

# Convergence de la médecine générale et de la santé publique: exemples internationaux et enjeux actuels

Pr NICOLAS SENN<sup>a</sup>, Pr JACQUES CORNUZ<sup>a</sup> et Pre MURIELLE BOCHUD<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2020; 16: 2108-11

**Faire converger la santé publique et la médecine générale, c'est créer des ponts entre les professionnel-le-s qui s'occupent de la santé et des soins d'une personne d'une part et celles et ceux qui ont pour sujet la santé d'une population. Plusieurs facteurs facilitent l'intégration de ces deux domaines parmi lesquels: un mandat clair avec une vision et des objectifs identifiés et le développement d'une culture collaborative. En Suisse romande, l'intégration de la santé publique et de la médecine générale dans une dynamique universitaire commune fut l'un des moteurs du projet Alliance santé qui a permis la création d'Unisanté en 2019. Ailleurs dans le monde, des institutions similaires existent déjà et prennent des formes parfois différentes. Nous allons dans cet article en présenter brièvement quatre au pays de Galles, en Écosse, au Canada et aux Pays-Bas.**

## Convergence of primary care and public health: international examples and current issues

*Blending public health and primary care together means building bridges between professionals – those who deal with the health and care of individuals and those who deal with the health of a population. At the organizational level, many factors facilitate the integration of these two areas among which: a clear mandate with a vision, identified goals, and the development of a collaborative culture. In French-speaking Switzerland, the integration of public health and general medicine into a common university dynamic was one of the driving forces behind the Alliance santé project that led to the creation of Unisanté in 2019. Elsewhere in the world, similar institutions already exist and sometimes take different forms. In this article, we will briefly present four of them in Wales, Scotland, Canada and the Netherlands.*

## APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA CONVERGENCE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Faire converger la santé publique et la médecine générale, c'est créer des ponts entre les professionnel-le-s qui s'occupent de la santé et des soins d'une personne d'une part et celles et ceux qui ont pour sujet une communauté, une population ou l'organisation et le financement du système de santé d'autre

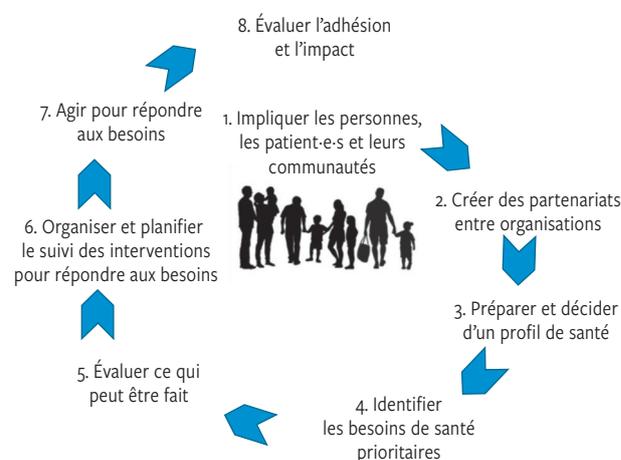
<sup>a</sup>Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département de médecine de famille, Unisanté, 1011 Lausanne  
nicolas.senn@unisante.ch | jacques.cornuz@unisante.ch  
murielle.bochud@unisante.ch

part. Cette perspective était déjà à l'agenda du Dr Hart, il y a pratiquement 40 ans, qui posait la question «Would GPs take up the challenge of neighbourhood public health?». <sup>1</sup> Depuis, de nombreuses initiatives ont pris forme à travers le monde; une des plus connues étant sans doute la création des «Community-oriented primary care» en Angleterre. <sup>2</sup>

Cette dynamique de convergence permet d'élargir la perspective de la santé des patient-e-s en y intégrant notamment les déterminants sociaux de la santé, comme le relevait M. Roland dans un récent éditorial du *New England Journal of Medicine*. <sup>3</sup> Cette volonté de convergence est également illustrée par le développement de la «médecine populationnelle clinique» (clinical population medicine) qui propose d'élargir la pratique clinique à la perspective populationnelle. <sup>4</sup> Du côté des soignant-e-s de première ligne, cela signifie de changer le regard, d'adopter ce que nous pourrions appeler une «vision populationnelle». <sup>5</sup> La **figure 1** représente de façon schématique le lien que l'on peut voir dans la construction de stratégies de santé publique en partant de besoins individuels.

Cette volonté de convergence vient non seulement de la médecine clinique, mais également de la santé publique. En 2019, le Congrès européen de santé publique (EUPHA) a en effet mis cette thématique à son agenda et l'OMS récemment aussi.

**FIG 1** Étapes de convergence des perspectives «santé publique» et «soins de 1<sup>re</sup> ligne»



(Adaptée de réf. 6).

Ces développements consolident ainsi le continuum entre les activités sur des individus ou des groupes de patient·e-s (conseils préventifs et de promotion de la santé, besoins sanitaires spécifiques à une communauté...) et celles sur les composantes structurelles (campagnes de prévention, étude de cohortes, aménagement de pistes cyclables, taxes sur les produits du tabac, supplémentation du sel de cuisine en iode...). Ce continuum, cette complémentarité sont illustrés par le conseil à un·e patient·e fumeur·euse, qui est plus facile (ou... moins difficile) dans une société où la consommation de cigarettes n'est pas valorisée par la publicité de l'industrie du tabac!

Sur le plan organisationnel, plusieurs facteurs facilitent la convergence de ces deux domaines dans une structure commune: un mandat clair avec une vision et des objectifs identifiés, une coordination entre les différents partenaires, le développement d'une culture collaborative.<sup>7</sup> En Suisse romande, l'intégration de la santé publique et de la médecine générale dans une dynamique universitaire commune fut l'un des moteurs du projet Alliance santé<sup>8</sup> qui a permis la création d'Unisanté.<sup>9</sup>

Dans le cadre de ce projet, plusieurs centres universitaires regroupant la médecine générale et la santé publique ont été visités ou consultés, ce qui a permis la mise sur pied d'un symposium international en automne 2019, dont les principaux enseignements sont synthétisés dans cet article. Du Canada à l'Écosse, du pays de Galles aux Pays-Bas, plusieurs intervenant·e-s nous ont en effet exposé leurs visions de ce blending.

### L'EXEMPLE DE L'UNIVERSITÉ DE CARDIFF, PAYS DE GALLES

Division of Population Medicine, Institute of Primary Care and Public Health

Le Pr Edwards, médecin généraliste et directeur de la Division de médecine de population de l'École de médecine de l'Université de Cardiff et du Centre Primary and Emergency Care Research (PRIME) a d'abord souligné la longue histoire de son université de faire converger ces deux thématiques par la création d'une chaire de médecine préventive en... 1917, la première dans le monde occidental! À l'époque, de nombreux·ses médecins considéraient que c'était du luxe, et que le corps médical devait pratiquer la «vraie» médecine, à savoir celle qui se consacre uniquement aux soins curatifs. Le Pr Edwards a illustré la pratique académique de cette médecine populationnelle en relevant que leur centre PRIME visait à démontrer l'impact de la recherche dans les domaines de l'accès et de l'utilisation des soins, notamment pour les dépistages, l'équité, l'implémentation de nouveaux modèles de première ligne de soins fondés sur les preuves, aussi bien pour les maladies transmissibles que non transmissibles.

### L'EXEMPLE DE L'UNIVERSITÉ DE GLASGOW, ÉCOSSE Institute of Health and Wellbeing

La Pre Morrison, vice-rectrice de l'Université de Glasgow, a mentionné les liens de cet institut de «la santé et du bien-

être» avec un grand nombre de médecins et d'infirmier·ère-s, et par conséquent avec leurs patient·e-s. La mission globale de cet institut écossais est d'améliorer la santé de la population, notamment par des activités de recherche. À ses yeux, l'Écosse et la région de Glasgow sont un véritable laboratoire de recherche: une population stable de 5 millions d'habitant·e-s, des services de santé décentralisés, une grande majorité des soins fournis gratuitement par le Service national de santé d'Écosse (financement par l'impôt), et surtout la disponibilité de données de soins et de santé de haute qualité. L'institut axe ses thèmes de recherche sur les inégalités en matière de santé, notamment en rapport avec l'augmentation et le vieillissement de la population, l'épuisement des ressources, le changement climatique, l'augmentation de la sédentarité, des résistances aux antibiotiques et des maladies infectieuses. Afin de relever ces défis, trois priorités ont été fixées: comprendre les déterminants de la santé, élaborer et évaluer des solutions et les traduire en politiques publiques.

### L'EXEMPLE DE L'UNIVERSITÉ DE CALGARY, CANADA O'Brien Institute for Public Health

Le Pr Ghali, interniste généraliste et directeur de cet institut, a mis en évidence le rôle de pont de son institut entre les différentes facultés. La vision de cet institut est «une meilleure santé et de meilleurs soins». Sa mission est de produire des preuves qui éclairent les politiques de santé et les pratiques de soins et de santé. Parmi les thèmes couverts, on retrouve l'amélioration des performances des systèmes de soins et de santé, de la santé de la population ou le développement d'outils et de méthodes innovants pour la santé publique. Les priorités de recherche sont l'e-santé, l'optimisation du système de santé, les populations vulnérables, la santé urbaine, la science des données et les méthodes de recherche mixtes. Ils soutiennent une approche stratégique permettant de promouvoir une recherche ayant un impact pour la population et faire de l'institut un fer de lance en connaissances basées sur les preuves ainsi qu'un leader d'opinion permettant de soutenir le mandat de l'Université en matière de santé publique. Ils portent une attention importante à la «science de l'évaluation de l'impact de la recherche scientifique». Pour le Pr Ghali, le tout peut être supérieur à la somme des parties si c'est associé à une ambition institutionnelle et une bonne gouvernance!

### L'EXEMPLE DE L'UNIVERSITÉ DE MAASTRICHT, PAYS-BAS

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, School for Public Health and Primary Care

Le Pr Muris, qui enseigne la médecine générale dans cette université, a soulevé la question suivante: «Les soins primaires sont-ils en danger aux Pays-Bas?» Selon lui, il est nécessaire, pour séduire les médecins généralistes, de sortir de la consultation de 10 minutes. Les patient·e-s doivent d'abord passer par le·la généraliste avant d'avoir accès à un spécialiste. Les cabinets de médecins généralistes sont des centres interprofessionnels, avec notamment des infirmier·ère-s, des physiothérapeutes et des psychologues, qui collaborent avec le Centre médical universitaire pour la recherche médicale. Les

médecins généralistes participent au coaching sur le mode de vie au travers de programmes intégrés incluant par exemple l'évaluation de la santé physique et mentale ou l'autogestion. Ces développements se font au travers d'une nouvelle vision de la santé incluant six dimensions: fonctions corporelles, fonctions mentales et perception, dimension spirituelle existentielle, qualité de vie, participation sociale et sociétale et fonctionnement quotidien.

Parmi les constats les plus importants, on retrouve une association entre l'espérance de vie en bonne santé et l'éducation, ainsi que les inégalités des chances en fonction du lieu de vie et du niveau socio-économique, ceci malgré le fait que toutes et tous les patient-e-s soient assuré-e-s et aient accès aux soins de santé de première ligne. L'accès aux données de santé est rendu possible grâce à une étroite collaboration avec la municipalité de Maastricht, permettant ainsi d'identifier les «points chauds» des soins dans la communauté. À noter que la moitié des 17 millions d'habitant-e-s des Pays-Bas pourraient être affecté-e-s par des inondations liées au changement climatique, ce qui pose d'importants problèmes de santé publique.

## CIRCONSTANCES ET PISTES POUR CONSOLIDER LA CONVERGENCE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

### Crise sanitaire

La pandémie actuelle en lien avec le SARS-CoV-2 illustre les possibilités qu'offre une institution telle qu'Unisanté pour développer des synergies entre santé publique et médecine générale en créant: 1) des filières Covid-19 ambulatoires complémentaires aux prestations du CHUV; 2) un outil d'évaluation du risque d'infection pour la population et les professionnel-le-s de la santé (Coronacheck); 3) un système d'information sanitaire (SICovid) pour, et en collaboration avec, la Direction générale de la santé ainsi que 4) un set d'études de séroprévalence (SeroCovid, <https://serocovid.unisanté.ch/>), en étroite collaboration avec l'Office du médecin cantonal ainsi qu'avec les autres centres suisses actifs en santé publique académique (Corona Immunitas, [www.corona-immunitas.ch](http://www.corona-immunitas.ch)). Conjointement, ces différents volets ont permis de soutenir le canton et la Confédération dans la mise en place d'une réponse sanitaire adaptée et efficace, tout en permettant la diffusion de connaissances utiles grâce à des publications scientifiques et des communiqués de presse.

### Numérisation des données de santé

Le parcours de vie des personnes (life course) est un concept essentiel aussi bien pour la prise en charge clinique ambulatoire que pour la mise en place de cohortes populationnelles et de registres spécifiques. L'arrivée du dossier électronique du patient, ou mieux le «dossier santé électronique», appuyé par une nouvelle base légale (Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) du 19 janvier 2015) est une opportunité de repenser le système d'information sanitaire aux niveaux cantonal et national. En parallèle, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) en collaboration avec l'Institut suisse de bio-informatique (SIB), est en train de construire le Swiss Personalized Health Network (SPHN), une infrastructure nationale permettant l'échange sécurisé de données de

santé pour la recherche. Dans un premier temps, le SPHN a ciblé les données de routine collectées dans les hôpitaux universitaires et s'étend désormais aux projets de santé publique. L'une de ses idées phares est de rendre les données de santé «FAIR» (Findable, Accessible, Interoperable and Reusable). Ces développements devraient favoriser la convergence entre les médecines générale, ambulatoire et la santé publique. Pour cela, il sera essentiel de tenir compte de la finalité du système dans le choix des outils techniques et de ne pas négliger les données récoltées dans le contexte ambulatoire, prioritairement de nature libérale en Suisse.

### Approche globale de la santé

Le recul massif de la mortalité maternelle et infantile et l'augmentation rapide de l'espérance de vie durant les XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles résultent non seulement des progrès de la médecine, notamment les antibiotiques, la vaccination et le suivi systématique de la grossesse, mais aussi des avancées dans l'hygiène, la chaîne du froid, la mécanisation du travail, la qualité des logements et des infrastructures, et l'apparition des assurances sociales. La santé est déterminée autant par des facteurs extérieurs aux systèmes de soins que par l'organisation des services eux-mêmes. L'accès aux soins doit s'accompagner d'une éducation de qualité, d'une alimentation saine et équilibrée, d'activités professionnelles et physiques adaptées ainsi que d'interactions sociales et culturelles dans le, et hors du, cadre familial. La numérisation de nos sociétés dans un contexte de mondialisation de activités économiques contribue à creuser les inégalités sociales en santé. À cela s'ajoutent les conséquences du réchauffement climatique, qui nécessitent de profonds changements de modèles sociétaux. Prendre en compte ces déterminants de la santé dans la pratique individuelle est dès lors à nos yeux prioritaire.

### Réflexion sur une vision populationnelle de la médecine générale

La santé communautaire implique une participation des acteur-trice-s de la communauté dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des systèmes de santé, ceci afin de mieux répondre aux besoins et de fixer les priorités. Le-la médecin généraliste pourrait élargir sa pratique au-delà de la prise en charge classique des patient-e-s sur la base de symptômes et de maladies, mais devrait intégrer dans cette prise en charge, les contextes social, économique et environnemental en adoptant une vision populationnelle. De nouvelles formes de cabinets médicaux pourraient voir le jour intégrant non seulement des infirmier-ère-s, mais également des assistant-e-s sociaux-ales, des diététicien-ne-s, des conseiller-ère-s en activité physique adaptée et des psychologues. L'importance du milieu, tant dans le cadre privé que dans celui du travail, nécessite de poser des questions sortant du champ classique de l'anamnèse médicale.

## FAVORISER L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE À L'INTERFACE ENTRE MÉDECINE GÉNÉRALE ET SANTÉ PUBLIQUE

L'enseignement académique en médecine et santé publique est un élément essentiel dans ce contexte. Afin d'enseigner

cette convergence, les nouvelles formes interactives et participatives (blended learning) d'apprentissage doivent être privilégiées. La rapidité d'apparition des nouvelles technologies oblige les professionnel·e·s de la santé à mettre régulièrement à jour leurs connaissances, de nouveaux métiers apparaissent dans le domaine de la santé, notamment ceux de la science des données (data science), la transition en cours entre l'hospitalier et l'ambulatoire, la prévention et la promotion de la santé prennent de plus en plus d'importance et cela doit se traduire au niveau de l'enseignement pré et postgradué. À l'aune de cette convergence, la recherche académique ne doit-elle pas également se réinventer, et passer d'un mode compétitif à un mode collaboratif, reposant sur l'intelligence de groupe et le partage des connaissances, plus que sur l'individu? La recherche menée sur le terrain de cette interface «médecine générale – santé publique» doit intégrer les approches quantitatives et qualitatives, la recherche en implémentation et évaluation de nouveaux modèles de soins, tout en gardant à l'esprit les enjeux environnementaux.

## CONCLUSION

Au moment où de nombreux acteur·trice·s estiment qu'il est crucial de rééquilibrer le système de soins en donnant plus de

poids à l'ambulatoire et de renforcer la médecine de première ligne, la convergence de la médecine générale et de la santé publique prend tout son sens. Les exemples à l'étranger sur lesquels Unisanté s'appuie permettent de donner la perspective générale de cette convergence.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est crucial de rééquilibrer le système de soins en donnant plus de poids à l'ambulatoire en renforçant la convergence de la médecine générale et de la santé publique
- Le parcours de vie des personnes est un concept essentiel aussi bien pour la prise en charge clinique ambulatoire que dans une perspective de santé populationnelle
- Le médecin généraliste pourrait élargir sa pratique au-delà de la prise en charge classique des patients et mieux intégrer leur contexte social, économique et environnemental

1 Hart JT. A new kind of doctor. *J R Soc Med* 1981;74:871-83.

2 Gillam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002;92:1721-5. doi : 10.2105/ajph.92.11.1721.

3 \*Roland M, Everington S, Marshall M. Social Prescribing – Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *N Engl J Med* 2020;383:97-9. doi : 10.1056/NEJMp1917060.

4 \*\*Orkin AM, Bharmal A, Cram J, et al. Clinical population medicine: integrating clinical medicine and population health in practice. *Ann Fam Med* 2017;15:405-9. doi : 10.1370/afm.2143.

5 Senn N, Dafflon M, Ronga A, Cornuz J, Widmer D. Développement d'une vision populationnelle en médecine de famille : intérêts, ressources et défis. *Rev Med suisse* 2018;14:759-61.

6 \*Sian Griffiths AH, Gillam S. How is public health applied in primary care.

Public Health and Primary Care: Partners in Population Health. Oxford: Oxford University Press, 2007.

7 \*\*Valaitis R, Meagher-Stewart D, Martin-Misener R, et al. Organizational factors influencing successful primary care and public health collaboration. *BMC Health Serv Res* 2018;18:420. doi : 10.1186/s12913-018-3194-7.

8 Kiefer B. Avec « Alliance santé », Vaud se dote d'un centre universitaire de médecine générale et santé publique

unique en Suisse. *Rev Med Suisse* 2018;14:4-7.

9 Jacques Cornuz NS, Bodenmann P, Staeger P, Bochud M. Unisanté, le nouveau centre universitaire de médecine générale et santé publique. *BMS* 2020;20:145-8.

\* à lire

\*\* à lire absolument