

Lettre à la rédaction

À propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies »

Chandrakant P. Shah, M.D., FRCPC, SM (Hyg), OOnt, D. Sc. (Hon)

 Diffuser cet article sur Twitter

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu l'article « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies » de Choi et ses collaborateurs¹. Je tiens à féliciter tous les auteurs pour le zèle dont ils ont fait preuve en menant les travaux fondateurs sur la discipline de la santé publique clinique, en tant que membres d'un groupe multidisciplinaire composé de cliniciens et de professionnels de la santé publique. J'ai pensé que vos lecteurs gagneraient à connaître certains faits historiques qui leur permettraient de mieux apprécier le travail fondamental accompli par ces auteurs.

La santé publique est devenue une spécialité reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) dans les années 1940 et on a créé alors un programme complémentaire (*fellowship*) du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (FRCPC) en santé publique. Toutefois, à l'exception de la Colombie-Britannique, il n'était pas nécessaire d'avoir suivi cette spécialisation pour travailler dans le domaine de la santé publique. Seules la Colombie-Britannique et l'Alberta avaient un programme de résidence en santé publique et la majorité des médecins spécialisés en

santé publique qui travaillaient sur le terrain avaient obtenu leur maîtrise ou un diplôme en santé publique à l'École d'hygiène de l'Université de Toronto, aux États-Unis ou au Royaume-Uni. La spécialité en santé publique du CRMCC s'est étiolée et un groupe de travail du CRMCC a été mis sur pied au début des années 1970 pour relancer le programme. Ce groupe de travail a recommandé que soit créé un programme de résidence de quatre ans avec des lignes directrices générales et des parcours précis. L'un de ces parcours était la prévention clinique, mais avec peu de détails sur le sujet.

J'ai été le premier directeur de ce nouveau programme de résidence à l'Université de Toronto en 1976. Pendant 25 ans, d'autres personnes et moi-même avons essayé de définir ce domaine, sans grand succès. Après ma retraite en 2001, j'ai de nouveau tenté ma chance. J'ai reçu une subvention de l'Agence de la santé publique du Canada pour mener une recherche documentaire et définir ce domaine. J'ai encore échoué! Lorsque le Dr Ross Upshur a renouvelé le concept et fondé la division en santé publique clinique à l'École de santé publique Dalla Lana il y a une dizaine d'années, j'étais enthousiaste. Je constate rétrospectivement que j'ai échoué

parce que je n'ai pas su rassembler les cliniciens et les professionnels en santé publique pour définir les éléments communs et les synergies nécessaires. De plus, les conséquences du changement climatique et de la COVID-19 sur la santé et le bien-être des personnes et de la population nous ont fait prendre conscience du fait que, pour résoudre la crise sanitaire, il fallait que la médecine et la santé publique fassent front commun. Je suis ravi de pouvoir assister à ces développements dans mes vieux jours! Mes compliments à tous les auteurs pour leur excellent travail. J'espère que cette sous-spécialité, dont nous avons grandement besoin, s'épanouira et contribuera à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

Référence

1. Choi BCK, King AS, Graham K et al. Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies [commentaire]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2022; 42(10):496-497. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.10.03>

Rattachement de l'auteur :

Professeur émérite, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada

Correspondance : Chandrakant P. Shah, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario); courriel : c.shah@utoronto.ca