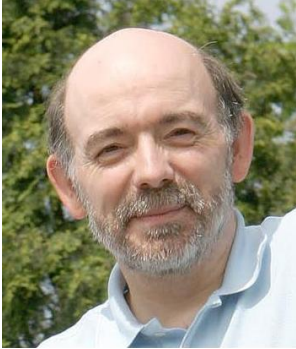


# Médecine familiale et approche communautaire



Prof. Marc VANMEERBEEK  
Département universitaire de médecine  
générale – Université de Liège  
CHU – B32, B-4000 Liège  
[marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be](mailto:marc.vanmeerbeek@ulg.ac.be)

## ***Qu'est-ce que la santé communautaire ?***

L'OMS définit la communauté d'une façon assez académique : « Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés ». [1]

Le praticien doit imaginer en fait une nuées de communautés variables dans le temps et l'espace, la plupart potentielles, au sens où elles n'ont de conscience de leur existence que si elles sont révélées à elles-mêmes par un incitant extérieur. Il y est lui-même plus ou moins inséré. Selon l'angle de vue, la « communauté » à laquelle il s'adresse peut être un ensemble de patients souffrant de la même pathologie, appartenant au même groupe d'âge (approche psycho-sociologique), ou un ensemble de gens regroupés sur une base géographique (approche écologique) ou fonctionnelle (approche micro- ou macro-sociale). A l'intérieur d'un groupe humain, les relations communautaires s'opposent aux relations non communautaires, éventuellement conflictuelles (un groupe de patients diabétiques peut être constitué de personnes n'ayant aucune relation sociale entre elles). [2]

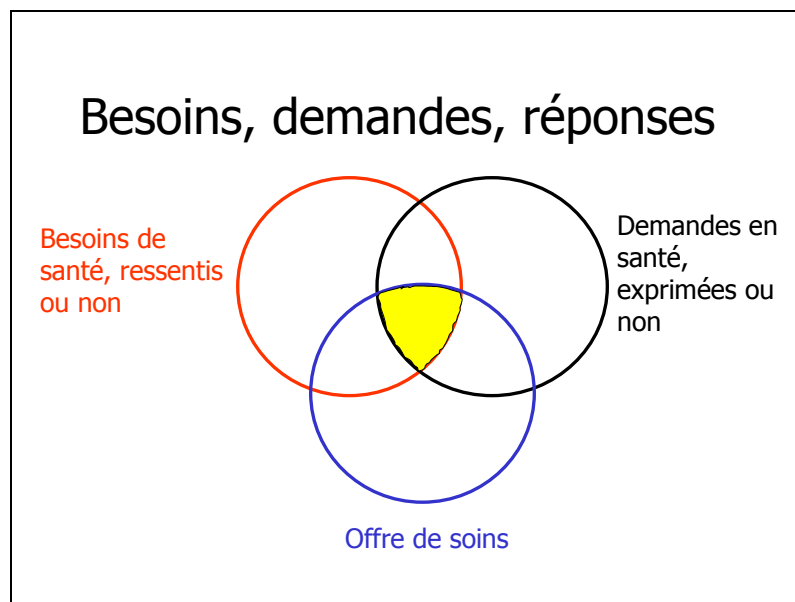
La santé communautaire, c'est « la santé avec la communauté ». Il en existe plus de cent définitions, et les pratiques diffèrent nettement entre pays et entre écoles. Les américains situent plutôt le concept au sein du *managed care*, entre *fidelity* (à l'intérêt du patient) et *stewardship* (travail au profit du groupe)[3]. En Suisse francophone, on situe plutôt le problème dans le contexte d'équité sociale, bien plus acceptable que les directives de rationnement pouvant être imposées par les assurances. Les Centres Locaux de Santé Communautaire (CLSC) du Québec vont plus loin dans la démarche participative et soutiennent des actions de changement social à côté des traditionnels services à la population.

Le médecin de famille, soignant de proximité aux côtés des autres intervenants de soins primaires, est naturellement un des participants des actions communautaires. Souvent, comme Mr Jourdain, il en fait depuis longtemps sans le savoir.

Stimulé par les réglementations visant aux économies en santé, le médecin de famille du XXI<sup>e</sup> siècle peut apprendre à développer, en plus de la relation strictement individuelle qu'il entretient avec chacun de ses patients, une gestion collective de sa patientèle. La délimitation de la population prise en charge, par l'inscription au forfait ou par le dossier médical global, donne au médecin la possibilité de mieux en connaître les caractéristiques et d'inventorier les problèmes qu'il a en charge. Il peut donc évoluer progressivement vers un rôle nouveau situé entre le « gestionnaire » et le « conseiller » en santé.

### ***Besoins, demandes, réponses***

La triade classique en santé publique illustre bien l'inadéquation habituelle entre les trois pôles (figure 1)[4].



**Figure 1 : La triade "besoins – demandes – réponses"**

Des besoins non ressentis ne font jamais l'objet de demandes et ne sont pas pris en charge (p. ex. suivi de grossesse de femmes immigrées) ; ils définissent la zone de « non utilisation ». Des demandes restent insatisfaites et définissent la zone de « mécontentement » (p.ex. l'absence de déplacement du médecin en garde pour des affections jugées bénignes). Certaines demandes ne correspondent pas à un réel besoin, même si elles font l'objet d'une offre de soins (p.ex. les demandes d'analyses de laboratoire inutiles émanant des patients) et définissent la zone de « gaspillage ».

Cependant, une analyse plus fine montre bien toutes les zones d'incompréhension possibles entre les interlocuteurs. Les besoins *réels* de santé sont définis par les professionnels et donc souvent imprégnés du modèle biomédical de la santé. L'offre de soins en découle directement. Les demandes des patients sont conditionnées par

leurs représentations de la santé et de la maladie, par leurs croyances, par leur culture.

Le défi pour tous les soignants est donc d'amener une meilleure congruence entre ces trois pôles, soit mieux connaître les besoins, écouter les demandes et adapter l'offre de soins.

### ***Recherche des informations de base***

Idéalement et théoriquement, les bénéficiaires d'une action en santé sont demandeurs et partenaires. Le diagnostic de santé naît alors de la confrontation du ressenti des bénéficiaires, de celui des professionnels et des données objectives qui peuvent être recueillies. Cette situation idyllique est rarement rencontrée, d'abord parce que la « communauté » n'a pas forcément conscience de son existence comme telle, ensuite parce que la culture des patients inclut rarement un dialogue structuré avec les professionnels locaux de santé autrement que par l'expression d'une plainte [5]. Par contre, un projet initié par des professionnels avec la volonté de faire participer les bénéficiaires peut se transformer en réelle action de santé communautaire dans une seconde phase.

En pratique, le médecin de famille désireux d'entreprendre une action en santé devra commencer par l'identification de la communauté à laquelle il va s'adresser. Il dispose avec ses dossiers médicaux d'un outil puissant, surtout s'ils sont informatisés et structurés. L'accumulation au fil des consultations courantes des motifs de rencontre, des labels des éléments de santé traité, des tâches mises en échéance, des renseignements signalétiques des patients forme au fil des consultations une base de données que de nombreux épidémiologistes envieraient.

Pour faciliter l'exploitation de ces données, le gouvernement belge soutient un effort de structuration et de standardisation des logiciels de dossiers médicaux [6] : thésaurus des éléments de santé et des procédures en soins primaires, basés sur la Classification internationale des Soins primaires – CISP-2 [7]– et la Classification internationale des maladies – CIM-10 [8]. Le travail est considérable et se heurte à de nombreuses résistances, tant de la part des utilisateurs que des producteurs de logiciels, mais les premiers résultats sont déjà engrangés.

L'utilisation des données de consultation permet de définir facilement certaines populations aux caractéristiques bien définies : les femmes pour lesquelles on ne dispose pas d'information sur la réalisation d'un frottis de col récent, celles qui sont en âge de se voir proposer une mammographie de dépistage, celles qui ne l'ont pas fait ET qui appartiennent à une catégorie socialement défavorisée, mais aussi les diabétiques hypertendus qui ne prennent pas encore un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, etc.

Le médecin de famille est rarement isolé : il travaille parfois en équipe mono ou pluridisciplinaire, et toujours au sein d'un réseau plus ou moins bien constitué d'intervenants en santé. Pour certains projets, il faut réunir des intervenants du réseau de soins (paramédicaux, aides familiales, éventuellement enseignants) et discuter au cas par cas de l'intérêt de proposer ou non une action : l'identification

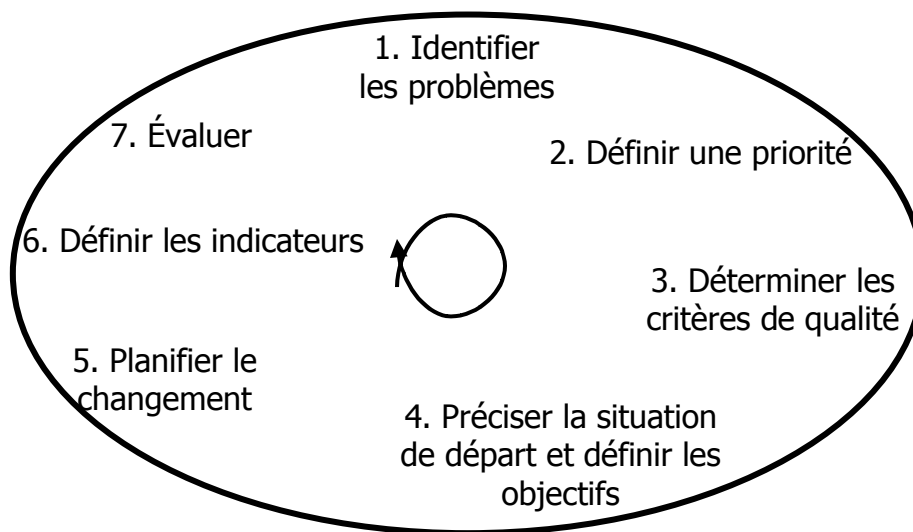
des personnes âgées ou des enfants à risque de maltraitance ne peut se faire uniquement sur des dossiers. Le médecin, pourtant proche de ses patients, y apprendra de nombreux éléments qui lui étaient jusqu'alors inconnus.

Plus rarement, le médecin trouve face à lui une association de citoyens, constituée autour d'un problème de santé, autour d'un lieu de vie, et parfois autour d'un lieu de soins (association de patients) [9]. Les conditions de démarrage d'un projet de santé communautaire avec niveau élevé de participation des bénéficiaires sont alors meilleures.

### ***Think global, act local***

Les données de base étant réunies, il reste à initier un projet. La méthode de l'assurance de qualité, dérivée des travaux initiaux de Donabedian [10], fournit le cadre théorique dans lequel s'inscrire pour être efficace et pouvoir évaluer l'impact de l'action (figure 2).

## Le cycle de l'assurance de qualité



**Figure 2**

L'assurance de qualité en santé se construit autour de valeurs qui veulent être mise en avant : les critères de qualité, parmi lesquels on trouve le trépied fondateur des soins primaires : globalité, continuité, intégration, mais aussi pertinence scientifique, participation des bénéficiaires, efficacité, acceptabilité, subsidiarité,... C'est également un processus récursif : chaque évaluation finale pose la question de recherche suivante et la boucle continue à tourner.

Pratiquement, le projet peut se construire autour de huit questions rapportées par Smith dans un éditorial du BMJ [11]:

1. Brève description du contexte : les soignants et les patients

2. Définir le problème : que veut-on faire ?
3. Amélioration attendue pour le patient
4. Rassembler les informations : comment évaluer le problème ?
5. Analyse et interprétation : comment ces mesures ont changé votre façon de voir
6. Stratégie du changement : qu'est-ce qui a changé, qui l'a fait, comment l'a-t-on fait ?
7. Résultats : qu'est-ce qui a changé pour les patients et comment l'a-t-on mesuré ?
8. Et ensuite ? Qu'a-t-on appris ou accompli, et que va-t-on en faire ?

Une infinité de sujets différents peuvent être traités par cette méthode. Parmi des exemples que nous connaissons, citons la qualité du suivi de pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2, aiguës comme la bronchiolite du nourrisson, l'éducation nutritionnelle au départ de la valorisation des savoirs populaires, le contrôle de la délivrance de produits de substitution aux toxicomanes, le développement de la relation mère-enfant au sein de familles en grande détresse sociale, l'optimisation de procédures de dépistage comme les frottis de col utérin ou les mammographies, mais également l'organisation des consultations médicales, la prise en charge des urgences, l'informatisation d'un cabinet, etc.

### ***Conclusion***

Le médecin de famille, au cœur de l'organisation des soins primaires, est bien placé pour évaluer les besoins de santé et entendre les demandes de ses patients. Avec ses partenaires du réseau de soins, un peu de méthode, un peu d'informatique et beaucoup de bonne volonté, il est à même de susciter la création et l'organisation de projets d'amélioration de la santé au quotidien. La participation de la communauté n'est pas un processus spontané : il faut la susciter et lui permettre de grandir. Selon les volontés en présence de part et d'autre, le niveau de participation des bénéficiaires peut s'élever jusqu'à prendre le contrôle du programme, et éventuellement pousser les acteurs plus avant dans leur recherche du bien-être [12].

## Bibliographie

---

- [1] OMS/UNICEF : Alma Ata 1978. Les soins de santé primaires. OMS, Genève, réimpression 1986, pp. 55-56
- [2] Développement social et promotion de la santé, la démarche communautaire. Société française de Santé publique, collection Santé et société, avril 2000:9, 27-46.
- [3] Povar GJ et al. Ethics in practice: managed care and the changing health care environment: medicine as a profession managed care ethics working group statement. Ann Intern Med. 2004 Jul 20;141(2):131-6.
- [4] J.P. DESCHAMPS, "Analyse des besoins d'une communauté", dans Direction Générale de la Santé : Promotion de la santé. Méthodologie. Symposium, Paris 1985, La Documentation Française, 1986
- [5] Casado V. La plainte : carte de présentation d'une communauté. In:La plainte et la réponse à la plainte. Sens, réalité, représentations objet-sujet de santé. Bruxelles:Colloque international de la Fédération des Maisons médicales, 11-13/10/91.
- [6] Labellisation des logiciels de gestion de dossiers patients en médecine générale. SPF de la Santé publique, Bruxelles. <http://www.health.fgov.be/telematics/label/mh/index.html>
- [7] [www.cispclub.org](http://www.cispclub.org)
- [8] [www.icd10.ch](http://www.icd10.ch)
- [9] Ligue des Usagers de Services de Santé (LUSS), 123 av. Sergent Vrithoff, Namur. [www.luss.be](http://www.luss.be)
- [10] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966 ; 44 : 166-203.
- [11] Smith R. Quality improvement records: a new kind of article. BMJ 2000;321:1428 (Editorials)
- [12] Freire P. Pédagogie des opprimés. Paris : Maspéro, 1974.