

**Initiative pancanadienne de formation
en santé publique
Résumé de trois ateliers régionaux**

Avril 2004

**Centre de coordination de la surveillance
Direction générale de la santé de la population et de la santé publique
Santé Canada**

**Direction des politiques de soins de santé
Direction générale de la politique de la santé et des communications
Santé Canada**

Initiative pancanadienne de formation en santé publique Résumé de trois ateliers régionaux

Introduction

Le Comité consultatif national sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et sur la santé publique (rapport Naylor) indique clairement dans un rapport que le système de santé publique du pays fait face à une crise des ressources humaines et recommande¹ :

- le déclenchement immédiat de discussions sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale pour le renouvellement des ressources humaines en santé publique;
- l'exploration de toute urgence des possibilités de créer et de soutenir des programmes de formation;
- l'établissement d'un service national de santé publique.

Au mois de janvier et de février 2004, le Centre de la coordination de la surveillance de Santé Canada a organisé trois ateliers régionaux pour recueillir de l'information auprès de divers praticiens et théoriciens en santé publique et établir un consensus parmi eux. Sachant que l'assurance d'un effectif de haut calibre ne repose pas uniquement sur la formation, mais aussi, entre autres, sur le recrutement et la fidélisation de personnel, l'enrichissement des tâches et les conditions de travail, les ateliers ont été orientés sur les questions liées à la formation de l'effectif en santé publique suivantes :

- vision de la formation de l'effectif en santé publique;
- acquis et obstacles;
- stratégies et interventions nécessaires pour concrétiser la vision.

Le but du présent document est de résumer les thèmes clés qui sont ressortis des ateliers régionaux en vue de l'élaboration ultérieure d'une politique. De l'information additionnelle sur le contexte a été ajoutée au besoin. Une liste des participants aux ateliers figure à l'annexe 1.

Vision de la formation de l'effectif en santé publique

La vision du perfectionnement de l'effectif en santé publique est liée à la vision générale d'un système de santé publique plus solide au pays. Ainsi, la formation s'améliorerait en parallèle avec d'autres aspects du système (p. ex., recherche appliquée en santé publique; application des connaissances; fonctions principales, structures et rôles définis de la santé publique; détermination des compétences nécessaires; création d'une agence nationale de

santé publique, leadership d'un directeur de la santé publique; etc.). Conformément aux recommandations formulées dans le rapport Naylor, bien des participants ont souligné le besoin de mettre en œuvre une stratégie nationale concernant les ressources humaines en santé publique; cette question sera traitée dans une autre section du présent rapport. Trois points sont ressortis des descriptions que les participants ont faites de leur conception de la formation de l'effectif en santé publique : compétences définies, possibilités professionnelles bien établies et diversifiées et formation complète.

Compétences

Les compétences sont les connaissances, les aptitudes et les habiletés essentielles au fonctionnement efficace d'une organisation. Les compétences nécessaires à la pratique en santé publique doivent être définies et acceptées par divers intervenants du système, y compris les employeurs, les praticiens et les responsables des programmes de formation. On devrait pouvoir utiliser les compétences définies pour un certain nombre de tâches, telles que la rédaction de descriptions de travail au moyen d'une nomenclature normalisée, l'évaluation des degrés de compétence nécessaires pour des programmes et des organisations, l'orientation de l'élaboration des programmes et l'évaluation des besoins d'apprentissage du personnel et au sein d'une organisation.

Selon les participants aux ateliers, il faut considérer les éléments suivants dans la définition des compétences nécessaires à la pratique en santé publique.

- Les compétences ne doivent pas couvrir que les structures et les programmes courants, mais aussi les besoins futurs de l'effectif en santé publique, y compris l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences en matière d'informatique en santé publique, d'applications de la génomique humaine et microbienne liées à la santé publique, de sciences de laboratoire, de modélisation des risques pour la santé, de leadership et d'organisation, de politiques, de gestion du savoir, de communications et d'éthique.
- Différents types ou niveaux de compétences sont nécessaires.
 - Personnel de première ligne, cadre supérieur, personnel de surveillance et personnel de gestion.
 - Compétences techniques nécessaires à l'exécution de certaines tâches.
 - Compétences particulières à une discipline pouvant être nécessaires pour remplir un rôle spécialisé ou pour travailler dans un secteur de pratique spécialisée.

Santé Canada finance présentement des projets destinés à définir tant les compétences principales en santé publique que les compétences particulières à une discipline pour le personnel infirmier et les inspecteurs en santé publique.

Cheminements professionnels diversifiés et attrayants

Les ressources humaines en santé publique font face à des problèmes de recrutement, de fidélisation et de répartition. Aussi, les possibilités de cheminement professionnel doivent-elles être attrayantes, les environnements de travail stimulants et la rémunération concurrentielle. Il faut pouvoir facilement passer d'une sphère du système à une autre, ce qui inclut non seulement les mouvements entre niveaux (à savoir fédéral, provincial/territorial, local/régional), mais aussi entre la pratique et l'université. Afin d'accroître la connaissance des autres systèmes de santé publique, des détachements et des échanges dans des systèmes d'autres pays doivent être permis. Ce désir de mobilité ne se répercute pas uniquement sur les politiques des ressources humaines (p. ex. transférabilité des pensions et des licences, ancienneté, vacances, etc.), mais aussi sur la disponibilité de la formation facilitant ces changements. Du recrutement doit être effectué dans des groupes de population particuliers qui sont sous-représentés dans l'effectif en santé publique (p. ex. les autochtones). Un grand nombre de participants ont indiqué qu'ils souhaitaient que le domaine de la santé publique soit perçu comme un milieu de travail privilégié et que l'élaboration d'une stratégie de commercialisation s'imposait.

Formation complète

Les participants aux ateliers souhaitent que la formation soit plus complète et plus accessible que celle qui est offerte actuellement. Plusieurs éléments clés sont ressortis des commentaires des participants.

- Formation appropriée d'un nombre adéquat de praticiens (y compris des spécialistes et des sous-spécialistes), de formateurs et de chercheurs.
- Formation axée sur les compétences, laquelle repose sur la définition de la portée de la pratique en santé publique.
- Interaction entre une plus vaste gamme de professions (p. ex. vétérinaires, anthropologues, sociologues, géographes, médecins microbiologistes, chercheurs en laboratoire, etc.).
- Formations théorique et pratique combinées (p. ex., unités d'enseignement en santé publique en harmonie avec les hôpitaux d'enseignement).
- Incorporation guidée de nouvelles compétences dans la pratique (p. ex. tutorat, formation en apprentissage, etc.).
- Milieu de recherche en santé publique plus dynamique avec application et échange de connaissances.
- Capacité de formation plus grande dans les milieux universitaires et les milieux de formation pratique.
- Soutien des organisations professionnelles comme le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers en santé communautaire, l'Association canadienne de santé publique, les bureaux du

registraire des collèges (médecins, personnel infirmier), l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique, etc.

- Soutien des employeurs.
- Éventail d'options de formation.
 - Grades universitaires : baccalauréat, maîtrise, doctorat.
 - Autres options : diplôme, formation brève.
 - Formation continue.
 - Formules diverses.
- Formations offertes dans diverses institutions établies en réseau.
 - Centres d'excellence en formation en santé publique et en recherche de tout le pays (c.-à-d. des consortiums régionaux de formation).
 - Gamme complète de programmes de formation agréés qui sont coordonnés pour offrir un ensemble d'options de formation.
 - Autres possibilités régionales de formation offertes dans différents cadres et à divers endroits.
 - Partage de cours et d'étudiants (c.-à-d. reconnaissance des crédits).
 - Comparabilité des formations (p. ex. connaissance de la formation générale offerte lorsqu'un programme de maîtrise à vocation professionnelle existe).
- Plus grande intégration d'aptitudes en santé publique dans l'enseignement d'autres disciplines.
- Inclusion d'une orientation internationale qui serait attrayante pour les étudiants étrangers et qui préparerait les praticiens canadiens à œuvrer à l'extérieur du Canada.

Description de la vision

Voici les mots clés que les participants aux ateliers ont utilisé pour décrire leur vision de la formation en santé publique.

- | | | |
|---|--------------------------------|---|
| • Interdisciplinarité | • Adaptée | • Pratique d'avant-garde et de qualité élevée |
| • Souplesse | • Complète | • Évolution constante |
| • Transférabilité | • Préventive | • Basée sur les sciences |
| • Pragmatique, pratique | • Reconnue | • Accessible à tous |
| • Intégrée | • Satisfaisante | • Désignation de <u>praticien</u> en santé publique |
| • Excitante | • Énergique | • Efficace |
| • Alliance avec des experts | • Inspection en santé publique | • Réalisable |
| • Innovatrice | • Aide financière | • Durable |
| • Profession privilégiée/modèle de rôle | • Soutien organisationnel | • Apprentissage à long terme |
| | • Globale | • Valeur ajoutée |
| | • Modèles de rôle | • Excellence |
| | • Champion | • Programmatique/pratique |
| | • Cadre | |

- Fonctionnelle
- Partenariat
- Bien conçue
- Pancanadienne

Atouts et obstacles actuels

Bien qu'il y ait place à beaucoup d'améliorations en santé publique, on sait très bien qu'on ne part pas de zéro dans ce secteur pour résoudre le problème que posent les ressources humaines actuellement. De fait, de nombreux éléments de base déjà en place peuvent servir à l'élaboration d'un programme de formation complet. En voici des exemples.

- Programmes agréés de médecine communautaire, de microbiologie médicale et des maladies infectieuses du Collège royal.
- Programmes de certification des inspecteurs en santé publique, des infirmières et des infirmiers en santé communautaire, des chercheurs et des techniciens de laboratoire.
- Intérêt grandissant à l'égard de la formation en santé publique.
 - Disponibilité accrue de programmes interdisciplinaires comme le programme de baccalauréat en sciences de la santé.
 - Élaboration de programmes de maîtrise à vocation professionnelle (c.-à-d. en santé publique).
 - Discussions sur la création d'écoles de santé publique.
 - Établissement de consortiums régionaux à partir de modèles existants (p. ex. programme d'infirmière praticienne/d'infirmier praticien; voir l'encadré et la section traitant des centres de formation de la FCRSS et des IESC qui sont présentés plus loin).
- Nombre accru de formations à distance offertes par les universités et de programmes de formation comme l'initiative d'amélioration des compétences en surveillance de la santé.
- Modèles de pratique, de formation et de recherche comme le Programme de recherche, de développement et d'éducation en santé publique de l'Ontario (PRDESP).
- Contribution des chercheurs à la résolution de problèmes et à l'élaboration subséquente de politiques.
- Au Québec : existence d'un certain nombre de situations uniques.
 - L'Institut national de santé publique soutient la formation et l'adapte aux besoins programmatiques.
 - Règlement provincial obligeant les employeurs à assurer de la formation continue.
 - Barème de rémunération pour les médecins qui soutiennent concrètement la formation continue.

- Masse critique de personnel dans la plupart des régions, décentralisation et autonomie accrue.
- Programme d'été interdisciplinaire.
- Programme d'épidémiologie d'intervention.

La taille relativement petite du secteur de la santé publique est un atout potentiel puisque des liens ont été tissés entre les intervenants et qu'il existe une volonté de travailler ensemble. La situation actuelle fournit une excellente occasion de mettre en place une stratégie globale de développement du système de santé publique.

Programme de formation des infirmières praticiennes en soins de santé primaires (Ontario)

Un consortium de dix universités ontariennes offre ce programme de formation. Les universités responsables élaborent le programme d'études en anglais et en français, qui est dispensé à distance à toutes les universités du consortium et géré à l'échelle de la province par l'université qui l'a conçu. Parmi les méthodes d'enseignement utilisées, mentionnons : les CD-ROM, les conférences par ordinateur, le matériel imprimé, le tutorat, les laboratoires cliniques et les stages, les ressources documentaires.

Il existe un groupe de personnes formées en santé publique qui ne travaillent pas présentement dans le système de santé publique. Ces personnes sont une source potentielle de ressources humaines qui pourraient grossir l'effectif en santé publique. Un ensemble d'incitatifs appropriés, y compris des cours de recyclage, serait probablement nécessaire pour les recruter. Le [financement annoncé](#) récemment par le gouvernement fédéral pour permettre éventuellement à des médecins étrangers de venir travailler au Canada est un exemple d'une telle stratégie.

La création de l'Agence canadienne de santé publique et du poste de directeur de la santé publique² ouvre la voie à un leadership durable et à l'augmentation de l'effectif en santé publique. Le budget fédéral fait aussi explicitement référence à l'expansion du programme d'épidémiologie d'intervention et au financement de bourses de recherche ou autres, de chaires et de formations en apprentissage en santé publique communautaire.

La situation actuelle est unique puisqu'il existe, en ce moment à tout le moins, une volonté publique et politique de renforcer le système de santé publique du pays, mais des contraintes structurelles persistantes expliquent pourquoi l'effectif en santé publique du pays n'est pas plus solide.

Les fonctions du système de santé publique, les normes régissant les programmes ainsi que les compétences générales ne sont pas encore définies. Il manque encore beaucoup d'information pour dépeindre l'effectif actuel. Le système de santé publique est de nature gouvernementale, mais il relève de multiples compétences. La santé est principalement une responsabilité provinciale, cependant bon nombre des problèmes d'effectif en santé publique sont essentiellement de portée nationale. La majorité du personnel de santé publique travaille dans de plus petites agglomérations à l'échelon local ou régional où les possibilités de développement et de formation sont réduites. Un grand nombre de participants ont indiqué que le leadership des ministères de la santé n'est généralement

pas exercé en faveur de la santé publique. L'intégration de la santé publique dans les ministères du gouvernement et leur culture limite le soutien financier accordé aux principes de base de la formation et de la recherche. Les limites des ressources humaines actuelles compromettent la participation de praticiens à la formation continue.

Les investissements dans l'infrastructure technologique de la santé publique sont en général insuffisants, ce qui constitue un obstacle à la formation électronique à distance. L'âge avancé de l'effectif en santé publique constitue également un obstacle à l'adoption de nouvelles technologies. Au manque de cours de formation continue en ligne s'ajoute le financement insuffisant pour l'élaboration de tels cours. Les programmes disponibles, qui sont généralement en anglais, représentent un autre obstacle au perfectionnement des praticiens francophones. Il existe également une idée préconçue selon laquelle certains employeurs tendent à favoriser la formation de leurs « meilleurs » employés. Ainsi, la formation fait partie d'un système de récompenses qui s'oppose à un mécanisme d'amélioration des aptitudes du personnel dont les besoins sont plus grands. Les programmes de formation agréés en santé publique sont rares.

Les établissements d'enseignement supérieur présentent un certain nombre d'obstacles additionnels. Le but de la plupart de ces institutions est de concurrencer les autres institutions plutôt que de collaborer avec celles-ci. Elles ont surtout tendance à mettre l'accent sur les programmes réguliers plutôt que sur les besoins en formation continue des praticiens diplômés. Les sujets de recherche ont tendance à être dictés par les sources de financement, qui ne préconisent pas en général des sujets de recherche en santé publique. Certains chercheurs s'intéressent davantage au développement des connaissances plutôt qu'aux étapes subséquentes de synthèse et de mise en pratique.

En plus des défis que les gouvernements et les universités ont à relever, il existe un manque de coordination entre ces deux intervenants et les praticiens. L'échange de personnel insuffisant entre les universités et les milieux de pratique entrave l'établissement de liens. Le manque de financement pour la recherche appliquée empêche les universités de contribuer à la santé publique. Finalement, aucune organisation n'est tenue de relever ces défis ni de satisfaire aux besoins du système. Les participants ont été nombreux à souligner le peu d'effort consenti au développement du système et le faible leadership en matière de développement de l'effectif en santé publique, ce qui reflète le manque de leadership et de coordination à l'égard du système de santé publique en général.

Stratégies, actions et priorités

Nombre des commentaires exprimés à l'atelier concernaient des actions menées à un plus haut niveau et plus stratégiques qui seront nécessaires à long terme pour améliorer l'effectif en santé publique. En outre, une vision uniforme du rôle du gouvernement fédéral se dégageait, à savoir assurer un leadership national, le financement du système ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique. La présente section traite de l'élaboration d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé

publique et de la création d'écoles de santé publique ou de consortiums régionaux. Elle décrit ensuite plusieurs actions qui, pendant que l'on procède à l'élaboration de la stratégie nationale des ressources humaines en santé publique, pourraient être mises de l'avant pour renforcer l'effectif en santé publique.

Élaboration d'une stratégie nationale des ressources humaines en santé publique

Même si les ateliers n'étaient pas axés sur l'élaboration d'une stratégie nationale, il en a été question à plusieurs reprises. Une analyse contextuelle des initiatives de perfectionnement de l'effectif en santé publique mises en œuvre aux États-Unis, en Angleterre et en Australie a été effectuée récemment³. La détermination des compétences individuelles et organisationnelles requises pour accomplir les fonctions et administrer les programmes est un thème qui a été observé fréquemment, en particulier aux États-Unis et en Australie. Le rôle des compétences figure dans le plan de perfectionnement de l'effectif des États-Unis, qui a été publié en 2000, et ce sont les Centers for Disease Prevention and Control (CDC), Office of Workforce Policy and Planning, qui en sont responsables⁴. Aussi, six stratégies, liées dans une boucle itérative, ont été mises sur pied à cet égard.

- Surveiller la composition de l'effectif et prévoir les besoins.
- Relever les compétences et élaborer un programme ou des cours en conséquence.
- Concevoir un système d'apprentissage intégré.
- Employer des mesures incitatives pour assurer la compétence.
- Mener des évaluations et des recherches.
- Assurer un soutien financier.

En Australie, le National Public Health Partnership a créé un comité directeur sur le perfectionnement de l'effectif qui a élaboré un cadre de planification pour l'effectif en santé publique. Cet exercice a nécessité la description des compétences organisationnelles requises pour atteindre les buts fixés et mettre les programmes en œuvre⁵. Le cadre de planification est actuellement mis à l'essai.

Nombre des participants ont indiqué que l'Agence canadienne de santé publique devrait être responsable du plan stratégique en matière de perfectionnement de l'effectif en santé publique. De multiples intervenants d'un peu partout au pays pourraient participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce plan. Conformément aux thèmes de l'atelier décrits précédemment, la stratégie nationale doit être axée sur l'attraction et la fidélisation des praticiens en santé publique et sur des cheminement professionnels diversifiés et attrayants.

Écoles de santé publique et consortiums régionaux

Plusieurs des analyses du système de santé publique publiées récemment traitent de la création d'une ou de plusieurs écoles de santé publique au pays ou recommandent une telle approche⁶⁻⁸. On dit souvent qu'il s'agirait d'écoles « virtuelles » du fait qu'elles seraient composées d'un réseau de centres répartis à l'échelle du pays, un peu comme le concept des consortiums régionaux décrit précédemment.

Les écoles de santé publique existent depuis un certain nombre d'années aux États-Unis. Ces écoles devraient disposer du corps professoral et d'autres ressources humaines, physiques, financières et pédagogiques nécessaires pour offrir des possibilités de formation en santé publique variées et de haut niveau⁹. Ces écoles doivent également offrir une formation au niveau de la maîtrise qui permettra une concentration dans chacune des cinq disciplines suivantes : biostatistique, épidémiologie, hygiène du milieu, administration des services de santé et sciences sociales/comportementales. En outre, ces écoles, en plus d'offrir des programmes de maîtrise, devraient offrir au moins un programme de doctorat dans l'une des cinq disciplines susmentionnées. Une autre caractéristique des écoles américaines est qu'elles doivent avoir le même niveau d'indépendance et de statut que les autres écoles professionnelles rattachées à leur institution mère.

Dans les ateliers régionaux, il n'a pu y avoir consensus à savoir si une école de santé publique de type américain était la « solution » pour combler les besoins de formation en santé publique au Canada. Certains participants ont indiqué que les écoles américaines avaient fait l'objet de critiques pendant un certain nombre d'années du fait qu'elles n'auraient pas été suffisamment sensibles aux besoins du système de santé publique. En 1988, l'Institute of Medicine indiquait que les écoles devaient mettre une plus grande emphase sur la pratique en santé publique et prendre les mesures pour permettre au personnel d'acquérir l'éventail de connaissances nécessaire en santé publique¹⁰. L'afflux massif de fonds pour la formation qui a eu lieu récemment a permis au CDC de faire en sorte que les écoles combler les besoins du système par la création de plusieurs [Centers of Public Health Preparedness](#). Ces centres sont situés dans les écoles de santé publique et offrent une formation axée sur les compétences aux travailleurs en santé publique. Plusieurs autres centres de spécialisation et de formation en pratique avancée ont été créés pour dispenser de la formation sur des domaines spécifiques tels que les lois en santé publique, les zoonoses, la recherche, la santé mentale et la technologie de l'information.

Comme le Canada compte un nombre limité d'établissements dispensant une formation en santé publique et compte tenu de leurs capacités différentes et de la dispersion géographique de ces établissements et des stagiaires potentiels, il serait sans doute préférable d'instaurer des consortiums régionaux de centres de formation. La mesure dans laquelle ceux-ci devraient être regroupés en réseau national et la pertinence de désigner un ou plusieurs consortiums en tant qu'« école de santé publique » sont des questions qu'il convient probablement mieux de traiter dans le plan stratégique qui sera élaboré. Il semble cependant que la promotion de la mise sur pied d'écoles de santé

publique selon le modèle américain n'est pas une priorité nationale présentement. L'élaboration de programmes d'étude (programmes de maîtrise en hygiène publique, p. ex.) plus appropriés que ceux présentement offerts dans les facultés serait toutefois une chose importante. Cependant, cela n'empêche pas les établissements, seuls ou en partenariat, de procéder à la mise sur pied d'écoles de santé publique. Si de telles écoles sont créées, toutefois, il faudrait de l'avis de nombreux participants, qu'un mécanisme d'accréditation soit mis sur pied.

Si des écoles de la santé publique sont créées, il faudra examiner sérieusement les nombreuses recommandations concernant la comparabilité de la formation et des normes pour les programmes de formation. La création, l'élaboration et le soutien de consortiums régionaux et d'une capacité de formation grandissante exigeront des investissements précis. Plusieurs participants ont suggéré que les [Centres régionaux de formation de la FCRSS et des IESC](#) servent de modèle pour élaborer les consortiums régionaux de formation en santé publique. Les centres offrent des programmes d'études supérieures axés sur les compétences dans le cadre desquels les cours sont donnés par l'entremise d'un consortium d'universités, des instituts d'été, des liens entre étudiants et facultés de diverses universités et disciplines ainsi que des possibilités de placement dans les établissements des régions.

Programmes de formation permanente

Les programmes de formation permanente doivent présenter un équilibre entre les matières de nature générale et spécialisée. Ces programmes doivent également être offerts selon diverses formules (en ligne, cours d'été, téléconférences, etc.). On a recommandé que ces programmes aillent au-delà de la surveillance et de l'analyse épidémiologique et qu'ils touchent à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Les besoins en formation permanente des gestionnaires supérieurs doivent être pris en considération et pourraient inclure une formation en leadership et en conduite des affaires. Par exemple, aux États-Unis, les [Public Health Leadership Institutes](#) et la [Management Academy](#) ont été mis sur pied pour les gestionnaires intermédiaires et supérieurs grâce à des ententes de partenariat entre le CDC, les écoles de santé publique et les écoles des affaires.

Soutien en faveur d'une formation plus poussée

Les praticiens actuels doivent être soutenus dans la poursuite de leur formation universitaire (maîtrise, etc.) afin d'augmenter leurs niveaux de connaissances et de compétences. Les possibilités de formation qui leur sont proposées ne doivent cependant pas augmenter le stress qui leur est imposé, à eux ainsi qu'à leur famille et à leur employeur. Une approche systématique, accessible à toutes les disciplines, doit être employée pour fournir des subventions à la formation afin d'éliminer les obstacles financiers. Les participants ont également recommandé que les employeurs reçoivent une aide financière pour combler le poste de l'employé en formation.

Programme d'épidémiologie d'intervention

Le Programme d'épidémiologie d'intervention du Canada est administré par le Centre de coordination de la surveillance de Santé Canada. Ce programme s'adresse à des professionnels de la santé qui ont déjà au moins une maîtrise en épidémiologie ou en santé publique et offre deux ans de formation en épidémiologie d'intervention (y compris en surveillance, en enquête épidémiologique et en lutte contre la maladie) en situation de tutorat. Compte tenu des caractéristiques démographiques et géographiques du Canada, la graduation de cinq épidémiologistes d'intervention par année semble être nettement insuffisante. Le nombre d'épidémiologistes d'intervention devrait être accru afin qu'ils puissent être mieux répartis à l'échelle du Canada et qu'ils puissent étudier une plus vaste gamme de problèmes de santé publique, qui vont au-delà du domaine des maladies infectieuses (maladies chroniques, blessures, etc.). L'expansion du Programme d'épidémiologie d'intervention a été annoncée dans le budget fédéral².

Programmes sans diplôme universitaire

Certains participants ont indiqué qu'il fallait accroître les possibilités de carrières en santé publique dans des disciplines ne nécessitant pas l'obtention d'un diplôme universitaire. Cette avenue pourrait être particulièrement intéressante en milieu rural, dans le Nord et dans les communautés autochtones. L'octroi d'un soutien aux personnes qui commencent à travailler en santé publique sous surveillance comblerait un besoin immédiat et pourrait également les intéresser à poursuivre leur formation.

Recrutement en santé publique

Le potentiel de carrière en santé publique doit être souligné dans les milieux secondaire, collégial et universitaire. Pour pouvoir exposer d'éventuels praticiens à la santé publique, il faudra aider financièrement les employeurs afin qu'ils puissent créer des bourses de stagiaire d'été et des programmes de placement volontaire à l'intention des étudiants. Cette possibilité s'applique à tous les niveaux de formation et inclut les stages requis pour la certification des inspecteurs en santé publique. Le retour des bourses de formation en service est une autre option. Finalement, la rémunération des praticiens en santé publique doit être revue si l'on veut qu'elle soit concurrentielle avec celle d'autres secteurs.

Tous les obstacles à l'inscription des médecins à une formation spécialisée en médecine communautaire doivent être éliminés. En outre, des processus simplifiés doivent être en place pour permettre la reconnaissance des qualifications des médecins étrangers qualifiés en santé publique et, si nécessaire, la mise à jour de celles-ci. Il faut également explorer les possibilités de faire participer les praticiens étrangers qualifiés à la vie des établissements de santé publique pendant qu'ils attendent leur certification.

Beaucoup de personnes ont reçu une formation en santé publique et travaillent actuellement en dehors du système. Il faut également examiner les possibilités de les

inciter à revenir dans le domaine de la santé publique. Les cours de maîtrise en administration publique et en administration des affaires pour dirigeants d'entreprises pourraient favoriser le retour dans la fonction publique de personnes ayant de l'expérience dans d'autres domaines.

Formation pratique des futurs praticiens en santé publique

Il s'agit d'une question clé. Actuellement, la majeure partie de la formation universitaire de cycle supérieur en santé publique offerte au Canada est axée sur l'épidémiologie et la recherche. Or, la plupart des diplômés de ces programmes ne pratiqueront pas dans le domaine de la santé publique, et beaucoup de praticiens en santé publique estiment que ces programmes ne comblent pas entièrement leurs besoins. Parmi les exceptions, mentionnons les programmes de M.Sc.S. à l'Université de Toronto et à l'Université de la Colombie-Britannique. Il s'agit de programmes de « maîtrise professionnelle », qui comportent des stages et n'exigent pas de thèse de recherche. La maîtrise en hygiène publique américaine est un autre exemple et il y a des propositions concernant la mise sur pied de programmes de maîtrise en hygiène publique au Canada. Or, de tels programmes pourraient nécessiter un soutien accru pour être entièrement efficaces. L'Université de Montréal est allée de l'avant avec un programme de doctorat en médecine inspiré du modèle américain. Or, on estime que les personnes qui suivent cette formation pourraient jouer un rôle important dans le système de santé publique dans l'avenir.

Les personnes inscrites aux programmes de premier cycle et d'études supérieures doivent être exposées à la pratique en santé publique pendant leur formation. Or, les établissements qui offrent des possibilités de pratique en santé publique doivent recevoir une compensation financière pour la prise en charge des étudiants couvrant non seulement les coûts inhérents au lieu de travail et à l'équipement, mais également le coût du temps consacré à la supervision de ces étudiants. Des stages pratiques devraient également se dérouler dans des établissements ne faisant pas partie du système officiel de santé publique pour élargir la vision des étudiants à l'égard de la santé publique. Dans le meilleur des cas, il faudrait un partenariat entre les établissements du réseau de santé publique et les centres universitaires pour que les étudiants puissent acquérir l'expérience requise. L'expansion et le financement approprié d'unités d'enseignement en santé est une approche qui conviendrait bien à un tel partenariat.

Disciplines nouvelles

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à l'apparition de nouveaux domaines dans le milieu de la santé publique qui sont peu explorés dans les établissements universitaires du Canada. L'informatique et la génomique en santé publique sont au nombre de ces nouvelles disciplines. Il faut donc assurer un leadership à l'échelle nationale si l'on veut augmenter nos connaissances et nos habiletés dans des domaines émergents de ce type. Pour ce faire, on pourrait notamment créer des programmes de bourses de recherche,

soutenir la formation à l'étranger au besoin et inciter un établissement canadien à élaborer un programme de formation à l'aide de mesures d'encouragement appropriées.

Communication concernant les possibilités de formation actuelles et les postes disponibles

Le nombre d'établissements offrant de la formation permanente et à distance augmente. Il faut donc mettre en place un mécanisme plus efficace pour que les praticiens puissent connaître ces possibilités de formation. Pour favoriser la mobilité du personnel et la pollinisation croisée des lieux de travail, nous devons offrir une information de meilleure qualité sur les possibilités d'emploi. L'affichage électronique des postes vacants et des possibilités de formation dans un format consultable avec les outils de recherche est une approche à envisager.

Liens entre les praticiens en santé publique et les chercheurs

Les participants à l'atelier ont suggéré un certain nombre de moyens pour renforcer les liens entre la pratique en santé publique et les centres universitaires. Parmi ces moyens, mentionnons la fourniture d'un soutien aux facultés afin qu'elles puissent former des praticiens en santé publique ayant des compétences semblables aux « cliniciens scientifiques » actuels. Des bourses pourraient être offertes pour faciliter les échanges entre les praticiens en santé publique et les professeurs de médecine. On a également laissé entendre que la création de « chaires » de pratique en santé publique serait utile pour soutenir l'élaboration du système de formation. Des primes à la réorientation de carrière ont été également suggérées pour inciter des praticiens d'autres disciplines à s'intéresser à la recherche et à la pratique en santé publique. L'élaboration des consortiums régionaux dont il a été question précédemment pourrait également renforcer les liens entre le monde universitaire et la pratique.

Résumé et prochaines étapes

On a observé un niveau d'uniformité remarquable dans la vision et les stratégies proposées dans les trois ateliers. Plus de 75 praticiens en santé publique, des universitaires et des intervenants du système ont eu l'occasion de réfléchir à la façon d'améliorer l'éducation de l'effectif en santé et d'en discuter et, aussi, de faire des recommandations concernant des actions prioritaires. Cette information sera utile pour orienter le processus décisionnel à court terme et élaborer la stratégie nationale recommandée en matière de perfectionnement de l'effectif.

Une version provisoire de ce document a été distribuée aux participants à l'atelier ainsi qu'à certaines personnes qui n'ont pu assister aux ateliers. Nombre de leurs commentaires ont été incorporés dans cette version finale. Comme on l'a indiqué dans les ateliers, ce document a été fourni au groupe de travail FPT sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique, au groupe de travail mixte FPT sur les ressources humaines en santé publique et à Santé Canada pour soutenir le perfectionnement continu de l'effectif et véhiculer l'information à cet égard.

Annexe 1 – Participants

Vancouver

David Mowat	Santé Canada
Perry Kendall	Colombie-Britannique
Ron de Burger	Toronto Public Health
Gina Balice	Santé Canada
Catherine Cook	Aboriginal Health Services, Winnipeg
Richard Massé	Institut de santé publique du Québec
Janet Braunstein Moody	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
John Millar	Provincial Health Services Authority, C.-B.
Cordell Neudorf	Saskatoon Health Region
Richard Stanwick	Vancouver Island Health Authority
David Buckeridge	Stanford Medical Informatics, California
Richard Musto	Calgary Health Region
Karen Lee	Capital Health, Alberta
Bruce Reeder	Université de la Saskatchewan
Robert Brunham	Université de la Colombie-Britannique
Tom Noseworthy	Université de Calgary
Richard Mathias	Université de la Colombie-Britannique
Kay Teschke	Université de la Colombie-Britannique
Nicholas Bayliss	Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta
Arun Chockalingam	Instituts de recherche en santé du Canada, BC
Brent Moloughney	Consultant en santé publique
Carla Jane Troy	Santé Canada
Shirley Chan	Santé Canada
Ross Findlater	Ministère de la Santé de la Saskatchewan
David McLean	Université Simon Fraser

Absences

Howard Brunt	Université de Victoria
Sam Ratnam	Laboratoire de santé publique
André Corriveau	Directeur de la santé, T. N.-O.

ANIMATRICE

Raymonde D'Amour	Consultant Praxis
------------------	-------------------

SECRETARIAT

Maria Carvalho	Santé Canada
----------------	--------------

Toronto

David Mowat	Santé Canada
Jamie Hockin	Santé Canada
Kim Courie	Santé Canada
Linda Panaro	Santé Canada
Louise Meyer	Santé Canada
Bentley Hicks	Santé Canada
Anuradha Marisetti	Santé Canada
Mohamed Karmali	Santé Canada
Kathleen MacMillan	Santé Canada
Rosanne Jabbour	Santé Canada
Lynn McIntyre	Université Dalhousie
William Montelpare	Université Lakehead
Kue Young	Université de Toronto
Ian Johnson	Université de Toronto
John Frank	Université de Toronto
Harvey Skinner	Université de Toronto
Dorothy Pringle	Université de Toronto
Jane Underwood	Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire
Larry Chambers	Institut de recherche Elizabeth Bruyère
John O'Neil	Université du Manitoba
Joe Losos	Université d'Ottawa
Carole Orchard	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Lori Kiefer	Spécialiste en médecine communautaire
Maureen Dobbins	Université McMaster
Ann Ehrlich	Université McMaster
Doug Manuel	Institut de recherche en services de santé
Marsha Sharp	Les diététistes du Canada
Lynn Scruby	Université du Manitoba
Brian Emerson	Ministère de la Planification et des Services de santé, C.-B.
Chris Green	Ministère de la Santé du Manitoba
Mary Lou Decou	Association of Public Health Epidemiologists, ON
Kathleen Steel O'Connor	Public Health Research, Education & Development
Absences	
Bart Harvey	Université de Toronto
Donna Meagher-Stewart	Université Dalhousie
Martha Karen Campbell	Université Western Ontario
Barb Mildon	Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire
Joel Weiner	Santé Canada
Kevin Keough	Santé Canada
Paul Gully	Santé Canada

Frank Plummer
Duncan Hunter
Sheela Basrur
Tim Sly
Ann Fox

Santé Canada
Université Queen's
Directeur de la santé - Ontario
Université Ryerson
Université de Toronto

ANIMATEUR

Brent Moloughney

Consultant en santé publique

SECRÉTARIAT

Maria Carvalho

Santé Canada

Montréal

David Mowat	Santé Canada
Rose-Marie Ramsingh	Santé Canada
Jean-Louis Caya	Santé Canada
Denis Allard	Agence canadienne d'inspection des aliments
Christine Coli	Université de Montréal
Marie-France Raynault	Université de Montréal
Isra Levy	Association médicale canadienne
Susan Stock	Institut national de santé publique du Québec
Céline Farley	Institut national de santé publique du Québec
Richard Lessard	Département de santé communautaire de Montréal
Erica Di Ruggiero	Université de Toronto
Horacio Arruda	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
James Gomes	Université d'Ottawa
Elinor Wilson	Association canadienne de santé publique
Diane Berthelette	Université du Québec à Montréal
Pierre Joubert	Institut national de santé publique du Québec
Jeff Scott	Médecin hygiéniste de la Nouvelle-Écosse
Bill Bavington	Université Memorial de Terre-Neuve
Pierre Gosselin	Centre hospitalier universitaire de Québec
Michel Savard	Région nationale des Laurentides

Absence

Chandrakant Shah Université de Toronto

ANIMATRICE

Raymonde D'Amour, Consultant Praxis

SECRÉTARIAT

Maria Carvalho, Santé Canada

Références

- 1) Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada, Ottawa, Santé Canada, 2003.
- 2) Ministère des Finances du Canada. Budget de 2004 : Nouvel élan vers la réussite. Ottawa, ministère des Finances du Canada, 2004.
- 3) Nevis Consulting Group. Public health workforce development: Australia, England and the United States. Ottawa: Nevis Consulting Group, 2004.
- 4) Office of Workforce Policy and Planning (CDC). The public health workforce development initiative. 2004. Available from: www.phppo.cdc.gov/owpp/workforcedev.asp.
- 5) Ridoutt L, Gadiel D, Cook K, Wise M. Planning framework for the public health workforce: discussion paper. Victoria: National Public Health Partnership (Australia), 2003.
- 6) Institut de la santé publique et des populations (IRSC). L'avenir de la santé publique au Canada : Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle, Toronto, IRSC, 2003.
- 7) Kirby MJL, LeBreton M. Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir. Rapport du comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Ottawa, Sénat, 2003.
- 8) Association médicale canadienne. Answering the wake-up call: CMA's public health action plan. Ottawa, AMC, 2003.
- 9) Council on Education for Public Health. Accreditation criteria: graduate schools of public health. Washington: Council on Education for Public Health, 2002.
- 10) Institute of Medicine. The future of public health. Washington: National Academy Press, 1988.