

Du patient à la communauté: médecine de premier recours centrée sur la communauté

La médecine de premier recours centrée sur la communauté, en anglais «Community Oriented Primary Care (COPC)» tente de résoudre des problèmes de santé non pas au niveau individuel mais au niveau de la communauté. Cet article définit ce concept et l'illustre par un projet en cours à San Francisco, USA. La COPC identifie et adresse systématiquement à grande échelle des problèmes de santé d'une communauté. Elle est une excellente manière de faire connaissance avec la communauté et d'établir une collaboration étroite entre des professionnels de la santé et la communauté. La COPC est une approche moderne, peu coûteuse et axée sur la communauté que nous gagnerions à mettre en pratique et à enseigner en Suisse.

«Community Oriented Primary Care» (COPC) versucht, Gesundheitsprobleme nicht individuell, sondern mit Blick auf die ganze Gesellschaft zu lösen. In diesem Artikel beschreiben wir dieses Konzept und geben ein aktuelles Beispiel aus San Francisco, USA. Das COPC identifiziert systematisch Gesundheitsprobleme der Gemeinschaft und geht sie global an. COPC ist eine ausgezeichnete Möglichkeit, die Gemeinschaft als Ganzes kennenzulernen und eine enge Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofis und ihr aufzubauen. COPC ist eine moderne, kostengünstige und auf die Gemeinschaft zentrierte Methode, die wir auch in der Schweiz mit Vorteil anwenden und lehren könnten.

Nicole Jaunin-Stalder,
Stéphanie Taché

La médecine de premier recours centrée sur la communauté

La médecine de premier recours centrée sur la communauté, en anglais «Community-Oriented Primary Care» (COPC), est le processus par lequel on identifie et adresse systématiquement des problèmes de santé d'une population définie. Idéalement, il s'agit d'une combinaison de médecine de premier recours, d'épidémiologie et de santé publique [1].

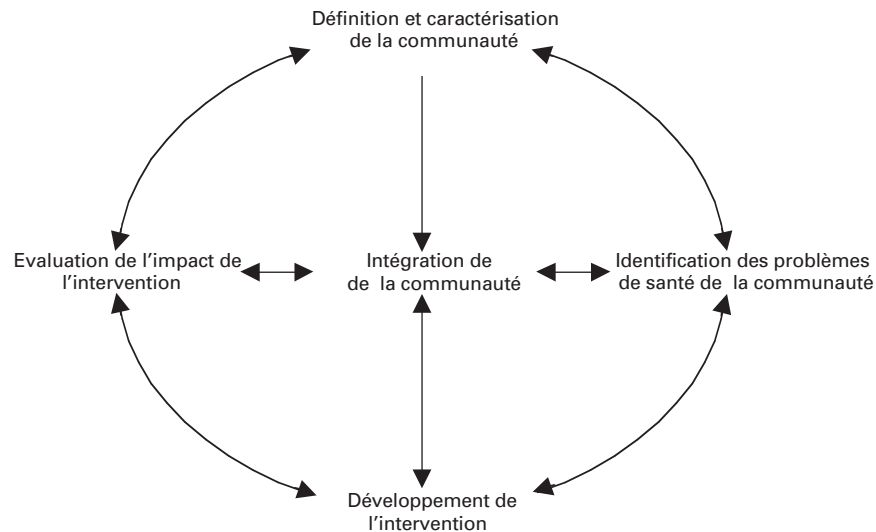
En 1855, le docteur John Snow a découvert qu'une épidémie de choléra à Londres était causée par une source d'eau. Après une étude épidémiologique, il s'est mis à combattre cette épidémie en collaborant avec la communauté pour augmenter l'état des habitations, les conditions de travail et la sécurité des quartiers. Ceci est le premier projet de COPC connu.

La COPC, comme elle est pratiquée de nos jours, a débutée aux Etats-Unis en 1930 avec l'intégration d'éléments d'épidémiolo-

gie par des médecins de premier recours dans leur pratique privée. Le docteur Will Pickles a noté systématiquement le nom, l'adresse et le diagnostic de tous les patients qui l'ont consulté lors d'une épidémie de maladie infectieuse. Il a formé un groupe communautaire constitué de sa famille, de ses patients, du département de santé publique, d'un épidémiologiste, d'un géologue, d'un photographe, d'enseignants et d'un ecclésiastique avec lesquels il a tenté de résoudre ce problème de santé. En 1978, lors de la conférence de l'Alma Ata, l'OMS a fait un appel en faveur d'un renforcement de la participation de la communauté dans le contrôle de problèmes de santé. En 1999, un projet de COPC mené par un médecin et une infirmière à partir de leur cabinet médical, a montré une augmentation du taux d'exams gynécologiques, de mammographies, d'immunisation des enfants ainsi que de contrôles de l'hémoglobine glycolysée dans une communauté à majorité afro-américaine pauvre de Rochester, NY, USA [2].

Dr Nicole Jaunin-Stalder
FMH Médecine générale
257-A Fair Oaks Street
San Francisco, CA 94110
USA
E-Mail: ngjaunin@bluewin.ch

Figure 1.
Les cinq étapes de la COPC selon
Rhyne et al. [1].



Définition et caractérisation de la communauté

Tout projet de COPC débute par le choix de la communauté, par exemple les patients d'un centre de santé, d'un cabinet médical ou d'un quartier. Afin d'avoir des résultats significatifs et convaincants, il est important de commencer par un projet à petite échelle avec une communauté pas trop grande.

Une fois la communauté choisie, celle-ci est caractérisée à l'aide de données épidémiologiques, sociologiques et politiques afin de bien la connaître et de pouvoir étudier l'impact qu'a eu le projet sur la communauté, une fois celui-ci en cours ou terminé. On commence par rechercher tout ce qui est déjà connu sur cette communauté, soit dans la littérature, soit par des projets réalisés dans cette communauté. Si ces données sont insuffisantes, on fait une propre enquête si possible qualitative et quantitative.

Intégration de la communauté

Dès cette étape et pour tout le reste du projet, une étroite collaboration avec la communauté est essentielle. Différentes équipes de travail sont formées: une équipe de lancement du projet, une équipe d'implantation, un comité communautaire consultatif, une équipe de volontaires et des partenaires de travail.

- L'équipe de lancement est le plus souvent initiée par des gens intéressés par la santé. Elle est toujours composée de professionnels de la santé et peut inclure des leaders locaux et des personnes actives dans la communauté.

- L'équipe d'implantation est celle qui planifie et mène à bien le projet. Celle-ci comprend forcément des personnes de la communauté. Elle constitue un important pont entre la communauté et les professionnels de la santé.
- Le comité communautaire consultatif est composé de leaders de la communauté, par exemple des enseignants, des fonctionnaires, des ecclésiastiques et des économistes travaillant dans la communauté. Leur rôle est d'établir des liens entre la communauté et les membres du projet et de faire accepter le projet par la communauté.
- Le groupe de volontaires fait le travail sur place.
- Les partenaires ont un rôle consultatif, publicitaire ou éducatif.

Identification des problèmes de santé de la communauté

Une fois la communauté définie, il faut identifier et caractériser ses problèmes de santé. Pour ceci, il faut inclure les différents partenaires du groupe de COPC. Nous proposons de commencer par un brainstorming afin d'établir une liste de problèmes aussi exhaustive que possible. Ensuite, il faut établir une liste par ordre de priorité, puis finalement sélectionner un problème réalisable et réaliste. Afin de gagner la confiance de la communauté, il est préférable de commencer par un problème de santé circonscrit et facilement réalisable. Il est important de se renseigner si un tel projet a déjà été développé et si la communauté y est intéressée.

Développement de l'intervention

Une fois atteint le stade de développement de l'intervention, un programme détaillé incluant les buts, les objectifs, les stratégies, les activités, les ressources et les contraintes du projet ainsi qu'un plan d'exécution sont élaborés.

Les buts spécifient l'ampleur des résultats attendus et précisent la sous-population à risque, les comportements à risque de celle-ci et les problèmes de santé abordés.

Les objectifs décrivent les moyens mis en œuvre pour atteindre ces buts. Ils doivent être SMART, de l'anglais: *specific* (spécifique), *measurable* (mesurable/quantifiable), *accessible* (à portée), *realistic* (réaliste), *time-limited* (limité dans le temps). Les buts et les objectifs déterminent le reste du plan.

Les stratégies et les activités sont précisées dans un plan par étape de l'intervention. Elles spécifient les personnes incluses, leur nombre, les délais et les personnes responsables de chaque activité. Ce plan détermine aussi les ressources exigées.

Finalement, il est très important de tenir compte des contraintes et d'essayer de les résoudre avant d'implanter le programme.

La phase finale de cette étape est l'implémentation du programme.

Évaluation de l'impact de l'intervention

L'évaluation de l'impact de l'intervention est cruciale afin de déterminer les effets du projet sur la communauté et d'ainsi lui démontrer sa valeur. Elle est une excellente manière de faire reconnaître le projet à des experts médicaux, sociaux et politiques. L'évaluation en cours du projet permet d'effectuer d'éventuelles corrections pour la suite du projet.

Ces étapes ne sont pas mutuellement exclusives et peuvent être pratiquées dans un ordre différent. Souvent on passe d'une étape à l'autre pour revenir à une étape précédente.

Un exemple de COPC et de son enseignement à San Francisco (USA)

Afin d'illustrer le concept présenté ci-dessus et de montrer comment la COPC peut être enseignée, nous aimerions partager l'expérience faite en tant que chercheuse suisse invitée et que généraliste en formation au Département de Médecine de Famille et Communautaire de l'Université de Californie à San Francisco (UCSF).

13 généralistes en formation à UCSF définissent et mettent en œuvre un projet commun de COPC, avec l'aide de deux enseignantes, d'une assistante sociale et d'un médecin. Ils y participent pendant une demi-journée par semaine, en groupe de trois à quatre, pendant deux périodes de trois mois réparties sur deux ans.

Le projet 2000–2002 vise à faciliter l'accès à la médecine à des adolescents ainsi qu'à leurs familles d'un quartier pauvre à majorité hispanique de San Francisco. Le but initial du projet était de s'attaquer au problème endémique aux États-Unis qu'est la population sans assurance maladie (en 1998: 43 millions, soit 16% de la population totale, dont 11 millions d'enfants, soit 15% des enfants jusqu'à 18 ans).

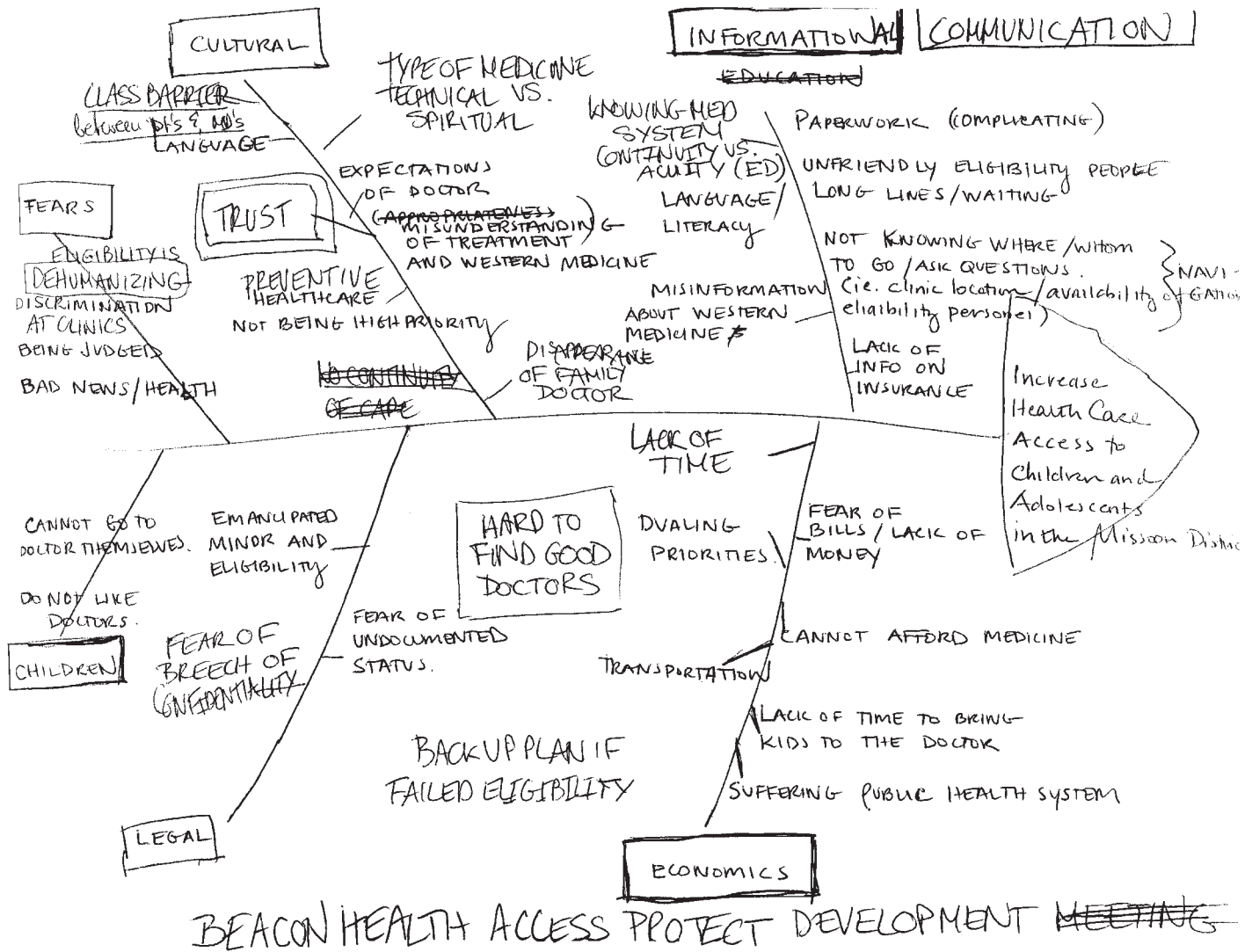
Définition et caractérisation de la communauté

Afin d'atteindre autant d'adolescents en besoin que possible et d'avoir un lien avec la communauté, nous avons choisi de réaliser le projet dans une école publique d'enfants de 11–15 ans du quartier susmentionné. Dans cette école se trouve un centre social qui organise des programmes post-scolaires pour les élèves et qui a beaucoup d'expérience dans le travail avec la communauté.

Nous avons pris contact avec ce centre social qui s'est rapidement intéressé à participer à notre projet. Parallèlement, nous avons réfléchi au financement de notre projet. Nous avons découvert que l'État de Californie avait lancé un concours afin de financer un projet ayant pour but d'assurer des enfants. Cependant après avoir étudié leurs exigences, nous avons réalisé que l'envergure de notre projet ne nous permettait pas de recevoir ces financements. Nous avons aussi découvert que le Département de Santé Publique de la ville de San Francisco voulait essayer d'obtenir cette même bourse avec un projet à beaucoup plus grande échelle. Ceux-ci nous ont proposés de devenir un de leurs partenaires. Malheureusement, le centre social avec lequel nous collaborions n'avait pas les ressources humaines nécessaires pour y participer. Par contre, il était d'accord de mettre à disposition une personne à mi-temps, payée par leurs fonds propres, afin de coordonner le projet.

Figure 2.

«Poisson», concept du Département de Santé Publique de Harvard University, Boston USA: La tête du poisson indique le but poursuivi, les arrêtes les obstacles rencontrés pour atteindre ce but. Cette figure a été dessinée par les parents d'élèves lors d'une de nos rencontres afin de définir les obstacles qu'ils rencontrent quand ils veulent accéder à la santé.



Identification des problèmes de santé de la communauté

Avec l'aide de ce centre, nous avons établi des contacts avec des représentants de la communauté. Nous avons organisé environ 5 rencontres ayant pour but de définir avec environ 10 parents d'élèves, les principaux obstacles qu'eux et leurs familles doivent surmonter afin d'accéder à la médecine, c'est à dire consulter un médecin en pratique privée, aller à l'hôpital ou acheter des médicaments. Ces rencontres étaient informelles avec une personne de notre groupe coordonnant la rencontre. Pendant ces différentes rencontres nous avons dessiné tous ensemble le poisson (figure 2). La tête du poisson représente le but poursuivi et les arrêtes les différents obstacles à surmonter afin d'y arriver.

Nous avons rapidement réalisé que le défaut d'assurance maladie, auquel tout enfant jusqu'à 18 ans a accès plus ou moins gratuitement, s'il vit dans une famille défavorisée, n'était que l'un des obstacles empêchant de consulter un spécialiste de la santé. D'autres raisons étaient le manque d'information sur le système de santé américain, sur les assurances médicales possibles, les problèmes de communication entre les patients et les personnes travaillant dans la santé, dus en partie à des problèmes linguistiques, le manque de temps et d'argent ainsi qu'un manque de confiance dans le système de santé américain, et la peur d'être dénoncé aux autorités de l'immigration. Tous ces obstacles ont pour conséquence que les personnes de cette communauté attendent généralement jusqu'au

dernier moment avant d'entrer en contact avec le système de santé et consultent au service des urgences, où ils sont mal accueillis, attendent longtemps, n'ont pas de suivi et surtout ont fait une mauvaise expérience.

Développement de l'intervention

Après ces rencontres, nous avons décidé avec le centre social d'organiser environ 10 cours de 2 heures pour les parents désireux d'augmenter leurs connaissances sur l'accès à la santé. Le but de ces cours était que chaque participant ainsi que sa famille aient une assurance maladie et qu'ils aient un médecin de premier recours à la fin du cours. Afin que le savoir-faire de ces premiers participants profite aussi à la communauté dans son entier, nous voulions les former de telle sorte qu'ils puissent propager leur savoir à leur communauté. Nous pensions mettre en pratique un concept nommé «promoteurs», mot venant de l'espagnol, signifiant promoteurs dont le concept a été proposé par la communauté de l'école. Ce concept est né en 1960 au Brésil et a pour but de propager un savoir-faire de quelques promoteurs à la communauté. Ces promoteurs sont des gens volontaires faisant partie de la communauté ciblée. Après avoir suivi une formation spécifique, ils sont capables d'enseigner leur savoir à la communauté. Ces nouveaux élèves peuvent devenir de nouveaux promoteurs et ainsi de plus en plus de personnes profitent de l'enseignement donné à un petit groupe [3].

Faute de bourse reçue par le centre social, nous avons dû réduire notre projet à quatre cours, sans formation de promoteurs, et sans disposer de coordinateur. Tout le travail a été fait, avec notre aide, par des volontaires travaillant déjà pour ce centre social.

Les cours étaient enseignés par des ex-

perts non payés, en anglais et traduits en espagnol, et étaient animés par une personne active dans la communauté. Les sujets traités étaient les suivants:

Ces cours viennent de se terminer au moment de la rédaction de cet article.

Evaluation de l'impact de l'intervention

La participation aux cours a été très variable selon les soirées, entre 2 et 15 personnes. Seuls deux personnes ont participé à tous les cours. Ces deux personnes sont très actives dans leur communauté, et semblent être venues afin de propager leur savoir à leur communauté. Elles ont d'ailleurs fait de la propagande pour le dernier cours et 15 personnes y ont participé. Il y a différentes raisons pour le manque de participants. Il semble que la propagande pour les cours soit arrivée trop tard, que le nombre de cours était trop élevé et qu'ils aient eu lieu à un mauvais moment de la semaine.

La phase finale de ce projet, qui doit durer jusqu'à fin juin 2002, est une phase d'évaluation du projet. Nous planifions de rencontrer les deux participants ayant suivi tous les cours, les gens du centre social ainsi que les spécialistes des assurances maladie afin d'avoir leurs critiques, et en espérant les convaincre de continuer le projet qui va être le leur dès juillet 2002.

Intégration de la communauté

La communauté a participé, soit par le biais du centre social, soit par le biais des parents d'élèves aux trois dernières étapes de notre projet. Elle a été active dans l'identification des problèmes de santé lors des différentes rencontres avec les parents d'élèves; lors du développement de l'intervention en proposant de faire des cours et en définissant les sujets;

Cours 1: Introduction des participants et explication des buts du cours. Où et comment consulter des professionnels de la santé. Le but était de connaître les différentes cliniques et cabinets de groupe du quartier et d'apprendre quelle est la différence entre les soins donnés dans un service d'urgence, chez un médecin de premier recours ou chez un spécialiste. Ce cours a été donné par l'infirmière de l'école, une infirmière en santé publique.

Cours 2: Admissibilité. Le but était que chaque participant n'ayant pas d'assurance maladie puisse commencer à remplir les papiers exigés pour être assuré dans un futur proche. Ce cours était donné par des spécialistes des assurances maladie.

Cours 3: Communication. Le but de ce cours était d'apprendre comment communiquer avec les personnes du système de santé afin de donner confiance aux patients lors cette communication. Ce cours était donné par une assistante sociale.

Cours 4: Médecine préventive, pourquoi il est important d'avoir un médecin même si on ne se sent pas malade. Le but de ce cours était de démontrer pourquoi il est important d'avoir un médecin alors que l'on ne se sent pas malade. Ce cours était donné par un médecin-adjoint du Département de Médecine de Famille et Communautaire de UCSF.



lors de la propagande pour les cours; et lors de l'évaluation de l'impact de l'intervention en remplissant après chaque cours un formulaire d'évaluation. Elle était d'accord de nous rencontrer pour critiquer les cours de vive voix et pour en organiser de meilleurs, avec plus de participants, dans un futur proche.

Conclusions

La COPC représente une alternative à la médecine individuelle, technique et hospitalière de plus en plus coûteuse. Elle crée une ba-

lance entre les soins médicaux et les soins préventifs, entre la santé publique et les services individualisés, et entre la médecine curative et la médecine préventive. Elle est une réponse à l'augmentation des coûts de la médecine, permet une répartition égalitaire de l'accès à la médecine et permet de garder une bonne qualité de la médecine [4].

La COPC permet une pensée plus globale pour les médecins de premier recours, car elle nous sort de notre vie solitaire de cabinet, nous permet de rencontrer et de mieux comprendre la communauté dans laquelle nous vivons et avec laquelle nous travaillons. En plus, les projets de COPC sont satisfaisants par leurs résultats finaux ayant souvent un grand impact. Finalement, la COPC demande aussi beaucoup de savoir-faire de recherche, que ce soit de la recherche de littérature ou de la recherche épidémiologique quantitative ou qualitative.

La COPC est un concept fascinant et extrêmement enrichissant sur le point médical, économique, social et humain, que nous gagnerions à introduire et enseigner en Suisse.

Références

- 1 Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H. Community-Oriented Primary Care: Health Care for the 21st Century. American Public Health Association, 1998.
- 2 Bayer WH, Fiscella K. Patients and community together. A family medicine community-oriented primary care project in an urban private practice. *Arch Fam Med* 1999;8:546-49.
- 3 School for Promotores. A Training Program for Health Promoters. Casa CHE, La Clínica de la Raza. Fruitvale Health Project, Inc.; 1996.
- 4 Wright RA. Community-oriented primary care. The cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993;269:2544-7.