

## Lettre à la rédaction

# Réponse des auteurs aux lettres 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 »

**Bernard C. K. Choi, Ph. D. (1,2,3); Arlene S. King, M.D., M. Sc. S. (1); Kathryn Graham, Ph. D. (1,4); Rose Bilotta, M.D., M. Sc. S. (1); Peter Selby, M.B.B.S., M. Sc. S. (1,4,5,6); Bart J. Harvey, M.D., Ph. D. (1); Neeru Gupta, M.D., Ph. D. (1,7,8); Pierrette Buklis, M. Sc. S., R.D. (1); Donna L. Reynolds, M.D., M. Sc. (1,5)**

 Diffuser cet article sur Twitter

Nous sommes heureux que notre article sur la santé publique clinique<sup>1</sup> ait reçu l'appui du D<sup>r</sup> Shah<sup>2</sup>, qui mentionne également des éléments historiques importants au sujet de la santé publique clinique. Le D<sup>r</sup> Shah a été le premier directeur d'un nouveau programme de résidence lancé en 1976 à l'Université de Toronto, soit le programme de résidence en médecine communautaire, qui porte maintenant le nom de programme de résidence en santé publique et en médecine préventive. Même s'il prétend ne pas avoir « su rassembler les cliniciens et les professionnels de la santé publique pour définir les éléments communs et les synergies nécessaires »<sup>2</sup>, nous sommes d'avis qu'il n'a pas échoué, car ses efforts ont inspiré ses étudiants (dont plusieurs ont corédigé l'article en question<sup>1</sup>). Tirant parti de son héritage important, les générations suivantes de cliniciens et de professionnels en santé publique ont fait des avancées sur le plan d'une collaboration efficace entre médecine clinique et santé publique.

Pour sa part, la D<sup>re</sup> McLaren rejette le concept de santé publique clinique parce qu'il est insuffisant pour « régler les problèmes de santé complexes et améliorer la

santé de tous ». Elle propose plutôt une santé publique politico-économique qui prévoit une collaboration intersectorielle de plus grande envergure<sup>3</sup>. Nous reconnaissons que la discipline de la santé publique clinique ne nous permettra pas à elle seule d'atteindre tous les objectifs en matière de santé, mais nous soutenons humblement que la collaboration qui est envisagée dans le cadre de cette discipline nous aidera à faire des progrès. Il faut parfois commencer graduellement, car à y aller de façon trop ambitieuse, le mieux risque de devenir l'ennemi du bien. La santé publique clinique est un nouveau point de départ qui, nous l'espérons, favorisera une collaboration plus vaste entre les professionnels et les groupes de sensibilisation. Par ailleurs, si la santé publique clinique ne peut résoudre tous les problèmes de santé, nous sommes d'avis que la santé publique politico-économique en soi ne parviendrait pas non plus à résoudre tous les problèmes découlant des lacunes des systèmes politique et économique actuels, bien qu'il puisse s'agir d'une étape importante sur cette voie.

Cela étant dit, nous partageons l'avis de D<sup>re</sup> McLaren selon lequel les activités

« curatives et préventives (“en amont”) » ne sont pas de puissance égale<sup>3</sup>. Nous notons que la santé publique est souvent le « parent pauvre de la médecine clinique »<sup>1</sup> et nous suggérons l'adoption d'un modèle collaboratif en santé publique clinique comme moyen de parvenir à un équilibre plus sain.

Selon la D<sup>re</sup> McLaren, nous adoptons par ailleurs « une vision étroite de la santé publique et [la considérons] comme branche du système de santé et principalement axée sur la prestation de services et la surveillance »<sup>3</sup>. En fait, c'est tout le contraire : nous avons une vision très large de la santé publique. L'article dont il est question<sup>1</sup> est le deuxième de notre série d'articles sur la santé publique clinique. Dans notre premier article, intitulé « Defining clinical public health »<sup>4</sup>, nous avons consulté des cliniciens, des chercheurs et des professionnels en santé publique. Il était clair que le concept de santé publique clinique englobait la santé publique dans son sens le plus large possible, dont les problèmes de santé de nature sociale causés par des « déterminants sociaux et commerciaux partagés » [traduction]<sup>4,E75</sup>.

### Rattachement des auteurs :

1. Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
3. École d'épidémiologie et de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
4. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto/London (Ontario), Canada
5. Département de médecine familiale et communautaire, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
6. Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
7. Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. Keenan Research Centre for Biomedical Science, Hôpital St. Michael's, Unity Health Toronto, Toronto (Ontario), Canada

**Correspondance :** Bernard C. K. Choi, Division de santé publique clinique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 678-155, rue College, Toronto (Ontario) M5T 3M7; courriel : [bernard.choi@utoronto.ca](mailto:bernard.choi@utoronto.ca)

---

Nous avons reçu deux lettres à la rédaction à la suite de notre premier article<sup>4</sup> : une lettre qui rejetait le concept de santé publique clinique<sup>5</sup>, et une autre qui l'appuyait<sup>6</sup>. Nous venons aussi de recevoir deux lettres à la suite de ce deuxième article<sup>1</sup> : une lettre qui appuie notre conception<sup>2</sup> et une autre qui la relativise<sup>3</sup>. Nous espérons que ces articles et ces lettres à la rédaction mèneront à des discussions et débats approfondis sur la faisabilité et le développement de la santé publique clinique, et peut-être également à une compréhension élargie des déterminants politiques et économiques de la santé ainsi qu'à des mesures de plus grande envergure à ce propos.

## Références

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>
2. Shah CP. À propos du commentaire « Santé publique clinique : exploiter le meilleur des deux mondes pour la santé comme pour le traitement des maladies » [lettre]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(4):222. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.06>
3. McLaren L. Ce dont nous avons besoin, c'est d'une santé publique politico-économique [lettre]. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2023;43(4):220-221. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.43.4.05>
4. Choi BCK, Pakes B, Bilotta R, et al. Defining clinical public health. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E71-E76. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36479>
5. Young K. Can public health be “clinical”? [lettre]. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E77. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36449>
6. Ramsay T. On “Defining clinical public health” [lettre]. *Clin Invest Med*. 2021;44(2):E77. <https://doi.org/10.25011/cim.v44i2.36449>