).
- 5.3. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action prévoyant des objectifs clairs et mesurables et un budget avisé et suffisant.
- 5.4. Concevoir des plans d'évaluation des programmes de santé publique et interpréter les résultats des améliorations apportées.

6. Communication, collaboration et promotion de la santé publique

Pour les professionnels et les établissements des soins de santé et de bien-être, le secteur de l'éducation, les organismes communautaires de santé et de services sociaux, les organes de planification, les autorités municipales et le grand public, les DSP et les MH sont la source principale d'information concernant la santé publique. Ils doivent donc être des porte-paroles dignes de foi et efficaces tant en amont qu'en réponse à une crise. Ils doivent posséder des aptitudes en expression orale et écrite très développées afin de présenter une information complexe de façon claire, concise et adaptée à l'auditoire.

Les DSP ou les MH utilisent leur connaissance des parties prenantes de la collectivité, des processus politiques et des ressources communautaires pour élaborer et façonner des stratégies avec leurs partenaires et défendre ces dossiers au sein de l'organisation ou au niveau intersectoriel afin de mobiliser les parties prenantes en vue de cerner les inégalités en santé et de bâtir des politiques publiques judicieuses pour réduire ces inégalités.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- Agir en tant que source d'information principale auprès de la collectivité au sujet des questions, des programmes et des politiques de santé publique, y compris :
 - utiliser les médias de façon proactive pour communiquer à la population les risques pour la santé et le bien-être, les menaces et leur mode de gestion;
 - préparer des rapports sur l'état de santé de la population de la région, qui expliquent les inégalités et les iniquités relatives aux déterminants de la santé, et surveiller les changements touchant l'état de santé – c'est l'aspect diffusion des résultats concernant la surveillance et l'évaluation de la santé de la population.
- S'engager auprès d'autres acteurs et les influencer efficacement dans un environnement multisectoriel complexe afin d'améliorer et de protéger la santé et le bien-être de la population.
 - Les partenaires potentiels comprennent les suivants :
 - le système de soins de santé et de bien-être;
 - d'autres organisations, sociétés, comités, associations, etc. reliés à la santé et au bien-être;
 - les ministères et les organismes gouvernementaux, particulièrement au niveau local et régional : conseils municipaux, conseils scolaires et organisations responsables de la santé mentale,

- des services sociaux, des programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues, du logement, des ressources naturelles et de la protection de l'environnement, etc.;
- les dirigeants et les membres des communautés autochtones;
 - les partenaires et les établissements universitaires;
 - les groupes communautaires, les organisations non gouvernementales et les groupes d'affaires.
- œuvrer en collaboration au sein du système de santé publique :
 - autres organisations de santé publique régionales ;
 - au palier provincial ou territorial ;
 - participer aux comités provinciaux ou territoriaux et occasionnellement aux comités fédéraux-provinciaux-territoriaux.
 - faire la promotion d'une amélioration de la santé, et à cette fin :
 - influencer les processus décisionnels politiques ou des partenaires s'appuyant sur des données probantes;
 - parler au nom des membres marginalisés de la collectivité et de ceux qui sont exposés à des risques;
 - promouvoir les systèmes de santé et bien-être qui répondent aux besoins des populations;
 - promouvoir des milieux et des installations qui favorisent des choix sains;
 - promouvoir les interventions en santé publique qui se sont révélées efficaces et efficientes au niveau des systèmes provinciaux, territoriaux et fédéral;
 - promouvoir des politiques publiques saines dans les autres secteurs que la santé et le bien-être (environnement, éducation, loisirs, logement, etc.).

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 6.1. Mobiliser les personnes et les collectivités en ayant recours aux médias appropriés, aux ressources communautaires et aux techniques de marketing social pertinentes.
- 6.2. Fournir aux décideurs politiques et administratifs ainsi qu'au grand public des informations appropriées (démographiques, statistiques, scientifiques, sur les programmes, etc.) sur l'état de santé et de bien-être pour influencer leurs actions.
- 6.3. Comprendre les différents rôles joués par les organisations, les agences, les particuliers et les professionnels et l'influence qu'ils peuvent avoir sur la santé et le bien-être et les inégalités en matière de santé.
- 6.4. Savoir utiliser des outils comme le travail en équipe, la négociation, la gestion des conflits et l'animation de groupes pour construire des partenariats efficaces avec les institutions et les joueurs clés.
- 6.5. Comprendre comment influencer les plans politiques et les façonner de manière à améliorer la santé et à réduire les inégalités.
- 6.6. Préparer une stratégie de plaidoyer reposant sur des données probantes concernant les interventions et le plaidoyer efficace en santé publique pour influencer les politiques publiques.

7. Leadership et gestion

Les DSP et les MH exercent un leadership organisationnel et intersectoriel crucial. Par la collaboration et le plaidoyer pour des politiques publiques saines, ils mettent de l'avant des mesures visant à améliorer et à protéger la santé et le bien-être de la population. Au niveau de l'organisation, ils partagent une vision et des objectifs pour guider l'intervention. Ils établissent également un lien entre le travail quotidien et les objectifs à long terme pour optimiser le fonctionnement des équipes de santé publique et des praticiens en solo. Bien que les DSP et les MH ne jouent pas systématiquement un rôle de leadership dans la direction des organisations de santé publique partout au pays, ils participent à la direction et à la gestion des programmes et des activités de santé publique, y compris à l'affectation des ressources ainsi qu'à la planification et au contrôle budgétaires.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- mettre de l'avant des mesures intersectorielles visant à améliorer et à protéger la santé et bien-être du public;
- promouvoir une vision et des objectifs communs pour guider l'intervention;
- assurer un leadership afin d'élaborer un plan de santé pour la région;
- favoriser l'amélioration de l'organisation et le fonctionnement du système, et à cette fin :
 - œuvrer de concert avec les équipes de santé publique et les personnes pour optimiser le rendement;
 - identifier les tendances et les défis en matière de santé publique, contribuer à la détermination des priorités de santé et de bien-être et établir des normes pour les programmes de santé publique;
 - œuvrer de concert avec la haute direction afin de bien faire comprendre et de faire approuver les priorités de santé et de bien-être;
 - collaborer avec les responsables provinciaux de la santé sur les questions suprarégionales;
- être imputable de ses décisions.
- gérer équitablement et efficacement le personnel et participer aux décisions concernant les ressources humaines.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 7.1. Évaluer l'environnement politique exigeant dans lequel il travaille et y fonctionner efficacement.
- 7.2. Établir et maintenir des alliances et des partenariats stratégiques dans un environnement politique exigeant.
- 7.3. Identifier une orientation et une vision stratégiques pour la santé et le bien-être et les communiquer jour après jour à une grande variété de personnes et d'institutions.
- 7.4. Contribuer efficacement au changement organisationnel et à la mise en œuvre de décisions stratégiques.
- 7.5. Diriger efficacement dans l'incertitude et l'ambiguïté.
- 7.6. Mettre en œuvre un style de leadership efficace et approprié aux circonstances et situations particulières.
- 7.7. Établir des priorités et optimiser les résultats en fonction des ressources disponibles.
- 7.8. Comprendre les principes et pratiques afférentes aux ressources humaines.

8. Pratique professionnelle

Puisqu'ils sont des professionnels de la santé dans une profession réglementée, les DSP et les MH sont régis par un code de déontologie qui les engage au respect de l'éthique, au maintien d'une expertise pratique en santé publique et à l'amélioration continue de leurs connaissances et de leurs compétences professionnelles. À titre d'élite professionnelle d'une organisation de santé publique, les DSP et les MH doivent agir comme mentors, éducateurs et modèles et ils doivent contribuer à améliorer les connaissances et les aptitudes en matière de santé publique chez les autres. Ils contribuent également à l'élaboration de nouvelles connaissances pour documenter la pratique, notamment en formulant des questions de recherche appliquée qui doivent être abordées, en facilitant ou participant à des projets de recherche et en diffusant les résultats.

Les rôles et responsabilités typiques du DSP ou du MH dans ce domaine comprennent les suivants :

- respecter les exigences déontologiques, éthiques et juridiques de la pratique;
- traiter les gens avec respect et maturité;
- maintenir une expertise professionnelle en santé publique;
- déléguer certains actes médicaux qui sont effectués par le personnel comme l'immunisation et le traitement des maladies transmissibles.
- améliorer les compétences du personnel de la santé publique ;
- renseigner les autres fournisseurs de soins de santé sur les questions de santé publique;
- contribuer à la formation et au perfectionnement des futurs praticiens (participer à l'établissement de programmes d'études, enseigner, faire fonction d'instructeur, de superviseur de projet de recherche, dans la mesure où c'est pertinent).
- coordonner et participer à la recherche sur la santé de la population, ainsi qu'à l'amélioration de la pratique en santé publique;
- offrir de l'aide méthodologique aux organismes communautaires pour la recherche en santé publique;
- respecter les principes éthiques de la recherche comportant des sujets humains et leur application dans les travaux sur des populations marginalisées ou démunies.

Pour remplir ce rôle, un DSP ou un MH doit être capable de ...

- 8.1. Faire montre de sensibilité et de compréhension concernant les antécédents culturels, ethniques et socioéconomiques variés des personnes et des groupes et appliquer les principes éthiques en santé publique.
- 8.2. Chercher constamment à se perfectionner afin d'améliorer sans cesse ses capacités et son expertise parallèlement à l'amélioration des opérations et des résultats de l'organisation.
- 8.3. Assurer la surveillance clinique requise des actes médicaux délégués.
- 8.4. Faire fonction de mentor et de modèle auprès des collègues moins expérimentés.
- 8.5. Contribuer aux activités d'apprentissage de l'équipe et de l'organisation afin de promouvoir les buts de la santé publique.
- 8.6. Appliquer une expertise méthodologique en recherche et en statistique afin de permettre l'évaluation de la santé communautaire et l'évaluation critique des études et rapports de recherche en santé publique.
- 8.7. Contribuer à la détermination des priorités de la recherche appliquée en santé publique et participer à la tenue des projets de recherche appliquée en santé publique.

ANALYSE ET DISCUSSION

À partir des mesures législatives existantes en matière de santé publique et des descriptions de poste des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes, nous avons élaboré l'ensemble de compétences de base requises des DSP et des MH afin d'aider divers intervenants à relever plus efficacement les défis associés au poste de DSP ou de MH au Canada. Au cours du processus, le groupe de travail a reçu et examiné de façon itérative les commentaires de DSP et de MH ainsi que de certaines organisations professionnelles en vue d'élaborer l'ensemble de compétences de base requises des DSP et des MH. Tenant compte du besoin qui se fait sentir actuellement pour ce genre d'outil, le groupe de travail est au fait de deux cas où une version préliminaire de l'ensemble de compétences est déjà utilisée. La présente section porte sur les efforts visant une évaluation et une validation plus poussées de l'ensemble de compétences et des réflexions du groupe de travail sur les répercussions éventuelles de cet ensemble.

Comparaison entre les compétences de base des DSP-MH et les exigences relatives à la formation en santé communautaire

La formation de spécialiste en santé communautaire est souvent considérée comme la voie privilégiée pour la préparation des DSP et des MH. Nous avons comparé une version antérieure de l'ensemble des compétences de base des DSP et des MH aux exigences de formation du Collège royal pour les spécialistes en santé communautaire. Cependant, il semble y avoir un certain nombre de réserves quant à ce type de comparaison.

- Les exigences en matière de formation ne sont pas du même ordre que les compétences.
- La pratique en santé publique en qualité de DSP ou de MH ne représente qu'un des nombreux cheminements de carrière pour les spécialistes en santé communautaire.
- Les deux éléments n'ont pas le même niveau de détail, ce qui nécessite une certaine interprétation subjective.

Néanmoins, une comparaison des deux ensembles a été faite et le tableau de concordance résultant est présenté à l'annexe B.

Dans une large mesure, il semble y avoir une grande concordance entre l'ensemble de compétences de base des DSP et des MH et les exigences en formation du Collège royal. Dans l'ensemble, et pour bon nombre d'énoncés, le Collège royal semble plus exigeant, en portée et en profondeur, quant aux connaissances et aux aptitudes requises. Cependant, les compétences des DSP et des MH sont plus explicites quant au leadership stratégique et à la compréhension du contexte politique (ainsi qu'à l'aptitude à y évoluer). Un énoncé du Collège royal traitant de la santé au travail ne correspond à aucune compétence des DSP ou des MH; cet aspect revêt une importance variable pour les DSP et les MH des différentes régions au pays. Mais la grande comparabilité entre les deux ensembles de compétences

semble indiquer que l'ébauche des compétences des DSP et des MH est conceptuellement valide, tant sur le plan du contenu que de la structure.

Ensemble des compétences essentielles des DSP et des MH comme outil de base

Divers intervenants du système de santé ont des intérêts ou des points de vue particuliers concernant l'élaboration d'un ensemble de compétences de base des DSP et des MH, notamment les suivants :

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux qui, par leur législation en matière de santé publique, ont le choix de fixer des attentes relativement à la formation ou aux compétences des DSP et des MH. De plus, les directeurs de santé publique ou médecins hygiénistes en chef dans certaines administrations peuvent avoir à approuver la désignation de médecins au poste de DSP ou de MH, et à conseiller les autorités provinciales ou territoriales chargées de l'octroi des licences de médecine quant à la compétence d'un candidat ou d'une candidate à une licence restreinte, et à fournir des évaluations périodiques de leur pratique.
- Les autorités provinciales ou territoriales chargées de l'octroi des licences de médecine qui établissent les politiques d'octroi/d'enregistrement de licence de pratique médicale dans leur champ de compétence, qui peuvent inclure les attentes relatives aux médecins praticiens qui envisagent une réorientation (p. ex., passent d'une médecine familiale communautaire à un poste de DSP ou de MH).
- Les médecins qui désirent occuper un poste de DSP ou de MH ont une responsabilité professionnelle de pratiquer dans les limites de leur formation et de leurs compétences et doivent connaître les compétences requises à ce poste. Les compétences de base attendues des DSP et des MH qui sont présentées dans ce rapport sont des compétences requises à l'arrivée à ce poste.
- Les employeurs des DSP et des MH qui ont la responsabilité d'embaucher des personnes possédant les qualifications appropriées peuvent avoir besoin de lignes directrices pour s'assurer qu'ils choisissent les personnes qui satisfont au moins à ces compétences de base, plus particulièrement là où les politiques ou directives législatives sont minimales ou inexistantes.
- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui établit les exigences de formation pour les spécialistes en santé communautaire.
- Les associations médicales et ordres ou collèges de médecins.

Compte tenu de l'ensemble des intervenants du système mentionnés ci-dessus et d'une discussion tenue précédemment concernant les rôles communs par rapport aux rôles élargis, l'objectif de cette liste de compétences de base pour les DSP et MH est de servir d'outil ou de ressource pour l'intervenant du système de santé dans son contexte particulier. Il est possible qu'une organisation doive adapter les compétences de base pour un usage précis. Par exemple, une administration et/ou un employeur peut décider d'accroître la portée ou la profondeur des compétences, que ce soit en raison de la complexité des enjeux gérés par l'organisation ou des rôles élargis confiés aux DSP ou MH

(p. ex., rôle de directeur général de l'organisation, analyse de la planification et de la prestation de tous les services de santé, ou expertise ou sous-spécialité dans un aspect précis). Dans le cas de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, les énoncés de compétences servent de fondement à un instrument pilote visant à évaluer les compétences existantes des médecins praticiens en médecine clinique qui veulent briguer un poste de DSP ou de MH.

Compétences essentielles des DSP et des MH et avenues de formation possibles

Le but de ce rapport était d'élaborer un ensemble de compétences minimales pour les DSP et les MH, mais à strictement parler, la question de l'avenue de formation appropriée pour acquérir ces compétences n'entre pas dans le cadre de ce projet. Toutefois, considérant la réalité pratique de cet aspect dans le contexte difficile qui prévaut actuellement relativement à l'offre et à la demande de DSP et de MH, l'établissement d'un certain nombre de programmes de maîtrise en santé publique au Canada, et au moins un collège provincial se penchant sur la question des médecins qui changent leur champ de pratique pour s'engager en santé publique, certains commentaires du groupe de travail sont fournis ici. Bien entendu, le groupe de travail n'est pas habilité à formuler des recommandations définitives ou exécutoires, mais il présente tout de même ses commentaires ci-dessous parce qu'il a contribué à élaborer ces énoncés de compétences et connaît bien la pratique et les programmes de formation des DSP et MH.

Pour acquérir les compétences de base requises des DSP et des MH, une formation académique de deuxième ou troisième cycle est considérée comme obligatoire, mais insuffisante. La maîtrise de bon nombre de ces compétences nécessite des occasions de les pratiquer sur le terrain. Le meilleur agencement entre un programme de formation et les compétences minimales des DSP et MH est la formation en résidence menant à la certification du Collège royal comme spécialiste en médecine communautaire. C'est donc l'avenue de formation privilégiée pour les médecins qui se dirigent vers un poste de DSP ou de MH. Ce programme comprend au moins une année de cours de deuxième ou de troisième cycle (bien que cela fasse souvent partie des études conduisant à l'équivalent d'une maîtrise en santé publique) combinée à au moins deux années^{vii} de formation pratique très structurée, supervisée et évaluée, comportant des périodes de rotation et des placements. Les candidats doivent également passer un examen national de certification et satisfaire par la suite aux exigences annuelles pour le maintien de la certification.

Comme on le mentionnait précédemment, le rôle des DSP et des MH n'est qu'un des nombreux choix de carrière pour un spécialiste en médecine communautaire, donc les

^{vii} La deuxième année de placement peut inclure des placements en milieu hospitalier et/ou une formation universitaire supplémentaire ou encore une expérience en recherche. Dans certains cas, une troisième année de placement en hôpital peut aussi faire partie de la formation.

exigences pour ce programme sont plus larges que celles pour une pratique de DSP ou de MH. Cependant, même avec une formation de spécialiste en santé communautaire, le diplômé typique doit encore se perfectionner pour pouvoir remplir ses fonctions de DSP ou de MH principal dans des organismes de santé publique. Comme il y a un certain nombre de défis d'ordre systémique à relever et bien que le nombre de postes de formation à l'échelle du pays soit relativement modeste, la demande ne dépasse pas l'offre de programmes de résidence en médecine communautaire.

Un médecin possédant une autre formation spécialisée, comme la médecine familiale, peut aussi satisfaire à ces exigences sur les compétences de base après avoir terminé sa formation médicale en santé publique (équivalent de la maîtrise en santé publique) et bénéficié d'expériences sous mentorat en pratique de santé publique pendant une certaine période. Cependant, le groupe de travail considère que la seule formation au niveau de la maîtrise en santé publique doublée d'un stage de courte durée (c.-à-d. 12 semaines) ne semble pas une formation suffisante pour inculquer les compétences essentielles au titulaire d'un poste de DSP ou de MH.

Contextes de la pratique en santé publique et compétences des DSP et MH

Malgré les meilleures intentions des administrations et des médecins eux-mêmes, il peut y avoir des considérations pragmatiques à embaucher des candidats qui ne possèdent pas les compétences de base, surtout à court terme, à cause d'une pénurie de DSP et de MH et des nombreux facteurs avec lesquels ils doivent composer, comme le manque de médecins praticiens qualifiés, l'attrait qu'exerce l'environnement de travail et la configuration structurelle du système de santé publique (p. ex., DSP et MH exerçant en solo^{viii} par rapport à une pratique à plusieurs, nombre d'organisations locales ou régionales relevant de l'instance administrative). Le cas échéant, on devrait s'efforcer de combler les lacunes et de fournir une supervision ou un soutien provisoire aux candidats qui manquent de certaines compétences.

Une telle approche serait évidemment plus simple dans un environnement de DSP ou de MH travaillant en équipe, en particulier si cette équipe comporte des médecins spécialisés en médecine communautaire. Le travail en équipe fournit un contexte idéal pour le perfectionnement des compétences appropriées aux besoins des organisations et aux cheminements de carrière individuels, non seulement pour les nouveau-venus dans la pratique, mais aussi en préparation à des rôles élargis qui sont plus exigeants. Bien entendu, le travail en équipe fournit un environnement beaucoup plus stimulant qu'en pratique privée pour un médecin ayant suivi une formation moins complète en santé publique. Cependant, le défi structurel qui se pose dans bien des régions du pays est qu'il y a trop peu

^{viii} On sait que les DSP et les MH travaillent en collaboration avec des professionnels de disciplines multiples, mais un médecin en santé publique peut exercer « en solo » quand il est le seul DSP ou MH d'une organisation, par rapport aux administrations qui bénéficient d'une équipe de praticiens de la santé publique.

d'organisations qui embauchent des DSP et des MH et que les populations desservies par ces organisations sont trop peu nombreuses pour justifier l'embauche de plus d'un DSP ou MH. Pour compliquer encore davantage la situation, les administrations qui offrent plusieurs postes de DSP et de MH travaillant en solo sont généralement celles qui ont le plus de difficulté à recruter des médecins spécialistes en santé communautaire.

Cette perspective d'une pratique en équipe pour les DSP et les MH rejoint à certains égards les recommandations de l'Association médicale canadienne sur la pratique de l'anesthésie. En effet, la politique de l'AMC recommande que les services d'anesthésie soient fournis par des anesthésistes certifiés, si possible, mais que lorsque les circonstances le justifient, ces services soient fournis par des médecins de famille ayant suivi une formation additionnelle appropriée, et que le modèle préconisé pour la prestation de ces services soit d'au moins un anesthésiste certifié par le Collège royal (CRMCC) travaillant avec des MF qui ont suivi la formation appropriée en anesthésie¹⁵. L'analogie avec la pratique des DSP et des MH n'est pas parfaite puisque l'on s'attend à ce que le médecin de famille ayant été formé en anesthésie limite sa pratique à des cas moins complexes étant donné qu'il est généralement possible de transférer les patients vers un centre de soins plus spécialisés. Mais on ne peut pas transférer une communauté, et le DSP ou le MH exerçant en solo doit remplir tous les rôles et responsabilités se rattachant à son poste. L'ensemble de compétences essentielles du DSP et du MH élaboré vise à préciser davantage les exigences minimales quant aux compétences des DSP et des MH à leur arrivée en poste. On espère qu'il fournira des conseils judicieux à ce chapitre.

Préoccupations quant à des conséquences imprévues

Les consultations préliminaires effectuées auprès de DSP et de MH ont permis de cerner des inquiétudes assez largement répandues concernant les conséquences éventuelles pouvant résulter de cet ensemble de compétences. Dans le sondage en ligne, on a recueilli des commentaires divergents relativement au niveau de compétence. Certains répondants se sont dits inquiets quant à la possibilité que les compétences répertoriées soient perçues comme étant trop coûteuses et constituent donc un obstacle au recrutement de médecins dans la pratique de la santé publique. Cependant, les compétences sont basées sur des descriptions de postes existantes pour des DSP ou MH; on pense donc qu'elles reflètent les attentes actuelles quant à la pratique des DSP et MH. En qualité de professionnels de la santé, les médecins doivent s'assurer qu'ils ont reçu une préparation adéquate pour assumer ce rôle.

La préoccupation soulevée le plus souvent touchait la possibilité qu'en répertoriant ces compétences de base, on risque d'affaiblir les attentes à l'endroit des DSP et des MH, et qu'il faudrait que la certification de spécialiste soit la norme minimale. D'autres étaient d'avis que même une certification de spécialiste n'est qu'un point de départ du cheminement conduisant à une carrière de DSP ou de MH, et qu'il fallait que les candidats à ces postes se perfectionnent encore quelques années avant d'y accéder. De même, certains commentaires soulignaient l'importance de préparer les futurs DSP et MH à la complexité et aux exigences croissantes rattachées à cette pratique, ce qui inclurait probablement le renforcement des programmes de résidence et la mise en œuvre d'un plan de perfectionnement professionnel post-certification. Parmi les exemples d'inquiétudes formulées, citons notamment les médecins qui peuvent conclure à tort que la préparation à la maîtrise en santé publique est l'équivalent d'une certification de spécialiste, ou que les employeurs rechercheront seulement les candidats possédant les compétences minimales pour réduire leurs coûts; pourtant, la norme dans beaucoup de milieux est que les employeurs offrent une prime de 10 000 \$ par année pour les DSP ou les MH possédant la spécialisation du Collège royal.

Les craintes formulées portaient notamment sur l'éventualité que les compétences de base des DSP et des MH soient interprétées comme étant équivalentes à la formation menant à la maîtrise en santé publique. Ce n'est pas la vision du groupe de travail. Comme on le mentionnait précédemment, un diplôme de maîtrise en santé publique sera généralement nécessaire mais insuffisant comme préparation à la pratique de DSP ou de MH. Le programme de formation en santé communautaire est la meilleure avenue possible pour acquérir les compétences minimales des DSP et des MH. Pour le moment, seule la législation de la Colombie-Britannique stipule que cette formation est essentielle, tout en reconnaissant qu'il existe d'autres moyens pour les médecins d'acquérir les connaissances, les aptitudes et l'expérience nécessaires pour exercer les pouvoirs et assumer les fonctions d'un directeur de santé publique ou médecin hygiéniste. Le groupe de travail soutient qu'il

est possible qu'un médecin ayant une maîtrise en santé publique doublée d'une expérience pratique en santé publique puisse satisfaire aux exigences en matière de compétences de base. Néanmoins, c'est une décision qui doit être prise après une longue réflexion par des praticiens, les employeurs, les médecins hygiénistes en chef et les autorités provinciales ou territoriales chargées de l'octroi des licences de médecine. Le but visé est que cet ensemble de compétences de base devienne une ressource contribuant au processus décisionnel.

Par rapport au statu quo à l'extérieur de la Colombie-Britannique, l'élaboration d'un ensemble de compétences minimales a pour effet de *rehausser* le seuil des attentes envers les DSP et les MH dans les administrations de l'ensemble du pays. Bien des autorités provinciales et territoriales n'imposent aucune exigence précise en matière de formation ni de compétences de base pour les DSP ou les MH autres que la licence de médecine, certaines administrations embauchant des médecins n'ayant absolument aucune formation spéciale. Même dans les provinces ou territoires qui imposent certaines exigences minimales relatives à la préparation des DSP et MH, il ne s'agit généralement que d'une année de formation pertinente. Comme le démontre clairement ce rapport, malgré la nécessité d'une année de formation spéciale comportant la remise de travaux, cet apprentissage ne suffit pas comme préparation à la pratique de DSP ou de MH (c.-à-d. qu'il n'équivaut pas aux compétences essentielles exigées pour le poste). Parallèlement, cet ensemble de compétences constitue un outil de base et devrait être adapté aux circonstances prévalant localement. Rien ne peut empêcher une administration ou un employeur de continuer d'exiger ou de privilégier, comme beaucoup le font maintenant, la certification de spécialiste chez les candidats à cette fonction.

Utilisation possible pour répondre aux besoins des systèmes

Un document de discussion antérieur examinant la nécessité d'élaborer des compétences de base pour les DSP et les MH a proposé des utilisations possibles de cet outil comme l'évaluation des candidats au poste de DSP ou de MH n'ayant aucune formation spécialisée, l'élaboration de directives plus définitives à l'intention des médecins praticiens qui désirent devenir DSP ou MH sans obtenir une formation spécialisée, et faciliter la formation professionnelle des DSP et des MH⁵. Sur la base de cette ébauche de compétences, voici une série de questions-scénarios tirées de ce document ainsi qu'une réponse préliminaire à ces questions.

- Quelle approche uniforme et fondée sur des éléments probants pourrait utiliser le médecin en chef de la santé publique d'une province ou d'un territoire pour évaluer le potentiel ou les qualités d'un candidat DSP ou MH sans formation spécialisée en santé publique?
 - Une approche pourrait être de demander au candidat de démontrer ou de documenter comment son profil de formation et d'expérience l'a préparé à

satisfaire à chacun des énoncés de compétences des DSP et des MH (c.-à-d. préparer un portfolio renfermant de la documentation pour chaque énoncé). Par exemple, il s'agirait de démontrer comment le candidat en est venu à prendre des décisions permettant de corriger des situations complexes dans un environnement difficile et comment il a assumé la responsabilité de ces décisions (n° 3.6). Cet élément fait partie de l'approche préconisée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

- Une approche alternative ou complémentaire consisterait à proposer une entrevue visant à évaluer des compétences importantes particulières.
- Toute lacune relevée pourrait servir de base à l'établissement d'un plan de perfectionnement personnel qui pourrait être abordé de diverses façons (cours, conférence, projet d'apprentissage personnel, mentorat, etc.), qui représenterait une condition d'emploi. Un mentorat formel assuré par un spécialiste certifié et chevronné ferait partie de ce plan de perfectionnement.
- Si un médecin de famille expérimenté désirait changer de carrière pour devenir DSP ou MH, quel plan de formation devrait-il suivre?
 - Le programme de résidence en santé communautaire représente une option évidente, mais cela n'est pas toujours possible ni attirant dans certaines situations personnelles.
 - Une autre option serait d'envisager un programme de maîtrise en santé publique pour acquérir une formation de base. En collaboration avec un directeur du programme de MSP et en comparant la liste des compétences de base avec les cours à option et les stages disponibles, le candidat pourrait en arriver à une bonne corrélation, utilisant de façon stratégique les cours à option et les expériences pratiques supervisées et évaluées. Il resterait sans doute à couvrir un certain nombre de compétences qui pourraient être abordées grâce à un plan de perfectionnement personnel supplémentaire avec mentorat sous la direction d'un médecin spécialiste certifié et chevronné jusqu'à ce que toutes les exigences relatives aux compétences essentielles soient satisfaites.
- Quelles sont les exigences de développement professionnel continu et de cheminement de carrière requises pour les DSP ou les MH?
 - Un DSP ou un MH pourrait se servir de la liste des compétences pour établir ses priorités de perfectionnement professionnel. Par exemple, le DSP ou le MH pourrait retenir comme priorité l'application de modèles de leadership efficaces pour certaines situations et circonstances particulières (n° 7.6). Son superviseur pourrait aussi se servir des compétences pour déterminer, selon son point de vue, les besoins de l'organisation sur le plan du perfectionnement professionnel.

- Ces compétences de base sont assez générales puisqu'elles n'établissent pas de distinction entre les différents types de DSP ou de MH et leurs rôles. Il est possible de les préciser davantage afin de déterminer de façon plus détaillée les exigences relatives aux différents niveaux du système (p. ex., le MH associé local, le DSP ou MH régional, le DSP ou MH en chef de la province/du territoire, l'expert en matière de contenu provincial).

CONCLUSION

L'ensemble de compétences de base des DSP et des MH a été élaboré en vue de décrire la liste des compétences essentielles pour pouvoir assumer les rôles et les responsabilités des DSP et des MH dans l'ensemble du pays. On s'attend à ce que l'ensemble de compétences se révèle utile pour un large éventail de destinataires, mais comme il existe bien des variantes dans les différents besoins et contextes d'une région à l'autre, on prévoit que cet ensemble de compétences pourra être adapté à des utilisations particulières. Étant donné qu'il s'agit d'un ensemble de compétences *de base* (ou minimales), en raison de circonstances prévalant dans le contexte local, une administration peut exiger plus de portée et de profondeur relativement à des compétences précises.

Dans une perspective d'avenir, une prochaine étape importante consistera à désigner un champion organisationnel de l'application de ces compétences, qui fera connaître l'ensemble de compétences aux principaux intervenants ciblés et qui évaluera au fil du temps l'utilisation et l'impact de ces compétences afin d'orienter les révisions futures.

ANNEXE A – FONCTIONS LÉGALES DES DSP ET DES MH DANS CERTAINES PROVINCES

Tableau 1 : Fonctions et formation attendue des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes de certaines provinces* conformément aux lois, aux règlements et aux normes en vigueur

Fonctions et formation attendue des DSP et MH	Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse	T.-Neuve-et-Labrador
<u>Fonctions</u>									
Relever d'un Conseil d'administration					X	X			
Diriger/administrer le personnel de santé publique					X	X			
Surveiller l'état de santé de la population et l'en informer					X	X			
Recevoir des rapports sur les maladies transmissibles	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recevoir des rapports sur les maladies non transmissibles	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Effectuer de la surveillance et de la planification					X	X			
Détenir le pouvoir d'entrer dans des locaux, d'inspecter et d'enquêter sur des risques à la santé	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Détenir le pouvoir d'éliminer les risques pour la santé (reliés aux objets, aux endroits et aux personnes)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mener des activités de prévention et de promotion afin d'améliorer la santé de la population et ses déterminants					X	X			
<u>Formation et aptitudes</u>									
Certification du Collège royal en santé communautaire	R		O	O	O	O			
Formation en santé publique au niveau de la maîtrise			O		O	O			
Agencement équivalent d'expérience et de qualifications	A		O	O					
Attestation d'une université de l'extérieur du Canada qui est considérée comme équivalente					O	O			
Diplôme				O	O	O			

*: Les provinces qui ont des DSP ou MH régionaux; R: require; A: alternative; O: une de deux ou de plusieurs options requises;

ANNEXE B : CONCORDANCE ENTRE LES EXIGENCES DU COLLÈGE ROYAL EN MATIÈRE DE FORMATION ET L'ÉBAUCHE DES COMPÉTENCES DE BASE DES DSP ET DES MH

Le tableau ci-dessous compare les exigences de formation en santé communautaire avec une version antérieure de l'ensemble de compétences de base pour les DSP et les MH.

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
<p>Évaluer et décrire l'état de santé de la population.</p> <p>Décrire la distribution des indicateurs de santé et les déterminants de l'état de santé d'une population spécifique.</p>	<p>Évaluer et décrire systématiquement l'état de santé et de bien-être d'une population, les déterminants des problèmes les plus sérieux et leur répartition à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.</p> <p>Identifier les besoins de santé et bien-être de la population en intégrant les informations sur l'état de santé et de bien-être, les services existants et les interventions démontrées efficaces.</p>	<p>Exigences similaires, mais les compétences requises des DSP et des MH contiennent plus de détails sur l'intégration et la détermination des besoins.</p>
<p>Identifier les conditions ou les caractéristiques de la population qui se prêtent à la surveillance et être capable de sélectionner la méthode la plus appropriée pour le faire.</p>	<p>Évaluer l'efficacité des systèmes de surveillance de la santé et du bien-être de la population.</p>	<p>Le Collège royal semble exiger un niveau d'analyse plus élevé.</p>
<p>Sélectionner et interpréter les indicateurs sociaux, démographiques et sanitaires pertinents provenant de différentes sources de données.</p> <p>Identifier et interpréter des marqueurs du risque biologique (p. ex., âge, sexe et constitution génétique).</p> <p>Identifier et démontrer sa compréhension des facteurs</p>	<p>Évaluer et décrire systématiquement l'état de santé et de bien-être d'une population, les déterminants des problèmes les plus sérieux et leur répartition à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives.</p>	<p>Le Collège royal fournit plus de détails et peut exiger une portée et une profondeur plus grandes.</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
<p>liés à l'environnement social et économique tels que les politiques en matière d'immigration et la répartition de la richesse.</p> <p>Identifier et démontrer sa compréhension des facteurs propres à l'environnement physique, tels que le bruit, les polluants et les procédés industriels dangereux, qui sont pertinents à un contexte clinique donné (individuel, local, régional, mondial).</p> <p>Identifier et interpréter l'impact sur la santé des comportements des individus, des groupes et des populations, notamment en ce qui concerne la nutrition, l'activité physique, l'usage du tabac et d'autres substances, la sexualité, les activités à risque, la vaccination et la participation aux programmes de dépistage recommandés.</p>		
<p>Identifier et démontrer sa compréhension des facteurs pouvant influencer sur les possibilités de changement dans un contexte précis ou au sein d'une population donnée.</p>	<p>Déterminer et appliquer des critères de priorité des besoins de santé et de bien-être de la population.</p>	<p>L'exigence du Collège royal serait sans doute une compétence secondaire par rapport aux compétences des DSP-MH.</p>
<p>Utiliser l'informatique ou des technologies de l'information dans des enquêtes épidémiologiques et l'analyse de données.</p>	<p>Comprendre l'utilisation et les avantages des technologies de l'information (les bases de données, les chiffriers électroniques, etc.) pour la surveillance et la connaissance de la santé et du bien-être de la population.</p>	<p>Exigences similaires, mais les compétences requises des DSP et des MH sont formulées en termes plus généraux.</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	Utiliser la technologie de l'information et de la communication pour le traitement de texte, la recherche de références, l'analyse statistique, l'affichage graphique, la gestion de bases de données, et la communication.	
Interpréter des études épidémiologiques et évaluer leur validité et leur pertinence pour une situation particulière.	Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.	Exigences similaires
<p>Décrire les critères de détermination de la causalité (Koch, Hill) et les appliquer.</p> <p>Décrire les caractéristiques de l'air, de l'eau et des sols ayant un impact sur la santé et les risques de maladies liées à l'environnement.</p> <p>Utiliser des méthodes quantitatives et qualitatives pour expliquer les différences en matière de santé ou les comportements de santé en utilisant (mais sans s'y limiter) les méthodes suivantes : l'observation des participants, l'approche par informateurs-clés, le groupe nominal, le groupe de consultation et la technique de Delphi.</p> <p>Décrire les principales méthodes permettant de faire face aux risques environnementaux, y compris (mais sans s'y limiter) le traitement des eaux et l'assainissement des eaux usées, la salubrité du lait, ainsi que le contrôle de la</p>	Appliquer les concepts suivants à la pratique de la santé publique : l'état de santé et bien-être des populations, les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, les déterminants de la santé, du bien-être et des maladies, les stratégies de promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de santé et bien-être.	Ces exigences du Collège royal seraient probablement des compétences secondaires par rapport aux compétences des DSP et des MH, mais avec une portée et une profondeur plus grandes.

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
<p>qualité de l'eau, du sol, de l'air et des aliments.</p> <p>Comprendre et appliquer les principes qui sous-tendent les approches de réduction des méfaits, les étapes du changement, la protection de la santé (y compris les approches juridiques, techniques, économiques et pédagogiques) et la promotion de la santé, afin d'influencer les comportements des individus, des groupes et des populations en matière de santé.</p> <p>Identifier les conditions favorables au dépistage de masse et calculer et interpréter les caractéristiques des tests de dépistage.</p>		
<p>Comprendre les principes relatifs à l'épidémiologie des maladies infectieuses et les appliquer à l'évaluation et à la gestion de maladies infectieuses.</p> <p>Mener l'investigation d'une éclosion de maladie transmissible ou d'un agrégat de maladies.</p> <p>Gérer l'éclosion d'une maladie transmissible.</p> <p>Effectuer une analyse de risque pour une exposition reliée à l'environnement.</p> <p>Gérer individuellement ou comme membre d'une équipe, les risques pour la santé découlant d'expositions environnementales et professionnelles.</p>	<p>Appliquer les concepts suivants à la pratique de la santé publique : l'état de santé et bien-être des populations, les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, les déterminants de la santé, du bien-être et des maladies, les stratégies de promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de santé et bien-être.</p> <p>Avoir une connaissance approfondie des responsabilités et des pouvoirs légaux d'un DPS ou d'un MH de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être de la population.</p> <p>Diriger une enquête afin d'évaluer et de contrôler les</p>	<p>Exigences similaires – Remarque : L'expression « diriger efficacement » est plus générale que des scénarios de simple protection de la santé et met en évidence cette compétence cruciale des DSP et des MH.</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	<p>risques possibles pour la santé et le bien-être.</p> <p>Communiquer avec d'autres professionnels et organisations pour recueillir de l'information et coordonner les mesures pour investiguer et atténuer les risques.</p> <p>Déterminer la meilleure ligne de conduite à adopter, y compris l'exercice des pouvoirs légaux, pour répondre à des situations posant un risque à la santé ou au bien-être et assumer la responsabilité des mesures recommandées.</p> <p>Donner des directives au personnel de santé publique dans le cadre d'enquête et de contrôle des risques pour la santé et le bien-être.</p> <p>Diriger efficacement dans l'incertitude et l'ambiguïté.</p>	
<p>Comprendre, interpréter et appliquer de façon appropriée les méthodes et les recommandations des guides de pratique pertinents.</p>	<p>Appliquer les concepts suivants à la pratique de la santé publique : l'état de santé et bien-être des populations, les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, les déterminants de la santé, du bien-être et des maladies, les stratégies de promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de santé et bien-être.</p> <p>Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes</p>	<p>Les exigences du Collège royal seraient probablement des compétences secondaires par rapport aux compétences des DSP et des MH.</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.	
<p>Connaître l'histoire naturelle, l'épidémiologie, les facteurs de risque et le fardeau de la maladie des principales maladies transmissibles et non transmissibles (incluant les blessures) et mettre en œuvre et évaluer des programmes appropriés en matière de surveillance et de contrôle.</p> <p>Développer, mettre en œuvre et évaluer, pour des problèmes de santé communautaire, des approches intégrant comme il convient des stratégies de protection, de promotion de la santé ou de prévention (primaires, secondaires et tertiaires).</p>	<p>Appliquer les concepts suivants à la pratique de la santé publique : l'état de santé et bien-être des populations, les inégalités sur le plan de la santé et du bien-être, les déterminants de la santé, du bien-être et des maladies, les stratégies de promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation des services de santé et bien-être.</p> <p>Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.</p> <p>Reconnaître les dimensions sociales, culturelles et éthiques reliées aux questions de santé et de bien-être.</p> <p>Évaluer le bien-fondé relatif (examiner la pertinence pour le groupe cible, les ressources nécessaires, etc.) de composantes d'interventions possibles (formation, politiques, règlement, collaboration, services cliniques, etc.) pour répondre à l'ensemble d'une question de santé publique.</p> <p>Déterminer des stratégies efficaces et détaillées afin de répondre aux besoins en santé répertoriés dans la</p>	Exigences similaires

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	<p>population.</p> <p>Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action prévoyant des objectifs clairs et mesurables et un budget avisé et suffisant.</p> <p>Concevoir des plans d'évaluation des programmes de santé publique et interpréter les résultats des améliorations apportées.</p>	
Contribuer à l'élaboration d'un plan d'urgence pour une communauté, incluant les mesures permettant de prévenir et de gérer les menaces biologiques, chimiques et radiologiques.	Élaborer un plan organisationnel afin de se préparer en vue d'une urgence de santé publique, d'intervenir en conséquence et de s'en rétablir.	Exigences similaires
Identifier, consulter et évaluer d'un œil critique des données provenant de différentes sources incluant des individus, des bases de données administratives, Internet et des publications traitant de la santé, de l'épidémiologie et des sciences sociales.	Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.	Exigences similaires
<p>Lorsqu'appelé à donner des conseils, clarifier la nature de la demande et dresser (en négociant au besoin) la liste des produits à livrer.</p> <p>Utiliser un ensemble de méthodes permettant de recueillir des renseignements pertinents cliniquement sur un problème donné.</p> <p>Rassembler efficacement les informations appropriées à</p>	<p>Lorsqu'appelé à donner des conseils, clarifier la nature de la demande et recueillir et résumer les renseignements ainsi que les données probantes pertinentes.</p> <p>Avoir une lecture critique des données probantes relatives aux interventions afin d'identifier les méthodes efficaces (et celles qui sont inefficaces) afin de résoudre les problèmes de santé prioritaires.</p>	Exigences similaires

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
<p>la demande.</p> <p>Formuler des recommandations claires et réalistes.</p> <p>Communiquer (oralement et/ou par écrit) l'évaluation et les recommandations d'une manière qui convient le mieux aux besoins du client et aux circonstances.</p>	<p>Reconnaître les dimensions sociales, culturelles et éthiques liées aux questions de santé et de bien-être.</p> <p>Évaluer le bien-fondé relatif (examiner la pertinence pour le groupe cible, les ressources nécessaires, etc.) de composantes d'interventions possibles (formation, politiques, règlement, collaboration, services cliniques, etc.) pour répondre à l'ensemble d'une question de santé publique.</p> <p>Déterminer des stratégies efficaces et détaillées afin de répondre aux besoins en santé répertoriés dans la population.</p> <p>Prendre des décisions en temps opportun dans des situations et des environnements complexes et en assumer la responsabilité.</p> <p>Fournir aux décideurs politiques et administratifs ainsi qu'au grand public des informations appropriées (démographiques, statistiques, scientifiques, sur les programmes, etc.) sur l'état de santé et de bien-être pour influencer leurs actions.</p>	
<p>Interpréter et présenter des données épidémiologiques et des renseignements sur les risques aux personnes affectées, au public, à d'autres professionnels et aux médias en utilisant différentes approches.</p>	<p>Fournir aux décideurs politiques et administratifs ainsi qu'au grand public des informations appropriées (démographiques, statistiques, scientifiques, sur les programmes, etc.) sur l'état de santé et de bien-être pour influencer leurs actions.</p>	<p>Exigences similaires, mais les compétences des DSP et des MH mettent en évidence le flair politique nécessaire pour prévoir les</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	Comprendre les préoccupations politiques liées à la divulgation de données et de renseignements.	conséquences possibles.
<p>Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication (incluant un volet médiatique), à propos d'un problème de santé publique.</p> <p>Répondre efficacement aux demandes d'informations venant du public et des médias à propos des questions de santé précises.</p>	<p>Fournir aux décideurs politiques et administratifs ainsi qu'au grand public des informations appropriées (démographiques, statistiques, scientifiques, sur les programmes, etc.) sur l'état de santé et de bien-être pour influencer leurs actions.</p> <p>Mobiliser les personnes et les collectivités en ayant recours aux médias, aux ressources communautaires et aux techniques de marketing social pertinentes.</p>	Les exigences du Collège royal seraient probablement des compétences secondaires par rapport aux compétences des DSP et des MH.
Communiquer efficacement avec les membres d'une équipe interdisciplinaire en vue d'échanger de l'information, de régler des conflits et d'obtenir et de fournir de la rétroaction.	Favoriser l'esprit d'équipe et la collaboration inter et transdisciplinaire.	Exigences similaires; l'exigence du Collège royal est un peu plus détaillée, celles des DSP et MH étant plus générales.
Identifier les personnes, les groupes et les autres prestataires de services, y compris mais sans s'y limiter les organismes de services sociaux, les organisations de santé mentale, les organismes sans but lucratif et les bénévoles, pouvant contribuer de façon significative à ; définir et résoudre un problème de santé publique, réaliser une tâche éducative ou examiner une question de recherche au niveau de l'individu, d'un groupe ou d'une communauté.	<p>Comprendre les différents rôles joués par les organisations, les agences, les particuliers et les professionnels et l'influence qu'ils peuvent avoir sur la santé et le bien-être et les inégalités.</p> <p>Comprendre les systèmes politiques locaux, provinciaux et nationaux et entretenir des liens appropriés avec ces systèmes.</p> <p>Évaluer l'environnement politique exigeant dans lequel il travaille et y fonctionner efficacement.</p>	Exigences similaires, mais les énoncés de compétences des DSP et des MH mettent l'accent sur le contexte politique.

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
<p>Décrire, pour au moins une province, l'organisation des services de santé communautaires et des services sociaux, y compris des organismes sans but lucratif, des bénévoles et d'autres organismes de services.</p> <p>Analyser les problèmes de santé communautaire en se basant sur sa connaissance du système de santé canadien, sa législation, son financement et son organisation.</p>		
<p>Employer divers moyens destinés à mobiliser les principaux intéressés identifiés et à faciliter leur participation.</p> <p>Formuler clairement les objectifs d'un processus de collaboration donné.</p> <p>Cerner et décrire le rôle, la contribution prévue et les limites de tous les membres d'une équipe interdisciplinaire réunie pour aborder un problème de santé, une tâche éducative ou une question de recherche et travailler efficacement au sein de cette équipe.</p>	<p>Savoir utiliser des outils comme le travail en équipes, la négociation, la gestion des conflits et l'animation de groupes pour construire des partenariats efficaces avec les institutions et les joueurs clés.</p> <p>Établir et maintenir des alliances et des partenariats stratégiques dans un environnement politique exigeant.</p>	<p>Les exigences du Collège royal sont plus détaillées, mais les compétences requises des DSP et MH mettent l'accent sur les alliances stratégiques entre organismes.</p>
<p>Évaluer un problème de santé et les stratégies d'intervention en fonction d'un modèle d'analyse économique.</p>	<p>Évaluer systématiquement la faisabilité et les répercussions d'ordre social, économique, environnemental, juridique et éthique des choix de politiques en s'inspirant de l'analyse de diverses formes de données probantes.</p>	<p>Exigences similaires, mais le Collège royal semble exiger plus de profondeur.</p>
<p>Décrire, dans une province au moins, la législation</p>	<p>Avoir une connaissance approfondie des responsabilités</p>	<p>Exigences similaires, mais le</p>

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
relative à la santé publique et ses rapports avec d'autres lois pertinentes aux niveaux municipal, provincial et fédéral.	et des pouvoirs légaux d'un DSP ou d'un MH de promouvoir et de protéger la santé et le bien-être de la population.	Collège royal semble exiger plus de profondeur.
Décrire l'organisation des services de santé en milieu de travail.	?	Ne semble pas avoir d'équivalent dans l'ensemble de compétences des DSP et des MH.
Élaborer, mettre en œuvre, gérer et évaluer un programme.	<p>Élaborer et mettre en œuvre un plan d'action prévoyant des objectifs clairs et mesurables et un budget avisé et suffisant.</p> <p>Concevoir des plans d'évaluation des programmes de santé publique et interpréter les résultats des améliorations apportées.</p> <p>Analyser les progrès des programmes et des projets, les normes de rendement, et les résultats au regard des objectifs convenus.</p>	Exigences similaires
Élaborer, mettre en œuvre et évaluer un processus de gestion du changement.	<p>Diagnostiquer et résoudre les problèmes de communication et de coordination empêchant des changements aux politiques dans l'organisation.</p> <p>Diriger le changement dans un environnement politique exigeant, multi-institutionnel et multisectoriel.</p>	L'exigence du Collège royal est plus détaillée et précise, mais les compétences des DSP et des MH sont plus générales, reconnaissant que la direction du changement dépasse le cadre organisationnel.

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
Élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique.	Identifier une orientation et une vision stratégiques pour la santé et le bien-être et les communiquer jour après jour à une grande variété de personnes et d'institutions.	Exigences similaires, bien que l'énoncé de compétences des DSP et des MH soit plus général.
Participer aux fonctions courantes liées à la gestion des ressources humaines y compris (mais sans s'y limiter) le recrutement, le congédiement et l'évaluation du rendement des employés.	Comprendre les principes et pratiques afférentes aux ressources humaines.	Exigences similaires, mais celle du Collège royal indique que la participation n'est peut-être pas essentielle pour tous les DSP et MH.
Préparer et gérer un budget.	Établir des priorités et optimiser les résultats en fonction des ressources disponibles.	L'exigence du Collège royal est plus rigoureuse, mais la gestion du budget n'est pas une compétence essentielle pour tous les DSP et MH.
Comprendre l'impact des différents styles de leadership et les appliquer comme il convient dans divers milieux communautaires et organisationnels.	Mettre en œuvre un style de leadership efficace et approprié aux circonstances et situations particulières.	Exigences similaires
Comprendre et utiliser les techniques de gestion des conflits, y compris la négociation et l'arbitrage.	Savoir utiliser des outils comme le travail en équipe, la négociation, la gestion des conflits et l'animation de groupes pour construire des partenariats efficaces avec les institutions et les joueurs clés. Diriger efficacement dans l'incertitude et l'ambiguïté.	Exigences similaires

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	Favoriser l'esprit d'équipe et la collaboration inter et transdisciplinaire.	
Comprendre et employer une variété de techniques d'amélioration de la qualité qui sont appropriées à l'organisation et au milieu.	Contribuer efficacement aux changements organisationnels et à la mise en œuvre des décisions stratégiques.	Exigences assez similaires
Effectuer une analyse de politique.	Évaluer systématiquement la faisabilité et les répercussions d'ordre social, économique, environnemental, juridique et éthique des choix de politiques en s'inspirant de l'analyse de diverses formes de données probantes. Procéder à une analyse coûts-bénéfices des options pour déterminer une ligne de conduite.	Exigences similaires
Décrire les mécanismes d'élaboration de politiques et les méthodes de mise en œuvre, y compris les lois, la réglementation et les incitatifs.	Procéder à une analyse coûts-bénéfices des options pour déterminer une ligne de conduite.	Exigences similaires, mais le Collège royal semble exiger plus de profondeur.
Reconnaître les situations où le besoin de prendre position s'impose et définir des stratégies propices aux résultats souhaités.	Déterminer les enjeux et les situations où la représentation/le plaidoyer peut être efficace. Préparer une stratégie de plaidoyer reposant sur des données probantes concernant les interventions et le plaidoyer efficace en santé publique pour influencer les politiques publiques. Comprendre comment influencer l'agenda politique et le façonner de manière à améliorer la santé et le bien-être	Exigences similaires, mais les compétences requises des DSP et MH mettent en évidence les capacités nécessaires pour travailler dans un contexte politisé.

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
	et à réduire les inégalités.	
<p>Poser une question de recherche et participer activement au processus complet de la recherche, de la préparation des demandes de subvention à la diffusion des résultats.</p> <p>Décrire les éléments constitutifs de la recherche quantitative, qualitative et de la recherche-action, y compris l'objet des travaux, la méthodologie, la conduite, l'analyse, l'interprétation et la communication des résultats.</p> <p>Décrire les méthodes d'échantillonnage et l'estimation des tailles d'échantillon appropriées, y compris la prise en compte des erreurs de type 1 et 2.</p> <p>Sélectionner et appliquer comme il convient des méthodes descriptives et analytiques.</p> <p>Reconnaître dans les travaux de recherche des sources d'erreurs éventuelles et décrire les méthodes qui, eu égard à la conception et/ou à l'analyse, permettent de réduire l'impact de ces biais.</p> <p>Calculer et interpréter les mesures de fréquence (taux, rapport) et de risques (risque relatif et attribuable, rapports de cotes, fraction étiologique et préventive).</p>	<p>Formuler des questions et des hypothèses de recherche.</p> <p>Appliquer les principes de la recherche en santé publique à la conception et à la réalisation d'activités de recherche.</p> <p>Appliquer les principes de bonnes pratiques éthiques et juridiques à la conception des études et à la collecte, l'analyse, les rapports et la diffusion des résultats.</p>	<p>Les exigences du Collège royal semblent avoir une portée et une profondeur plus grandes.</p>
Adapter les stratégies pédagogiques et de formation aux	Faire montre de la capacité de partager les	Exigences similaires, mais les compétences requises

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
besoins de l'apprenant.	connaissances, les outils, l'expertise et l'expérience. Contribuer aux activités d'apprentissage de l'équipe et de l'organisation afin de promouvoir les buts de la santé publique.	des DSP et MH semblent plus générales et mettent en évidence les éléments de leadership et de changement.
Évaluer continuellement ses capacités, connaissances et compétences, connaître ses limites professionnelles et demander des conseils et de l'aide s'il y a lieu.	S'assurer de maintenir et améliorer ses compétences professionnelles principalement dans les domaines qui peuvent le mieux servir les activités de l'organisation et ses résultats.	L'énoncé du Collège royal est plus général concernant l'autoévaluation et la connaissance de ses propres limites.
Cerner les questions éthiques découlant de la pratique de la médecine communautaire, telles que le consentement, la confidentialité, la protection des renseignements personnels, l'affectation des ressources, les conflits d'intérêt, la sécurité du public et la liberté individuelle, et mettre en place des stratégies permettant de les aborder.	Faire preuve de réceptivité et de compréhension face aux différentes origines culturelles, ethniques et socio-économiques des personnes et des groupes, et appliquer les principes de la non-malfaisance, de la bienveillance, de l'équité et de la justice.	Exigences similaires, mais l'exigence du Collège royal est plus détaillée.
Reconnaître et savoir gérer les comportements non professionnels en milieu clinique, compte tenu des règlements locaux et provinciaux.	Assurer une supervision clinique des actes médicaux délégués, au besoin.	Ces exigences ne sont pas équivalentes. L'énoncé du Collège royal est axé sur le comportement non professionnel, et les compétences des DSP-MH, sur la nécessité de déléguer certains actes médicaux

Exigences de formation du Collège royal	Ébauche des compétences de base des DSP et MH	Commentaires
		(p. ex., immunisation, médication).
Adopter des stratégies spécifiques pour se développer sur les plans personnel et professionnel et explorer ses relations professionnelles en vue de régler les difficultés interpersonnelles.	Diagnostiquer et relever les défis de communication et de coordination que représentent les changements de politiques au sein d'une organisation. Favoriser l'esprit d'équipe et la collaboration inter et transdisciplinaire.	Les compétences mentionnées pour les DSP et les MH sont des compétences secondaires.

ANNEXE C – CARACTÉRISTIQUES D'AUTRES CHAMPS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Nous avons revu trois autres champs d'exercice de la médecine qui présentaient un agencement de spécialistes certifiés et de médecins non spécialistes : la médecine d'urgence, l'anesthésie et l'obstétrique. L'information a été recueillie par une combinaison de recherches sur Internet et d'entrevues avec des répondants clés.^{ix}

Médecine d'urgence

Les médecins travaillant dans les services d'urgence détiennent une variété de formations et d'expertises :

- certains n'ont aucune formation ou certification en médecine d'urgence;
- des médecins de famille (MF) détiennent un certificat de compétence spéciale en médecine d'urgence du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC);
- les spécialistes sont certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Les programmes de certification du CMFC et du CRMCC existent depuis le début des années 1980. Tandis que le Collège royal exige une formation spécialisée échelonnée sur cinq ans, le programme des MF présente un manuel de référence qui détaille les objectifs à atteindre et un guide d'étude pour les universités qui offrent ce programme d'un an. Avec l'établissement du programme de formation spécialisée, certains croyaient que les spécialistes certifiés du Collège royal travailleraient exclusivement dans les centres d'enseignement alors que les diplômés du CMFC œuvreraient au sein des hôpitaux communautaires. Cette situation ne s'est pas concrétisée en raison du nombre limité de spécialistes et de la distinction moins importante que prévu entre les deux types de diplômés après quelques années d'exercice. En 2003, la proportion de MF certifiés par le CMFC occupant des postes d'urgentistes au niveau débutant par rapport aux spécialistes certifiés du Collège royal était supérieur à 3 pour 1 (soit 70 contre 20)¹⁶. La répartition du type de médecins travaillant dans les services d'urgence a évolué, en Ontario du moins. Au cours des années 1990, le ratio de MF certifiés a augmenté considérablement tandis que le ratio de spécialistes (CRMCC) est demeuré constant. En l'an 2000, la proportion de visites de patients aux urgences de l'Ontario par type de médecins était de 71 % pour les MF et généralistes non certifiés, de 25 % pour les MF certifiés et de 4 % pour les spécialistes¹⁷.

^{ix} Médecine d'urgence : D^r Levotsky, programme de médecine d'urgence de pratique familiale, *University of Toronto*; Anesthésie : D^r Mark Levine, programme d'anesthésie de pratique familiale, *University of Toronto*;

Anesthésie

La prestation de services d'anesthésie par les praticiens de famille est un phénomène de longue date au pays. À la fin des années 1980, environ 25 % de tous les services d'anesthésie au Canada étaient assurés par des médecins de famille¹⁵. Il s'agit surtout d'un problème des régions rurales. L'accès aux autres services comme la chirurgie, l'obstétrique et la médecine d'urgence dépend de la disponibilité des services d'anesthésie. La formation de spécialistes afin de satisfaire aux besoins en anesthésie des hôpitaux des petites collectivités a toutefois été décrite comme n'étant pas raisonnable. Le recrutement de spécialistes dans de tels milieux pose problème, ces milieux n'offrant pas la variété et le volume de cas nécessaires pour maintenir les compétences des spécialistes. De nombreux programmes de formation de MF offrent une troisième année de résidence en anesthésie.

Au cours des 20 dernières années, un certain nombre de recommandations ont été formulées à ce sujet :

- Un résumé de politique de 1989 de l'Association médicale canadienne (AMC)¹⁵ fait ressortir les points clés suivants :
 - les services d'anesthésie doivent être assurés par un anesthésiste certifié, lorsque la chose est possible;
 - si les services d'un médecin de famille anesthésiste sont requis, ces derniers doivent avoir reçu une formation pertinente en la matière;
 - quand le volume est suffisant et lorsqu'indiqué, le modèle de prestation privilégié est alors qu'au moins un anesthésiste certifié par le CRMCC travaille avec des MF qui possèdent une formation pertinente en anesthésie;
 - accord avec les objectifs de formation^x établis par l'Association canadienne des départements universitaires d'anesthésie (ACUDA) et le CMFC.
- En 2001, un énoncé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie pour les médecins de famille en milieu rural recommande ce qui suit :
 - une seule norme de soins dans les milieux ruraux et urbains au Canada pour la prestation de services d'anesthésie;
 - les programmes de formation en anesthésiologie prévus pour les MF doivent être agréés et prévoir la vérification des qualifications des stagiaires;
 - un programme d'études pour l'anesthésiologie pour MF doit être établi en fonction des objectifs de formation;
 - un mécanisme officiel réaliste pour l'évaluation et la vérification du respect des normes de formation nationale pour les MF qui ont reçu une formation officielle en anesthésiologie dans le cadre de programmes non canadiens;

^x Liste d'objectifs pour 9 domaines : évaluation pré anesthésique; contrôle des voies aériennes; ventilation; monitoring cardiovasculaire; capacité à induire une anesthésie au cours d'une chirurgie; gestion des traumatismes; anesthésie obstétricale; gestion médicale; considérations sociales and éthiques en milieu rural.

- des programmes d'enseignement médical continu (EMC) officiels devraient être aisément accessibles sur une base volontaire.
- En 2003, le CMFC a identifié des normes d'agrément pour la formation en anesthésiologie pour les MF.
- Un comité de collaboration national sur l'anesthésie a établi un programme d'études national pour la formation en anesthésie.

Pour le moment, il n'existe pas d'examen de certification fédéral et les diplômés du programme du CMFC reçoivent habituellement du programme local un certificat attestant qu'ils ont suivi avec succès le programme. De plus, il n'y a pas de mécanisme fédéral pour évaluer les médecins qui ont reçu une formation en anesthésie à l'étranger, bien que chacun des collèges provinciaux ait effectivement établi des mécanismes pour l'évaluation des médecins formés à l'étranger. Les MF-A diplômés sont censés assurer des soins d'anesthésiologie aux patients relativement en bonne santé et faisant l'objet d'interventions simples, généralement en milieu rural, mais il n'y a pas de lignes directrices rigoureuses à cet égard. Il existe toutefois une cote de classement du risque (connue sous le nom de la cote ASA de 1 à 5) et les MF-A devraient se limiter aux soins des patients ayant une cote ASA de 1 et de 2. En bout de ligne, les actes médicaux posés sont déterminés par leur propre évaluation de leurs connaissances, compétences et aptitudes ainsi que par leur appréciation du risque et, dans une certaine mesure, des privilèges que leur confère l'hôpital.

Obstétrique

L'obstétrique est un autre domaine de l'exercice de la médecine dans lequel des soins sont assurés par une combinaison de spécialistes du CRMCC et de MF. La formation additionnelle en obstétrique prévue pour les MF est moins structurée que celle prévue pour l'anesthésie ou la médecine d'urgence. Le CMFC ne prévoit pas de normes d'agrément bien précises ni de certification de compétences spéciales en obstétrique. Certains programmes universitaires offrent une formation R-3 en obstétrique de faible risque (Université de Toronto – 3 mois; Université de l'Alberta – 12 mois pour une combinaison de chirurgie et d'obstétrique axée sur la pratique rurale).

Analyse

Ces trois domaines médicaux ont un effectif médical avec différentes formations. Chacun des trois champs de pratique a des caractéristiques de pratique uniques, la mesure de la contribution des spécialistes à la main-d'œuvre varie de l'un à l'autre tout comme l'intervention du CMFC. Il faut considérer dans quelle mesure l'un ou l'autre de ces exemples se compare à la santé communautaire. L'obstétrique et la médecine d'urgence font partie de la formation de base du MF. La troisième année de résidence permet d'acquérir de l'expérience pratique additionnelle et de consolider les connaissances acquises pendant les deux années de formation précédentes et les études de premier cycle en médecine. C'est très différent de l'exposition à la santé publique qui reste superficielle au

premier cycle et est absente de la résidence en MF. C'est donc dire que les exemples de l'obstétrique et de la médecine d'urgence n'offrent pas de piste de réflexion très riche au regard de la carrière en santé publique.

L'exemple de l'anesthésie est potentiellement plus pertinent. S'il est vrai que la pratique de l'anesthésie mise sur les connaissances et les aptitudes attendues d'un MF, celles-ci doivent être développées avec une étendue et une profondeur beaucoup plus importantes pour un MF-A. La tendance au fil des quelques dernières décennies a été de créer des attentes plus explicites relativement aux objectifs de formation et au programme d'études pour ce domaine de pratique et d'introduire l'agrément des programmes de formation. La justification du besoin de MF-A repose sur le fait qu'il n'est pas faisable de recruter un spécialiste ou de l'utiliser de façon optimale dans les milieux à faible densité de population. Ayant bénéficié d'une formation moins intensive, le MF-A est censé fournir des services dans des cas simples et non compliqués. Les cas plus difficiles peuvent être envoyés à un centre spécialisé. Bien que cela puisse fonctionner pour la médecine clinique, la chose est plus problématique dans le cas des systèmes de santé publique où les services et l'expertise doivent être accessibles aux collectivités; cependant, il est possible de demander du renfort en cas de besoin.

Plusieurs points abordés explicitement dans l'énoncé de politique de l'AMC sous-tendent ce pragmatisme. Il est préférable que les services d'anesthésie soient assurés par un spécialiste quand c'est possible. Idéalement, le MF-A ferait partie d'un groupe qui comprend au moins un spécialiste. Dans quelle mesure ce genre de raisonnement est pertinent pour la santé publique doit faire l'objet d'une réflexion plus poussée. Cela aurait des répercussions sur la conception et l'organisation du système.

Un élément commun à ces trois domaines de la médecine est l'accent mis sur la pratique. Au cours de leur troisième année de résidence, les praticiens appliquent continuellement leurs nouvelles connaissances et aptitudes dans un cadre supervisé. Cela diffère beaucoup des programmes de formation typiques au niveau de la maîtrise en santé publique, où les étudiants doivent consacrer tellement de temps à l'acquisition des connaissances et aptitudes de base en santé publique qu'il ne reste effectivement que peu de temps pour appliquer certaines d'entre elles dans un cadre pratique supervisé. À l'échelle internationale, de nombreux programmes de maîtrise en santé publique ne prévoient aucune formation pratique. Les lignes directrices du programme canadien de MSP insistent sur l'importance d'un stage pratique de 12 à 16 semaines. Cette période est évidemment beaucoup plus courte que les possibilités de stages pratiques dans un programme de résidence, qui durent généralement entre 3 et 12 mois.

RÉFÉRENCES

- (1) Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. *Leçon de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada*. Ottawa : Santé Canada, 2003.
- (2) Comité consultatif fédéral - provincial - territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. *Améliorer l'infrastructure du système de santé publique au Canada : rapport sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2005.
- (3) Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique. *Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^{ième} siècle. Un cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2005.
- (4) Agence de la santé publique du Canada. *Compétences essentielles en santé publique au Canada*. Version 1.0. Ottawa : ASPC, 2007.
- (5) Moloughney BW. *Developing a process to identify the competencies required for MOH practice*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2006.
- (6) ASPH Education Committee. *Master's degree in public health core competency development project*. Version 2.3. Washington: ASPH, 2006.
- (7) Human Capital Alliance. *Competency standards for public health practice*. Canberra: Department of Health and Ageing (Australie), 2007.
- (8) Lane DS, Ross V, Chen DW, O'Neill C. *Core competencies for preventive medicine residents: Version 2.0*. *Am J Prev Med* 1999; 16(4):367-372.
- (9) Accreditation Council on Graduate Medical Education. *Preventive Medicine competencies*. 2003. Disponible sur le site suivant : www.acgme.org/acWebsite/RRC_380/380_quad101400.pdf. Consulté le 10 octobre 2007.
- (10) *Skills for Health. Multidisciplinary/multi-agency/multi-professional public health skills and career framework*. Oxford: Public Health Resource Unit, 2007.
- (11) Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Objectifs et exigences de la formation spécialisée en médecine communautaire*. 2003. Disponible sur le site suivant : http://crmcc.medical.org/residency/certification/training/commed_f.html Consulté le 21 février 2005.
- (12) Institute of Medicine. *Training physicians for public health careers*. Washington: National Academy of Sciences, 2007.
- (13) Faculty of Public Health Medicine, the Multi-disciplinary Public Health Forum and the Royal Institute of Public Health and Hygiene. *National standards for specialist practice in public health*. 2001. Disponible sur le site suivant : www.riph.org.uk/detailed.html. Consulté le 21 février 2005.

- (14) NSW Department of Health (Australia). *NSW Public Health Officer Training Program*. 2004. Disponible sur le site suivant : <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/pht/pages/competency.html>. Consulté le 21 février 2005.
- (15) Association médicale canadienne. *Anesthesia training for family practitioners - CMA policy summary*. CMAJ 1989; 140:1196.
- (16) Steiner IP. *Emergency medicine practice and training in Canada*. CMAJ 2003; 168(12):1549-1550.
- (17) Chan BTB, Schull MJ, Schultz SE. *Emergency department services in Ontario: 1993-2000*. Toronto: ICES, 2001.
- (18) Société de la médecine rurale du Canada CoFPoCCAS. *L'Énoncé de principe conjoint sur la formation en anesthésiologie pour les médecins de famille en milieu rural*. Shawville (Québec) : Société de la médecine rurale du Canada, 2001.