UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Archive ouverte UNIGE
https://archive-ouverte.unige.ch

Article professionnel | Article | 2021

Published version | Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Centre de santé de soins primaires : à quoi ressemblera-t-il dans le futur ?

Schaller, Philippe; Kherad, Omar; Jaunin-Stadler, Nicole; Mazouri, Sanae; Rodondi, Pierre-Yves; Jacot Sadowski, Isabelle; Zürcher, Karin; Marti, Joachim; Niwa, Nelly; Jeannot, Jean-Gabriel; Dory, Élodie; Senn, Nicolas; Sommer, Johanna Maria

How to cite

SCHALLER, Philippe et al. Centre de santé de soins primaires : à quoi ressemblera-t-il dans le futur ? In: Revue médicale suisse, 2021, vol. 17, n° 738, p. 934–938.

This publication URL: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:152553

© This document is protected by copyright. Please refer to copyright holder(s) for terms of use.

Centre de santé de soins primaires: à quoi ressemblera-t-il dans le futur?

Dr PHILIPPE SCHALLER[a], Pr OMAR KHERAD[b], Dre NICOLE JAUNIN-STALDER[c], Dre SANAE MAZOURI-KARKER[d], Pr PIERRE-YVES RODONDI[e], Dre ISABELLE JACOT SADOWSKI[f], KARIN ZÜRCHER[g], Pr JOACHIM MARTI[h], NELLY NIWA[i], Dr JEAN-GABRIEL JEANNOT[j], Dre ÉLODIE DORY[k], Pr NICOLAS SENN[l] et Pre JOHANNA SOMMER[m]

Rev Med Suisse 2021; 17: 934-8

Poussé par les besoins croissants des patient·e·s et l'augmentation des différents professionnel·le·s de la santé, le lieu de travail du monde ambulatoire doit évoluer. La pandémie a montré que la digitalisation des pratiques, avec toutes les questions que cette transformation soulève, est l'un des aspects du futur qui s'ouvre. Mais elle n'est de loin pas le seul enjeu du centre de santé de demain. Prévention et promotion de la santé, santé intégrative, social, économie, architecture, durabilité: les défis sont multiples. Pour les matérialiser, la *Revue Médicale Suisse*, en partenariat avec Unisanté, organise un concours avec une vingtaine de jeunes médecins et professionnel·le·s de la santé entourés de douze tuteur·trice·s pour imaginer le centre de santé de demain. Le résultat sera présenté dans un show-room de 200 m² aux Assises de la médecine romande le 4 novembre 2021.

INTRODUCTION

Vaud contre Genève. C'est dans les vieilles marmites qu'on fait les meilleures soupes, dit le proverbe. C'est aussi le format choisi par la *Revue Médicale Suisse* et Unisanté pour imaginer les contours du centre de santé de demain. Deux groupes de jeunes praticien·ne·s et de professionnel·le·s de la santé d'une dizaine de personnes[1] de divers horizons imaginent, avec l'aide de douze tuteur·trice·s, les axes de développement que pourrait prendre le lieu de travail dans lequel pourraient évoluer les nouveaux médecins, thérapeutes et professionnel·le·s de la santé. Les pistes de réflexion suivies sont résumées dans la **figure 1**. Chacun·e des tuteur·trice·s a résumé dans cet article celles à suivre dans chacun des domaines qui sont autant de défis à relever.

SYSTÈME DE SANTÉ

N. Senn

Un système de santé est complexe, composé de multiples dimensions fortement interconnectées. Les soins primaires correspondent à une sorte de système dans le système. On peut, par exemple, identifier quatre domaines distincts:

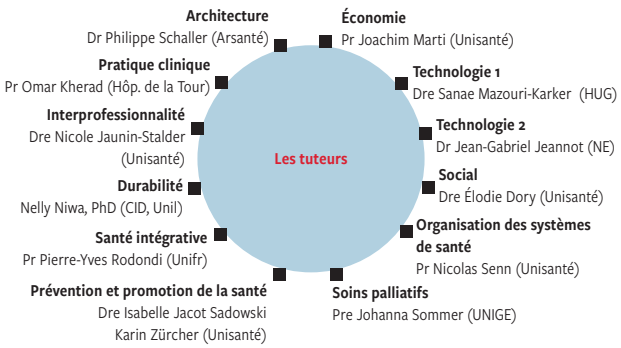
1. La caractérisation des besoins de la population et des patients.
2. L'organisation des structures de soins primaires.
3. Les activités réalisées par les structures et les soignants.
4. L'impact sur la santé des patients et de la population.

À l'intérieur de ces différents domaines, de nombreuses dimensions existent qui vont de la littéracie en santé (domaine 1), au mode de rémunération (domaine 2), en passant par les prestations cliniques (domaine 3) ou encore la qualité de vie (domaine 4).[2]

Par ailleurs, le système de santé suisse souffre d'un certain nombre de problèmes qui nécessite de le transformer en profondeur. Parmi les principaux, nous pouvons citer l'augmentation des maladies chroniques, la fragmentation des soins, une vision hospitalo-centrique ou son coût.

Dans ce contexte, penser une nouvelle structure de soins primaires nécessite de tenir compte des limitations du

FIG 1 Axe de développements du centre de santé et tuteurs



[a] Arsanté, Organisation en soins, 1213 Petit-Lancy, [b] Service de médecine interne, Hôpital de La Tour, 1217 Meyrin/Genève, [c] Unité enseignement interprofessionnel, Département de médecine de famille, Unisanté, 1004 Lausanne, [d] Service de cybersanté et télémédecine, Département diagnostique, HUG, 1211 Genève 14, [e] Institut de médecine de famille, Université de Fribourg, 1700 Fribourg, [f] Unité tabacologie, Département promotion de la santé et préventions, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, [g] Secteur information et plaidoyer, Département promotion de la santé et préventions, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, [h] Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, [i] Centre interdisciplinaire de durabilité, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, [j] Faubourg du Lac 12, 2000 Neuchâtel, [k] Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département des policliniques, Service de médecine des addictions, Département vulnérabilités et médecine sociale, CHUV, 1011 Lausanne, [l] Département de médecine de famille, Unisanté, 1004 Lausanne [m] Unité des internistes généralistes et pédiatres, CMU, 1211 Genève 4
schaller@gmo.ch | omar.kherad@latour.ch | nicole.jaunin@svmed.ch
sanae.mazouri@hcuge.ch | pierre-yves.rodondi@unifr.ch
isabelle.jacot-sadowski@unisante.ch | karin.zurcher@unisante.ch
joachim.marti@unisante.ch | nelly.niwa@unil.ch
jeangabriel.jeannot@gmail.com | elodie.dory@unisante.ch
nicolas.senn@unisante.ch | johanna.sommer@unige.ch

système actuel en les intégrant dans une réflexion globale en s'appuyant sur les quatre domaines définis plus haut. Cela peut contribuer à imaginer ce que pourraient être, par exemple, les prestations de soins, l'organisation de la nouvelle structure ou le mode de rémunération des soignants dans un modèle réellement innovant et adapté aux enjeux du futur.

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

J. Marti

Notre système de soins fait face à des défis majeurs en termes de financement et de durabilité. Des besoins croissants et nouveaux, notamment liés au vieillissement de la population et la multiplication des maladies chroniques, exercent une forte pression sur les coûts et mettent en évidence les limites du modèle économique actuel. La médecine de premier recours a un rôle fondamental à jouer dans ce contexte, mais notre système est encore fortement centré sur les soins aigus en comparaison internationale. La fragmentation et le caractère productiviste des mécanismes de financement ne favorisent pas la coordination et l'intégration des prises en charge, la collaboration interprofessionnelle, ni les investissements dans la prévention. D'autres modèles basés sur une gestion populationnelle plutôt qu'individuelle, tels que les forfaits à la capitation, le financement au parcours ou à l'épisode de soins, et la meilleure prise en compte de la qualité et de l'interface entre santé et social devraient être considérés par le centre de santé de demain (**tableau 1**). Outre ces mécanismes innovants (que paie-t-on? Et sur quelle base?), une attention doit être portée sur la répartition entre sources de financement (qui paie?), en gardant à l'esprit le fardeau croissant que représentent les dépenses de santé pour les ménages. Ces réflexions peuvent contribuer à rendre notre système de soins à la fois plus efficient et équitable, deux objectifs souvent opposés.

TABLEAU 1 Exemples de mécanismes de financement innovants

Objectif	Solutions dans le cadre actuel	Solutions innovantes
Promouvoir la coordination et l'intégration	Paiement pour la coordination (P4C): valorisation des activités de coordination dans le système de paiement à l'acte	Budget basé sur la capitation pour des structures intégrées (prestataires multiples, y compris acteurs sociaux) Paiement à l'épisode pour un groupe de patients, une période, et des prestataires bien définis
Meilleure prise en compte de la multimorbidité	Paiement pour l'éducation des patients, le conseil, la prévention, etc.	Prise en compte de la multimorbidité dans le calcul des forfaits/budgets
Améliorer la qualité		«Bonus» de rémunération sur la base d'indicateurs structurels (par exemple, % du personnel avec une certaine qualification), de processus (par exemple, % patients traités selon les bonnes pratiques), ou de résultats (par exemple, satisfaction des patients, etc.)

INTERPROFESSIONNALITÉ

N. Jaunin-Stalder

Au vu de la situation démographique actuelle, l'interprofessionnalité devra se pratiquer de manière beaucoup plus active au sein des centres de santé futurs afin d'améliorer la prise en charge de la population.

Selon l'OMS, la collaboration interprofessionnelle se produit quand plusieurs membres d'une équipe de soins de différents domaines professionnels travaillent ensemble avec les patient·e·s, les familles et leurs proches aidant·e·s, les soignant·e·s et les communautés afin d'offrir des soins de la plus grande qualité possible. Elle permet aux équipes de soins de reconnaître quand les soins dépassent leurs champs d'exercice et d'expertise, et de faire appel aux compétences d'autres professionnel·le·s de la santé pour atteindre des objectifs en santé dans leurs lieux de pratique. Elle fait en sorte que chaque membre de l'équipe de soins de santé travaille selon ses compétences optimales, favorise une diminution de la hiérarchie des rôles et améliore l'efficacité de l'équipe.

Tout centre de santé de demain devra se poser des questions fondamentales: avec quel·le·s professionnel·le·s collaborer? Faut-il que tous soient dans les mêmes locaux? Quel type de collaboration pour quelle personne? Quels sont les moyens technologiques? Quels sont les moyens financiers attribués aux différent·e·s professionnel·le·s ?

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION AU CABINET MÉDICAL

I. Jacot Sadowski et K. Zürcher

Les maladies non transmissibles (MNT) (affections cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies respiratoires et musculosquelettiques), les troubles psychiques et les addictions sont à l'origine d'atteintes à la qualité de vie, de mortalité et d'importants coûts. Au vu du vieillissement de la population, les MNT continueront d'augmenter, constituant un enjeu majeur pour le fonctionnement et le financement de notre système de santé. La promotion de la santé et la prévention ont un impact sur le développement des MNT. Les principaux facteurs de risque sont liés au mode de vie: tabagisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée, consommation excessive d'alcool. Améliorer les compétences en santé des individus et créer des environnements favorables à la santé sont les approches préconisées.[3]

Dans le domaine des soins, en particulier dans les cabinets médicaux, l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention est primordiale: information et sensibilisation, conseils individuels, dépistages des maladies ou de leurs facteurs de risque, vaccination.[4] Un des enjeux est le choix des dépistages, en considérant les bénéfices mais aussi les inconvénients, d'où l'importance d'informer le patient et de l'intégrer dans la prise de décision. En fonction des populations spécifiques (âgées, vulnérables), il s'agira d'élaborer des

stratégies de prévention adaptées tenant compte de leurs besoins particuliers. La coordination et la coopération entre le cabinet médical et les différents acteurs sanitaires et sociaux sont à renforcer.

ASPECTS SOCIAUX

É. Dory

Le lien entre les inégalités sociales et l'état de santé est un fait bien établi depuis le 19e siècle. De là découle le terme «inégalités sociales de santé» qui englobe également les inégalités d'accès aux soins. Alors que certains groupes de personnes vont développer des barrières pour aller consulter, d'autres consulteront de manière répétée (frequent users des urgences) et non adaptée à leurs problématiques. Les disparités en santé expriment le décalage qui existe entre les besoins en santé de certains patients appartenant à un groupe socio-économiquement défavorisé et la qualité moindre des soins qui leur sont prodigués, par rapport à d'autres moins vulnérables et plus avantagés dans les soins obtenus.

Afin de diminuer les disparités en santé, les professionnels du centre de santé de demain devraient être formés aux compétences cliniques transculturelles et savoir identifier les déterminants socio-économiques de la maladie qui agissent déjà en amont de l'entrée en soin.

Afin de garantir un accès aux soins et le suivi, il est indispensable que les personnes vulnérables puissent bénéficier des prestations d'un service social, expert, réactif et disponible où que se trouve le patient dans le centre de santé de demain.

TECHNOLOGIE (1): CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SOINS

S. Mazouri-Karker

La digitalisation de la santé est une opportunité de favoriser la coordination et la permanence des soins, permettre une communication plus fluide et plus sécurisée entre les professionnels de la santé au sein du réseau de soins pour une prise en charge de meilleure qualité et réduire les erreurs médicales particulièrement lors des transitions dans les soins.[5]

Les solutions de gestion du parcours patient (dossier électronique du patient, outil de prise de rendez-vous en ligne, etc.), les outils de télémédecine ou d'aide à la décision doivent être interconnectés avec les systèmes d'information des hôpitaux et des cabinets.

Le patient doit être le chef d'orchestre de son parcours de soins, cela suppose un accès à une information de qualité, utile et compréhensible grâce à des applications médicales, des sites internet dédiés et des professionnels présents sur les réseaux sociaux ou sur les plateformes de discussion. Prescrire des sources d'information fiables ou des applications utiles aux patients devrait s'ancrer dans la pratique médicale au même titre que prescrire un médicament ou une activité physique.

L'adoption de ces outils se fera à condition qu'ils soient réellement bénéfiques pour la santé, ergonomiques et permettent un gain de temps et/ou une réduction des coûts.

TECHNOLOGIE (2): POUR UNE MÉDECINE MODERNE

J.-G. Jeannot

La technologie est utile uniquement si elle permet d'innover, si elle aide les professionnels de la santé à soigner leurs patients de façon plus efficace et à ceux-ci d'être mieux soignés.

Elle doit permettre de répondre aux défis que rencontre notre système de santé en améliorant en particulier la gestion des données santé, mais aussi l'accès et la coordination des soins: dossier médical intelligent, dossier électronique du patient, internet santé, communication électronique, télémédecine, applications médicales pour ne donner que quelques exemples.

La transformation du système de santé peut se matérialiser au travers de cinq axes:

1. L'autonomisation des patients.
2. La dématérialisation des échanges.
3. La télémédecine.
4. L'automatisation des processus logistiques.
5. L'appui à la décision médicale et paramédicale.

Les professionnels de la santé doivent pouvoir répondre aux besoins des patients même lorsque ceux-ci sont hors du cabinet ou de l'hôpital, la prise en charge des patients ne doit pas s'arrêter au lieu de la consultation.

L'intégration de l'innovation dans le cabinet médical de demain représente un défi technologique mais aussi culturel.

Pour que les innovations répondent aux besoins des utilisateurs, il est indispensable d'intégrer dans leur développement les professionnels de la santé mais aussi les patients.

DURABILITÉ

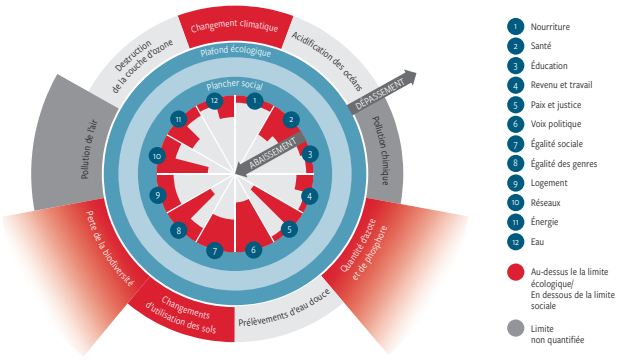
N. Niwa

Afin que nos conditions d'habitabilité sur Terre se maintiennent dans une zone sûre, des recherches montrent que l'impact de nos activités doit respecter un plafond écologique fixé par des limites planétaires.[6] Ces limites sont des seuils de perturbation fixés pour les processus naturels sur lesquels reposent la stabilité du système Terre. À ce plafond écologique s'ajoute un plancher social constitué des besoins fondamentaux et des déterminants minimaux du bien-être qui devraient permettre à toutes et à tous de mener une vie digne.

Les limites planétaires et le plancher social définissent à eux deux la zone sûre et juste dans laquelle les activités humaines devraient être circonscrites – cette zone est modélisée dans la forme d'un donut (**figure 2**).[7]

Travailler sur le cabinet de santé du futur implique de s'inscrire dans ce cadre de réflexion.

FIG 2 **Théorie du Donut, l'économie de demain en sept principes**



Il s'agit bien entendu de questionner l'infrastructure et le fonctionnement du cabinet (bâtiment, accès, politique d'achat, modèle d'affaire, gouvernance) et de travailler sur les pratiques de celui-ci (prescriptions, type d'examens…). Mais il s'agit aussi d'aller au-delà et de voir dans quelle mesure ce cabinet peut avoir un rôle dans son environnement social (sensibilisation, partage d'expérience, formations, rôle modèle du médecin…), permettre de transformer le fonctionnement du système actuel de santé, participer à modifier l'organisation structurelle de la société (implication dans les politiques, les lois…) et enfin participer à la transformation des systèmes de valeurs et imaginaires.

ARCHITECTURE

P. Schaller

La logique de parcours de soins individualisés, de réponse personnalisée, d'une prise en charge interprofessionnelle et intégrative tend progressivement à se substituer au raisonnement de consultation médicale en cabinet, même si ce dernier se veut pluridisciplinaire. L'activité médicale de demain sera aussi largement transformée par la télémédecine qui s'impose comme un vecteur d'évolution pour l'exercice médical. Les nouvelles technologies permettent au médecin d'effectuer des actes, de suivre des patients à distance et de collaborer avec les autres professionnels de manière efficace et dématérialisée, donc sans lieu de soins défini, sans espace architectural: une médecine «hors mur».

D'autres bouleversements dans la pratique médicale doivent être pris en compte pour penser ce cabinet du futur: la pénurie des professionnels de premiers recours, l'émergence de nouveaux métiers de la santé, la participation active du patient et son enseignement thérapeutique et la nécessité d'exercer en faveur de la santé «globale» incluant l'ensemble des autres facteurs liés au «bien-être».

Le chemin est donc tracé pour penser l'architecture du cabinet de demain: être un lieu présentiel et virtuel mobilisant des approches et des savoir-faire spécifiques et complémentaires. Cette approche systémique et longitudinale prend une acuité particulière pour les personnes en situation de handicap ou de maladies chroniques. Sortir d'un espace clos oblige à envisager les soins non plus comme une intervention ponctuelle et purement sanitaire mais comme un élément d'un parcours.

L'orientation du cabinet devra tenir compte de son environnement territorial et se développer en harmonie avec les besoins de sa population et les acteurs déjà présents.

La structure architecturale et la forme organisationnelle que pourrait prendre le centre ambulatoire de soins primaires de demain pourraient s'inspirer de la maison de santé et de ses objectifs résumés dans le **tableau 2**.[8]

PRATIQUES CLINIQUES

O. Kherad

Le cabinet du futur devra intégrer les concepts de la campagne «Choosing Wisely smartermedicine Switzerland» qui vise à aider les médecins et les patients à lutter contre les interventions médicales qui pourraient s'avérer inutiles et potentiellement néfastes. L'information à travers la publication de listes d'actes inutiles ne représente qu'une première étape et ne suffira certainement pas à contrer tous les incitatifs pervers menant à la surmédicalisation.

Il convient donc de trouver des solutions pour lutter contre les biais cognitifs des médecins qui semblent moins enclins à suivre des nouvelles recommandations lorsque celles-ci demandent de s'abstenir. Dans les cabinets du futur, la modification du comportement de prescription des médecins pourrait ainsi suivre le concept du «nudge» (coup de pouce, en français), soit une technique pour inciter des personnes à

TABLEAU 2 **Objectifs d'une maison de santé**

Programme architectural	Programmes activités	Organisation du travail	Espaces et matériaux	Penser la complexité
• Surfaces facilitant l'accès des usagers • Permet une organisation interprofessionnelle • Surfaces en faveur des besoins de permanence et d'accueil des soins non programmés • Une architecture ouverte à l'intégration de tous les professionnels de soins de premier recours (pharmacie, laboratoire, radiologie, soins à domicile…)	• Développement d'une médecine de premier recours de proximité • Programme en faveur de la prévention et la promotion de la santé • Espace pour stimuler l'activité physique • Médiathèque et information	• Collaborative, autonome, agile • Interprofessionnelle, fondée sur des soins coordonnés et des actions de prévention • Outils de communication partagés (DSI, télémédecine, échanges électroniques avec le patient…) • Disponibilité 7 j/7	• Lumière naturelle, intime et humain • Pas de sectorisation • Matériaux sobres en énergie, non polluants, durables, adaptables et simples	• Approche de la santé de façon diversifiée et globale • Environnement non stressant • Lien avec la cité et les autres disciplines sociales • Place pour l'innovation et la créativité • Organisé pour les patients vulnérables et les différents âges de la vie

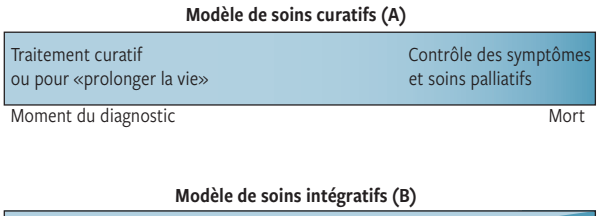
changer leurs décisions, sans contraintes, obligations, ni sanctions. Les «nudges» dans le cabinet du futur peuvent revêtir plusieurs formes: des rappels automatiques, des aides à la décision clinique incorporées dans les programmes informatiques, des choix par défaut et des outils de mesures de prescription permettant des audits et un «data feedback». Ces «nudges» peuvent représenter une belle opportunité pour modifier le comportement des médecins en adaptant de manière inconsciente leur environnement décisionnel de prescription et en les comparant avec leurs pairs.

SOINS PALLIATIFS INTÉGRÉS DANS LA PRATIQUE DU MÉDECIN DE FAMILLE

J. Sommer

Les patients perdent souvent le contact avec leur médecin traitant durant les soins oncologiques et les soins palliatifs ne sont introduits que très tardivement, car considérés comme une alternative thérapeutique plutôt qu'intégrés en complémentarité (**figure 3**).[9] Alors que 80% des patients souhaiteraient mourir à domicile, 80% vont être adressés en fin de vie dans des soins aigus.[10] Pour permettre un meilleur accompagnement des patients dans les phases tardives de leur vie, les médecins de famille pourront dans le cabinet du futur aider leurs patients à mieux définir leurs choix de vie et participer à la mise en place de soins palliatifs plus précocement. Dans ce but, le médecin de famille doit acquérir ou approfondir des compétences pour répondre aux besoins multidimensionnels du patient atteint d'une maladie «incurable» progressive (maladie oncologique sévère, insuffisance cardiaque sévère, BPCO sévère, etc.).

FIG 3 Modèle de soins curatifs vs intégratifs



Ces compétences consistent à:

- Faciliter la réflexion autour des choix de vie et la rédaction des directives anticipées, ainsi que l'élaboration d'un projet de soins anticipés.
- Coordonner les soins de manière interprofessionnelle en assurant un suivi dans le lieu de soins choisi.
- Gérer les effets secondaires des traitements en cours.
- Savoir accompagner le patient et son entourage avec une communication empathique, transparente et soutenante.
- Repérer les besoins spirituels et psychosociaux, en facilitant le contact avec les ressources nécessaires.
- Assurer ou organiser des soins palliatifs précoces et continus.

MÉDECINE INTÉGRATIVE

P.-Y. Rodondi

Selon l'enquête suisse sur la santé de 2017,[11] 38% de la population adulte de Suisse romande avaient recours au moins une fois par année à de la médecine complémentaire, un chiffre en régulière augmentation. À l'avenir, les médecins de famille seront donc probablement plus souvent sollicités par leurs patients, que ce soit pour des conseils dans le choix de la médecine complémentaire pour leur problème de santé ou pour les aider à trouver un thérapeute de confiance. Certains médecins vont également se former dans une médecine complémentaire pour étendre leur propre palette de soins. Les collaborations devraient s'étoffer, que ce soit avec des acupuncteurs ou des spécialistes de yoga ou méditation, deux thérapies recommandées par exemple dans la fatigue chronique liée au cancer.[12] D'une situation actuelle de recommandations par l'entourage, ce sera très probablement bien plus souvent par et avec le médecin de famille que les patients auront recours à ces outils supplémentaires.

CONCLUSION

Les axes de réflexion proposés dans cet article pour imaginer le centre de santé de demain ne sont pas exhaustifs. Ils ouvrent des perspectives sur certains enjeux qui se font aujourd'hui sentir chez les médecins et les professionnels de la santé. Il s'agira pour les deux équipes d'aller au-delà des limites actuelles du système de santé exposées par les tuteurs, tout en restant dans une réalité palpable.

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

1 Équipe genevoise : Christopher Chung, Gabriel Brandle, Aurelio Restellini, Beatriz Santos, Jeremy Jean Bourquin, Jacklean Kalibala, Naima Abdirizak-Saracino, Minette Joëlle Zeukeng.
Équipe lausannoise : Emilien Chabloz, Sarah El-Achachi, Sandra Stettler, Joana Le Boudec, John Nicolet, Blandine Mooser, Christian Kauth.

2 Senn N, Breton M, Ebert ST, Lamoureux-Lamarche C, Lévesque JF. Assessing Primary Care Organization and Performance: Literature Synthesis and Proposition of a Consolidated Framework. Health Policy 2020;125:160-7.
3 Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017-2024. Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé 2020.
4 Zosso B, Quinto CB, Neuner-Jehle S, Weil B. La prévention au cabinet médical fondée sur les preuves. PEPra : pour la prévention au cabinet de premier recours. Prim Hosp Care Med Int Gen 2020;20:388-90.
5 Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. J Gen Intern Med 2003; 18:646-51. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2003.20722.x.
6 Steffen W, Richardson K, Rockström J, et al. Planetary Boundaries: Guiding Human Development on a Changing Planet. Science 347;2015:1259855.
7 Raworth K. A Safe and Just Space for Humanity: Can We Live Within the Doughnut? 2012. www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/dp-a-safe-and-just-space-for-humanity-130212-en.pdf
8 Rapport à la Direction générale de la santé (DGS) du canton de Genève du projet Maison de santé sous la direction du Pr Idris Guessous, 2017.
9 Von Roenn JH, Ternel J. The Integration of Palliative Care and Oncology: the Evidence. Oncology 2011;25:1258-60.
10 Chung DC, Haller DM, Pautex S, Sommer J. Patients oncologiques en soins généraux : ruptures et transitions. Rev Med Suisse 2018;14:976-9.
11 Office fédéral de la santé publique. Enquête suisse sur la santé 2017. www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-74151.html. Accédé le 3 avril 2021.
12 Berger AM, Mooney K, Aranha O, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-Related Fatigue. Version 1.2021. 2021, National Comprehensice Cancer Network NCCN.

* **à lire**
** **à lire absolument**