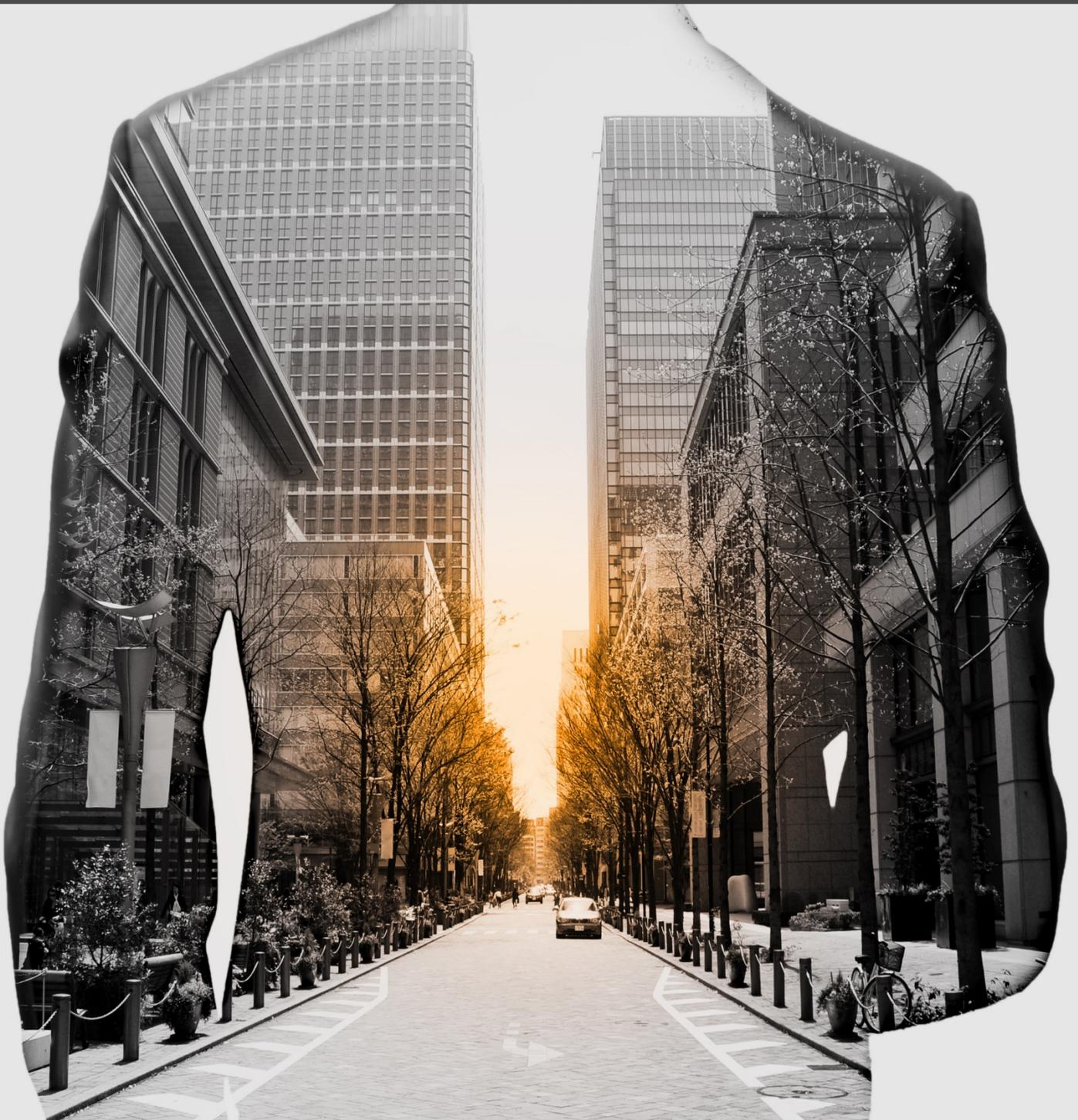


Rôle du médecin de famille en santé publique



© Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2024

ISBN 978-2-921361-55-2

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2024

Rôle du médecin de famille en santé publique

Table des matières

Liste des abréviations	2
1. Introduction	3
2. Préambule	3
3. Rôle du médecin de famille en SP	4
3.1 Le médecin en SP	4
3.2 Médecin de famille en SP et SAT	5
3.2.1 Mandats et activités	6
3.2.2 Exemples de mandats	6
3.2.3 Exemples d'activités	7
3.3 Interprofessionnalisme	9
3.3.1 Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive	9
3.3.2 Cogestion	10
4. Formation	10
5. Conclusion	12
6. Recommandations	13
7. Auteurs et collaborateurs	14
8. Bibliographie	14

Liste des abréviations

AMP	Activités médicales particulières
ASPC	Agence de santé publique du Canada
DRMG	Département régional de médecine générale
DSC	Départements de santé communautaire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MF	Médecin de famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MS	Médecin spécialiste
SPMP	Santé publique et médecine préventive
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Plans régionaux d'organisation des services médicaux
SAT	Santé au travail
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SP	Santé publique (inclut la santé au travail)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

La COVID-19 a remis à l'avant-scène l'importance de la santé publique (SP) dans un système de santé ! Mais qu'en est-il du rôle des médecins de famille en SP ? Ce rôle est non seulement méconnu par les pairs, mais aussi par les autorités. Dans les années 2010, l'accent de la médecine de famille était mis sur l'inscription de patients à tout prix, occultant le fait que les effectifs en médecine de famille étaient grandement insuffisants et minimisant la place ou l'importance de maintenir des médecins de famille en SP.

Au-delà de l'intérêt et du contexte politique, il reste que, entre 2002 et 2023, la moyenne d'âge des médecins de famille en SP est passée de 46,7 ans à 55,3 ans ! De plus, le nombre d'équivalents temps plein en SP a vu une décroissance de 45 % passant de 208 à 113.

Ce document permettra de prendre conscience de la place et la pertinence du médecin de famille en SP et son lien spécifique avec la première ligne.

2. Préambule

Pour bien concevoir le rôle des médecins de famille en SP, un retour sur l'historique des différentes structures de SP au Québec est important. La création de 31 Départements de santé communautaire (DSC) en 1973, et un 32^e en 1974, a été un moment décisif dans l'organisation de la SP au Québec. Jusqu'à la mise en place de cette nouvelle structure, les interventions de SP étaient organisées à partir d'un réseau de 75 unités sanitaires. Ce réseau, comme ailleurs au Canada, était responsable du contrôle des infections, des aliments et de l'environnement. Ce type de structure, souvent en lien avec celles des municipalités, existe encore dans les autres provinces¹.

La création des DSC a suivi de peu la réforme du système de santé, réalisée dans la foulée de la Révolution tranquille. L'objectif premier de la réforme proposée par la Commission Castonguay-Nepveu² était la réalisation du « concept de médecine globale, qui implique "la prise en charge" d'une population par une équipe multidisciplinaire qui assure à cette population des soins complets, continus et personnels, comprenant prévention, conseil, éducation, dépistage, diagnostic, traitement et réadaptation »³.

C'est en suivant l'orientation de santé globale que furent créés 32 DSC dans autant de centres hospitaliers désignés. Dans ceux-ci, le chef du DSC avait aussi la responsabilité, pendant plusieurs années, des services de médecine générale, incluant la mise sur pied et le bon fonctionnement d'un service d'urgence de première ligne⁴. Dans ce contexte, il n'est donc pas étonnant que les nouveaux chefs des DSC étaient essentiellement des médecins omnipraticiens et non des médecins hygiénistes des unités sanitaires.

* Dans un livre consacré à l'histoire des unités sanitaires au Québec, un chapitre sur les dernières années des unités sanitaires comprend une section intitulée *Le sacrifice sur l'autel de la médecine globale*⁵.

Ce n'est qu'au début des années 1980 que la spécialité médicale en SP a été créée⁶. Malgré tout, l'expertise et la contribution des médecins de famille en SP sont restées essentielles.

Avec la réforme de régionalisation du système de santé, proposée par la Commission Rochon, les DSC ont été fusionnés en 1993 et intégrés dans les nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux, créant ainsi les 18 directions régionales de santé publique. Les équipes de santé publique ont donc migré des 32 centres hospitaliers, où elles constituaient les départements de santé communautaire, vers les 18 nouvelles régies régionales de la santé et des services sociaux pour y constituer les directions de santé publique. Ces nouvelles directions de santé publique travaillent alors en collaboration avec la Direction générale de la santé publique du MSSS, créée également en 1993. En 2005, les agences régionales de la santé et des services sociaux ont remplacé les régies régionales de la santé et des services sociaux et les directions régionales de santé publique ont été transférées vers les nouvelles structures⁷. Avec l'abolition des régies régionales de la santé et des services sociaux en 2015, les directions de santé publique ont été transférées vers des CISSS/CIUSSS. La création de Santé Québec amènera une autre réorganisation de la gouvernance régionale. Ces réorganisations successives du système de santé et de l'attachement des structures de santé publique ont été essentiellement de type administratif et n'ont pas eu de répercussions significatives sur les mandats, le travail et la contribution essentielle des médecins de famille dans les directions de santé publique.

3. Rôle du médecin de famille en SP

3.1 Le médecin en SP

Les écrits de plusieurs instances soulignent les principes sur lesquels le rôle du médecin en SP se fonde.

La Loi sur la santé publique rappelle que les mandats de SP concernent la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé de la population⁸. Pour plusieurs de ces mandats, l'implication de médecins demeure essentielle.

En vertu de l'article 31 de la Loi médicale, « l'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes ». Cette même loi souligne que les activités médicales incluent, entre autres, le diagnostic des maladies, la prescription des examens diagnostiques, l'utilisation de techniques diagnostiques invasives ou à risque de préjudices, la détermination et la prescription des traitements, l'utilisation de traitements invasifs ou à risque de préjudices ainsi que l'utilisation des mesures d'isolement⁹.

Le Collège des médecins du Québec réitère que « le médecin est un professionnel qui s'occupe du diagnostic, du traitement et de la prévention de problèmes de santé rencontrés par des individus ou des groupes de population »¹⁰.

Considérant ces informations, le mandat de protection apparaît être majoritairement un acte réservé au corps médical, rendant le médecin nécessaire dans les secteurs des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail (SAT). Bien que les mandats de surveillance, de promotion et de prévention soient des actes partagés avec des corps professionnels non médicaux, la participation du médecin demeure importante pour établir des diagnostics populationnels et élaborer des stratégies efficaces de SP.

3.2 Médecin de famille en SP et SAT

Le document du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) « Orientations ministérielles concernant la pratique des médecins de famille en santé publique incluant la santé au travail au Québec »¹¹ datant de juillet 2018 mentionne que : « Les MF [médecins de famille] ont un rôle à jouer en SP et en SAT. La spécificité du médecin de famille en SP tient au fait qu'à chacune des étapes impliquées dans la gestion des problématiques de santé publique, il a une connaissance approfondie et à jour de l'environnement de la pratique clinique. En raison de leurs connaissances de la pratique clinique et préventive, les MF contribuent au Programme national de santé publique (PNSP), tout en l'adaptant à la réalité du terrain. À cet égard, les MF ont un rôle complémentaire aux médecins spécialistes – médecine préventive (MS) [médecins spécialistes] et autres professionnels œuvrant en santé publique. »

Provenant du latin signifiant « tout », le préfixe « omni » d'omnipraticien résume bien la polyvalence du spécialiste en médecine de famille. En effet, ses milieux de pratique sont multiples, ses activités cliniques sont variées et les caractéristiques démographiques de sa clientèle sont plures. Ses divers horizons cliniques en font donc un atout certain en SP.

Le médecin de famille en SP contribue d'une manière spécifique à la médecine de première ligne par le soutien qu'il apporte à ses collègues cliniciens. Le médecin de famille en SP s'appuie sur son expertise clinique (antérieure ou actuelle) afin de gérer des situations cliniques de SP. Cette proximité permet une collaboration plus efficiente et plus riche en basant ses interventions sur des besoins concrets et réalistes des milieux de pratique des médecins de famille. Ils sont ainsi capables de saisir les besoins des médecins de première ligne et de traduire le tout en outils pratiques, entre autres.

3.2.1 Mandats et activités

Selon le même document du MSSS « Orientations ministérielles concernant la pratique des médecins de famille en santé publique incluant la santé au travail au Québec » datant de juillet 2018 : « Les MF ont un rôle à jouer en SP et en SAT. (...) La pratique des MF en SAT et SP devrait toujours être balisée par des objectifs et des activités claires aux livrables précis, en conformité avec le Programme national de santé publique 2015-2025, les Plans d'action régionaux de santé publique, les Plans régionaux d'organisation des services médicaux (PROS) et les autres orientations ministérielles en la matière. Le rôle des MF dans les programmes de dépistage de cancer et de santé maternelle constitue de bons exemples de "programmes" répondant à ces principes, le travail de soutien aux enquêtes MADO et à la lutte aux infections nosocomiales étant aussi d'autres activités correspondant aux mandats légaux des autorités de santé publique. »

3.2.2 Exemples de mandats

Activités cliniques (orientation, planification et interventions)

- Contribuer à la surveillance de l'état de santé de la population, en cohérence notamment avec le plan de surveillance, et établir un diagnostic populationnel (ex. : une problématique ou une menace à la santé).
- Soutenir l'implantation des différentes interventions de promotion, de prévention et de protection et assurer l'expertise médicale soit :
 - Analyser les problématiques et proposer les interventions à privilégier (ex. : sous-groupes à prioriser, examens diagnostiques, plan de traitement populationnel, programmes et recommandations, suivi de santé des travailleurs) ;
 - Porter un regard sur les connaissances en lien avec l'histoire de la maladie et la physiopathologie, sur les liens avec le réseau de santé, sur l'encadrement médico-légal, les principes déontologiques et éthiques, et les enjeux de confidentialité ;
 - Élaborer des productions, des publications et des outils (ex. : avis scientifiques, cadres de référence, formations, guides, infolettres et protocoles) destinés, entre autres, aux cliniciens.
- Faciliter la collaboration avec les cliniciens et le réseau de la santé.
- Représenter la Direction de SP dans différents comités pour s'assurer que les recommandations de SP retenues soient applicables par les cliniciens.
- Assurer le rôle de porte-parole, à la demande du directeur de SP ou son représentant, notamment auprès des partenaires et des médias.
- Participer à la garde de jour et à la garde en disponibilité en heures défavorables.
- Être mobilisé dans les situations d'urgence sanitaire.

Enseignement et recherche

- Participer à l'enseignement des futurs médecins (étudiants, externes, résidents en médecine de famille, résidents en SP et médecine préventive et autres spécialités).
- Participer à la recherche.
- Élaborer des activités de développement professionnel continu.

3.2.3 Exemples d'activités

La diversité des expériences cliniques du médecin de famille peut bénéficier à différents secteurs de la SP. Habituellement, le médecin de famille s'implique d'ailleurs dans un secteur de la SP qui s'avère en continuité avec ses champs de pratique et d'expertise cliniques.

Par exemple, l'avis d'un médecin de famille en SP exerçant auprès de certaines clientèles marginalisées (ex. : itinérants, toxicomanes et travailleurs du sexe) pourrait être avantageux à l'équipe de SP couvrant le dossier des infections transmissibles sexuellement et par le sang pour mieux rejoindre ces clientèles. La perspective d'un médecin de famille en SP effectuant aussi du suivi pédiatrique pourrait être profitable aux réflexions entourant les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), et l'opinion d'un médecin de famille en SP effectuant aussi du suivi obstétrical pourrait être bénéfique aux recommandations émises dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD).

Tableau 1 : Activités selon les secteurs de santé publique (exemples)

Secteurs de pratique	Activités qu'un médecin de famille peut faire en santé publique (SP)
<p>Maladies infectieuses</p>	<p>Maladies à déclaration obligatoire, signalements ou autres menaces (ex. : rougeole, morsures animales, morsures humaines, piqûres accidentelles, maladies entériques, gastroentérites et grippe en milieux de soins, personnes ne prenant pas les précautions nécessaires pour ne pas transmettre le VIH).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil auprès des cliniciens (médecin de famille, infirmière praticienne spécialisée, infirmière clinicienne, pharmacien, etc.) et auprès des professionnels de SP (ex. : enquêtes, manifestations cliniques inhabituelles à la suite de la vaccination, contre-indications à la vaccination) ; ▪ Intervention auprès des individus lors d'enquêtes (ex. : prescrire un médicament) ou de la population (ex. : rencontre de parents ou de personnel dans un milieu scolaire à la suite d'une déclaration). <p>Prévention et contrôle des infections nosocomiales, des infections transmissibles sexuellement et par le sang, des maladies évitables par l'immunisation et des autres maladies transmissibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil auprès des cliniciens et auprès des professionnels de SP (ex. : tests de dépistage ou diagnostiques pour des infections moins fréquentes) ; ▪ Optimisation de l'organisation des soins (services) par la connaissance du réseau et les liens avec la première ligne (ex. : dépistage) ; ▪ Collaboration à l'implantation d'ordonnances collectives de l'INESSS et du droit de prescrire des infirmières.
<p>Santé au travail</p>	<p>Programme « Pour une maternité sans danger » (PMSD), Prévention et maintien de la santé en entreprise, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil aux milieux de travail, aux cliniciens et aux différents partenaires, prescription d'activités de dépistage ; ▪ Prescriptions d'examens pour évaluer l'exposition ou la présence d'un effet à la santé parmi les travailleurs ; ▪ Interventions dans les milieux de travail après réception de signalements de maladies à déclaration obligatoire ou d'autres menaces ; ▪ Élaboration de plans d'action visant la prévention de risques dans une population de travailleurs ; ▪ Contribution à l'élaboration de synthèses de connaissances et de guides de pratique ; ▪ Consultations aux autres professionnels de la santé concernant les risques pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent ; ▪ Optimisation de l'organisation des services (connaissance et liens avec le réseau).
<p>Santé environnementale</p>	<p>Problèmes communautaires (ex. : punaises de lit, insalubrité, moisissures (logement), inondation, problèmes d'eau potable)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil aux cliniciens. <p>Intoxications à déclaration obligatoire et signalements</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil aux cliniciens ; ▪ Interventions auprès des individus (ex. : prescrire) lors de situations non complexes. <p>Prévention des maladies en lien avec la qualité de l'environnement (air, eau et sol et chaleur accablante)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil aux cliniciens et aux différents partenaires, expertise médicale pour la planification et l'optimisation de l'organisation de l'intervention (connaissance et liens avec le réseau).
<p>Prévention et promotion</p>	<p>Programme québécois de dépistage du cancer du sein, santé maternelle et infantile (ex. : allaitement, accès acide folique), école en santé (ex. : contraception, santé mentale), cliniques jeunesse, cessation tabagique, incluant la prévention (traitement de remplacement à la nicotine, établissement d'environnement sans fumée), santé mentale (ex. : prévention du suicide), dépendances (ex. : prévention consommation alcool, légalisation du cannabis, opioïdes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expertise médicale conseil aux cliniciens et aux différents partenaires ; ▪ Optimisation de l'organisation des services (connaissance et liens avec le réseau) ; ▪ Collaboration à l'implantation d'ordonnances collectives ou prescription infirmière et optimisation de l'organisation de l'intervention (connaissance et liens avec le réseau).
<p>Surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse et interprétation des données (pertinence d'une analyse médicale). ▪ Utilisation des données (ex. : expertise médicale conseil aux cliniciens, expertise médicale pour le soutien dans la prise de décision et l'accompagnement du réseau).

3.3 Interprofessionnalisme

L'interprofessionnalisme en SP¹² implique la collaboration entre différentes disciplines (médecins, infirmières, sexologues, épidémiologistes, etc.) pour aborder les enjeux de santé au niveau populationnel. L'objectif est de combiner des expertises variées pour mieux comprendre, prévenir et traiter les problèmes de SP de manière globale et efficace.

Ainsi, le médecin de famille est un maillon essentiel en SP, car il détient une vision du continuum santé-maladie qui lui est propre, enrichi par ses connaissances et son expérience de la relation médecin-patient au niveau individuel, et de l'ensemble du réseau de soins et de services de santé au niveau organisationnel.

3.3.1 Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Tandis que le médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive (SPMP) possède une expertise plus approfondie de la planification, de l'élaboration et de l'évaluation des programmes et des politiques de SP, le médecin de famille en SP possède une meilleure connaissance de l'organisation des services en première ligne. Leurs expertises respectives s'imbriquent alors pour une mise en œuvre optimale qui soutient mieux les partenaires impliqués et dessert mieux la population visée.

Les expertises du médecin de famille en SP et du médecin spécialiste en SPMP sont complémentaires, de la même façon que l'expertise du clinicien en première ligne et celle des médecins de différentes spécialités médicales et chirurgicales (ex. : gynéco-obstétrique et pédiatrie) s'inscrivent sur un continuum de soins offerts à la clientèle. Ainsi, un clinicien en première ligne réfère à un collègue spécialiste d'une discipline donnée lorsqu'il juge que son expertise dans cette même discipline ne lui permet pas de prodiguer les soins appropriés au problème de santé d'un patient. Aussi, l'expertise dans une discipline donnée peut varier d'un clinicien en première ligne à un autre, et influencer le moment auquel chacun juge opportun de référer un patient. Ces mêmes parallèles peuvent être appliqués au continuum des activités de SP destinées à une population. De ce fait, le médecin de famille en SP s'acquitte d'activités de surveillance et de vigie, de promotion, de prévention et de protection, mais réfère à un collègue (médecin de famille en SP ayant les connaissances nécessaires ou spécialiste en SPMP lorsque son expertise lui apparaît dépassée. L'expertise d'un collègue spécialiste en SPMP ou d'autres spécialités peut être d'autant plus bénéfique en présence d'une situation complexe, par exemple du fait d'une problématique émergente, ou de l'implantation d'interventions innovatrices ou devant être réalisées auprès de partenaires multiples.

3.3.2 Cogestion

La cogestion médicale en santé publique se réfère à la collaboration étroite entre les acteurs impliqués dans la gestion et l'administration des différents programmes de SP (gestionnaires administratifs) et les médecins (ex. : chefs de département ou chefs de service clinique). Cela implique une approche intégrée où les médecins travaillent en partenariat avec les gestionnaires.

La gestion médicale vise à tirer parti des connaissances médicales pour élaborer des orientations, planifier et organiser l'implantation de programmes, et ainsi mettre en œuvre des interventions de SP plus efficaces. Elle permet une meilleure compréhension des besoins de la population, une coordination plus étroite des ressources et une approche globale pour aborder les défis de santé publique. En intégrant les perspectives médicales à la planification et à la mise en œuvre des initiatives de SP, la gestion médicale peut contribuer à des résultats plus complets et mieux adaptés aux besoins de la communauté.

Ainsi, le médecin de famille par sa formation polyvalente, par ses connaissances (prises en charge, prévention des maladies, gestion des maladies chroniques, coordination des soins, etc.) peut contribuer à la cogestion pour optimiser les prises de décision dans une perspective axée sur les meilleurs services de santé publique à offrir pour améliorer la santé de la population.

4. Formation

Au Québec, il existe de nombreuses possibilités de formation dans l'un ou l'autre des domaines de la SP pour les médecins de famille qui désirent perfectionner leurs connaissances ou développer certaines compétences.

Il n'existe aucun prérequis officiel pour pratiquer en SP à titre de médecin de famille. Plusieurs médecins œuvrant en SP ont choisi de suivre une formation universitaire complémentaire, souvent en cours d'emploi.

D'abord, les médecins de famille peuvent prendre connaissance, sur le site de l'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ), des documents sur les [référentiels de compétences en santé publique](#) pour les professionnels de la santé. Ces documents peuvent aider à cerner les besoins de formation. Ces référentiels décrivent les compétences nécessaires pour travailler dans le domaine de la SP et peuvent être utilisés pour guider le développement des compétences.

Ensuite, de nombreuses conférences accréditées sont organisées pour les professionnels et médecins de SP par des organismes de SP tels que la Direction nationale de santé publique du MSSS, l'INSPQ, la direction de SP de votre région, les universités offrant des programmes de formation en SP et des organismes du niveau fédéral selon le domaine d'expertise. À titre d'exemple, l'[Agence de santé publique du Canada \(ASPC\)](#) offre, aux 12-18 mois, une formation de trois jours sur la vaccination. De plus, toutes ces organisations publient des rapports, des lignes directrices, des communiqués utiles pour le travail pouvant aussi servir à rehausser les compétences.

Il faut aussi souligner que l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke, l'Université Laval et l'Université McGill offrent des cours de niveaux maîtrise ou doctorat. À vérifier sur les sites Web suivants :

- [Université de Montréal](#)
- [Université Laval](#)
- [Université de Sherbrooke](#)
- [Université McGill](#)

L'[INSPQ](#) offre également plusieurs cours ou documents en ligne.

L'[ASPC](#) propose quelques formations dans la gestion des situations d'urgences en santé. On peut aussi y trouver le document « [Compétences essentielles en santé publique au Canada](#) » qui explique les compétences essentielles à la pratique de la SP.

De plus, les [centres de collaboration nationale en santé publique](#) offrent une panoplie de cours, de webinaires et de documents sur un vaste nombre de sujets touchant la SP.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il y a aussi de nombreuses autres sources d'information et de formation d'envergure internationale telles que les [Centers for Disease Control and Prevention](#) des États-Unis, l'[European Center for Disease Prevention and Control](#) et, bien évidemment, l'[Organisation mondiale de la santé](#).

En résumé, il existe de nombreuses occasions pour les médecins de famille d'assister à des conférences, de continuer leur formation ou de développer de nouvelles compétences dans divers domaines de la SP, tels que les maladies infectieuses, la santé au travail, l'environnement, la prévention et la promotion de la santé, ainsi que les politiques de santé.

5. Conclusion

Le médecin de famille en SP développe, au fil des années, par sa pratique et par ses formations complémentaires, une expertise en SP qui lui permet de jouer un rôle essentiel étant donné son expérience de la pratique clinique en première et deuxième ligne. En plus de la présence d'autres professionnels très compétents, le médecin de famille joue un rôle central ou pivot tout en étant l'interlocuteur de choix des cliniciens. Cette connaissance de la première et de la deuxième ligne est précieuse pour les directions de SP. La réorganisation de la première ligne en cours au Québec mettra l'accent sur une offre de soins visant l'amélioration des déterminants de la santé populationnelle. Au cours des prochaines années, les médecins de famille en SP seront en lien direct avec les GMF et les GMF-U. Ils joueront un rôle crucial dans le déploiement des programmes des divers secteurs de santé publique et soutiendront de manière significative les cliniciens dans leur démarche visant à fournir des soins adaptés aux besoins de la population. La dynamique actuelle de la SP, marquée par une pénurie de professionnels et l'évolution des besoins sanitaires, met en lumière l'importance cruciale de valoriser et de renforcer le rôle des médecins de famille dans ce domaine. Il est impératif d'adopter des mesures stratégiques visant à promouvoir leur engagement en SP, à travers une formation adaptée, un soutien accru et une intégration efficace dans les structures de SP.

6. Recommandations

Recommandation n° 1 | Promouvoir le rôle essentiel des médecins de famille en santé publique au Québec étant donné l'évolution négative des effectifs démontrés dans les données démographiques

- Augmenter la connaissance des activités du médecin de famille en SP afin de reconnaître cette pratique importante de leurs pairs.
- Revoir et ajuster, au besoin, les règles administratives limitant l'implication du médecin de famille en SP dans les 15 premières années de pratique (PREM, AMP, organisation des services DRMG) pour faciliter l'intégration de médecins de famille en SP.
- Rappeler les balises établies et reconnues en 2018 par le MSSS. Ces balises devraient encadrer les accommodements administratifs pour viser l'atteinte de ces cibles dans toutes les régions administratives du Québec.
- Inclure les médecins de famille en SP dans le projet de réorganisation de la première ligne au Québec en favorisant leur collaboration avec les structures existantes, dont les GMF et les GMF-U.

Recommandation n° 2 | Offrir une formation complémentaire optionnelle ou un programme de compétences avancées aux résidents

- Revoir et intervenir auprès du Collège des médecins de famille du Canada afin que le cursus de la formation et la durée de la résidence en médecine de famille offrent aux résidents une exposition et des stages en SP.
- Évaluer la pertinence d'offrir un programme de compétences avancées en SP.

Recommandation n° 3 | Maintien d'activités cliniques

- Établir la pertinence et le ratio optimal de pratique clinique de première ou de deuxième ligne d'un médecin de famille en SP en fonction du nombre d'années de pratique. Les 15 premières années de pratique du médecin de famille sont balisées par les AMP ; le contact patient est ainsi assuré. **Pour optimiser le travail en SP, les médecins de famille en SP devraient y consacrer au moins deux jours par semaine.**

Recommandation n° 4 | Redéfinir le lien entre la santé publique et les milieux cliniques de première ligne

- Former un groupe de travail composé de médecins de famille en SP et de médecins de famille cliniciens pour préciser l'implication du médecin de famille en SP dans les milieux cliniques de première ligne et faire le pont entre les directions de santé publique pour mieux comprendre les besoins sociosanitaires de la population desservie. Les modalités de cette collaboration et l'implication d'autres professionnels à cet objectif d'intégration restent à définir.
- Le médecin de famille en SP contribue à l'atteinte du quintuple objectif en santé, par exemple en soutenant les activités d'amélioration continue dans les GMF¹³.

7. Auteurs et collaborateurs

- **D^r Reiner Banken, médecin de famille**
Direction de santé publique du CISSS de Laval
- **D^{re} Anne-Louise Boucher, médecin de famille**
Directrice de la planification et du développement organisationnel
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- **D^r Claude Guimond, médecin de famille**
Directeur de la Formation professionnelle
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- **M^e Christiane Larouche**
Avocate à la Direction de la planification et du développement organisationnel
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- **D^r Paul Le Guerrier, médecin de famille**
Direction de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- **D^{re} Isabelle Noiseux, médecin de famille**
Directrice adjointe de la Formation professionnelle
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- **D^{re} Julie Roy, médecin de famille**
Direction de santé publique du CISSS Montérégie-Centre
- **D^r Stéphane Roy, médecin de famille**
Direction de santé publique du CISSS Montérégie-Centre
- **D^{re} Claudette Viens, médecin de famille**
Direction de santé publique du CISSS de la Côte-Nord

8. Bibliographie

1. Fierlbeck K, Watsoo-Creed G, Loh LC et coll. The municipal role in Public Health. *Who Does What Series* [En ligne]. 2022 [cité le 12 avril 2024] ; 4 : 1-25. Disponible : https://imfg.munkschool.utoronto.ca/wp-content/uploads/2022/11/imfgwdw_no4_publichealth_november_17_2022-1.pdf.
2. Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social ; Castonguay C, Nepveu G. *Rapport de Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1967-72)*. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 1967.
3. Blain G. La réforme doit prendre son « second souffle ». *Union Med Can* 1975 ; 104 (1) : 38-46.
4. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux ; Rochon. *Rapport de Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Chapitre 2.4)*. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 1988. p. 189-98.
5. Desrosiers G, Keel O, Gaumer B. *La santé publique au Québec : histoire des unités sanitaires de comté, 1926-1975*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 1998. 187 p.
6. Association des spécialistes en médecine préventive du Québec [en ligne]. Montréal : ASMPQ. *Historique* [cité le 12 avril 2024]. Disponible : www.asmpq.org.
7. Turgeon J, Jacob R, Denis JL. Québec : cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Les Tribunes de la santé* 2011 ; 30 (1) : 57-85. DOI : <https://10.3917/seve.030.0057>.
8. Légis Québec. *Loi sur la santé publique*. Chapitre S-2.2. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2023.
9. Légis Québec. *Loi médicale*. Chapitre M-9. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2023.
10. Collège des médecins du Québec [en ligne]. Montréal : CMQ. *La profession médicale* [cité le 12 avril 2024]. Disponible : www.cmq.org/fr/pratiquer-la-medecine/pratique-medecale/profession-medecale.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles concernant la pratique des médecins de famille en santé publique incluant la santé au travail au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec ; 2018. 4 pages.
12. Sell K, Hommes F, Fischer F et coll. Multi-, Inter-, and Transdisciplinarity within the Public Health Workforce: a scoping review to assess definitions and applications of concepts. *Int J Environ Res Public Health* 2022 ; 19 (17) : 10902. DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph191710902>.
13. Unité de soutien au système de santé apprenant (SSA) Québec [en ligne]. Longueuil. *Mission et vision* [cité le 12 avril 2024]. Disponible : <https://ssaquebec.ca/lunite/mission-et-vision/>.