DERNONCOURT Jean-Philippe
I.F.S.I. Croix-Rouge
Roubaix-Tourcoing

OUTILS ET MÉTHODES DE CONSTRUCTION D'UN PROJET DE SANTÉ PUBLIQUE

Clinique de la Victoire
- Tourcoing –
2000

TABLE DES MATIÈRES

Définitions et concepts.

La santé 4

La santé publique 4

- *Définition* 4
- *Historique* 5
- *Objectifs* 5

Les politiques d'actions 6

- *Axes* 6
- *Thèmes* 6

Démarches en santé publique. 7

Analyse et identification des problèmes de santé 7

Définition des priorités 7

Formulation du problème 8

Formulation des objectifs et des activités 8

Identification des ressources 8

Établissement d'un plan opérationnel 9

Réalisation du programme 9

Évaluation du programme 10

- Évaluation du processus 10
- Évaluation des résultats 11

Méthodes et outils en santé publique. 11

Indicateurs de santé 11

Les grands problèmes de santé évitables en France 12

Grands axes de l'épidémiologie 13

- *Épidémiologie descriptive* 13
- *Épidémiologie analytique* 14
- *Épidémiologie d'intervention et d'évaluation* 14

Les différents types d'enquêtes 14

- *Enquêtes exhaustives* 14
- *Enquêtes par sondage* 15
- *Enquêtes descriptives* 15
- *Enquêtes analytiques* 15

Le protocole de l'enquête épidémiologique 16

Caractéristiques et représentations des séries statistiques 16

Méthodes en éducation pour la santé 16

- Shannon 17
- Weiner 17
- Bertallanfry 17
- Étapes de la démarche d'éducation pour la santé 17

Méthode évaluative en milieu hospitalier 18

- Planification 18
- Réalisation 18
- Vérification 19
- Analyses des causes et mesures correctives 19

Bibliographie 20

Définitions et concepts.

1. La santé.

O.M.S. (1946) :

« État complet de bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité… correspondant aussi au développement optimal des capacités et aspirations d'un individu ou d'un groupe ».

U.N.I.C.E.F. (1984) :

« La santé n'est pas l'absence de maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture des droits et des libertés ».

La santé ne se résume pas à l'absence de maladie, elle concerne aussi bien les maladies que les dimensions sociales, psychologiques et religieuses.

La santé est donc une notion qui varie selon plusieurs facteurs :
- le secteur : biologique, social et psychologique,
- le moment,
- la perspective : façon dont l'individu se perçoit,
- l'environnement.

2. La santé publique.

Définition.

Les hommes et les maladies dont ils souffrent ne peuvent être isolés d'un contexte géographique, historique, social, culturel et politique. La santé publique introduit les dimensions d'organisation administrative, politique et économique. Elle évoque l'organisation de la santé tant individuelle que collective pour une collectivité, une population.

O.M.S. :

« La santé publique est la science de l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les maladies, enseigner les règles d'hygiène personnelle, organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, mettre en oeuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ».

C'est une approche collective et administrative de problèmes de santé d'une population, sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires et institutionnels.

La priorité de la santé publique est donc la protection de la santé de la collectivité. Faire de la santé publique, c'est laisser le rôle de décision et d'action aux professionnels de santé ; c'est discerner les besoins et les problèmes à partir de ce que vivent les gens, dans un environnement donné ; c'est penser les problèmes en termes d'effets et d'influences, d'interrelations dans la vie de la cité, en considérant les hommes qui y vivent, comme acteurs et partenaires à part entière de la santé.

Historique.

Au milieu du XIXème siècle, la population ne connaît ni l'hygiène ni les modes de propagation des infections.

La première préoccupation de la santé publique fût la prévention des maladies épidémiques. Afin d'influencer sur la durée de vie des populations, c'est en 1776 que la Société Royale de Médecine réalisa le premier recueil de données topographiques médicales. Puis, les années suivantes, de nombreux textes de loi furent votés : aide de l'État suivant le nombre d'enfants, lutte contre les maladies du bétail…

La période la plus importante fût sans conteste la Troisième République, dont le texte le plus important est la charte de l'hygiène publique de 1902 qui instaure une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal qui rend obligatoire vaccinations, déclaration des maladies infectieuses, désinfection des locaux, surveillance des eaux…

C'est aussi un an plus tôt que fût votée la loi du 14 Juillet 1901 instaurant une caisse de recherche scientifique à Louis Pasteur, faisant ainsi fonctionner cet établissement (Institut Pasteur) grâce aux fonds de l'État.

Dans la première partie du XXème siècle apparaît une multitude de préoccupations sociales et sanitaires : tuberculose, hygiène alimentaire, hygiène des lieux de travail, des prisons, de la scolarisation, prise en charge des personnes atteintes de problèmes psychologiques, prophylaxie des maladies infectieuses. Les grandes orientations actuelles reposent sur les décrets du gouvernement de Vichy et sur les ordonnances de la Libération.

Objectifs.

Toujours en référence à l'O.M.S., les objectifs de la santé publique se déclinent de la façon suivante :
- assurer l'égalité dans la santé en réduisant les disparités sanitaires entre pays ou entre catégories socioprofessionnelles,
- ajouter de la vie aux années en donnant aux individus les moyens d'une plénitude physique et psychique optimale,
- ajouter de la santé à la vie en diminuant la morbidité et l'incapacité,
- ajouter des années à la vie en luttant contre la mort prématurée.

3. Les politiques d'action.

Axes.

Les politiques de santé sont centrées sur deux axes différents :

Donner des années à la vie.

- la lutte contre les accidents de la route (imprudence, alcool),
- la diminution du taux de suicides (mise en place de lieux d'accueil, développement de structures déconcentrées),
- la lutte contre le Sida (limitation de la transmission, traitement précoce, information…),
- la lutte contre la mortalité infantile (suivi des femmes enceintes),
- la lutte contre la consommation d'alcool et de tabac (loi Évin).

Donner de la vie aux années.

- prise en charge de la dépendance,
- lutte contre la douleur,
- lutte contre l'exclusion,
- lutte pour l'amélioration de l'environnement.

Thèmes.

Le Comité National d'Orientation a retenu 15 thèmes de santé publique lors de la clôture des États Généraux de la santé le 30 Juin 1999 :

- Mieux naître en France,
- Jeunes et santé : préserver l'avenir par l'éducation à la santé,
- Jeunes et santé : préserver l'avenir par rapport aux conduites à risque,
- Le droit de vieillir,
- La santé et le cadre de vie, la santé et le travail,
- l'accès au soin,
- La santé par la prévention,
- Les soins : impératif de qualité,
- Les droits des usagers du système de santé,
- Le progrès médical : conséquences sur les pratiques et accès à tous,
- L'hôpital et la ville,
- Santé publique et santé mentale,
- La douleur et les soins palliatifs,
- Le cancer,
- Les maladies rares.

Démarches en santé publique.

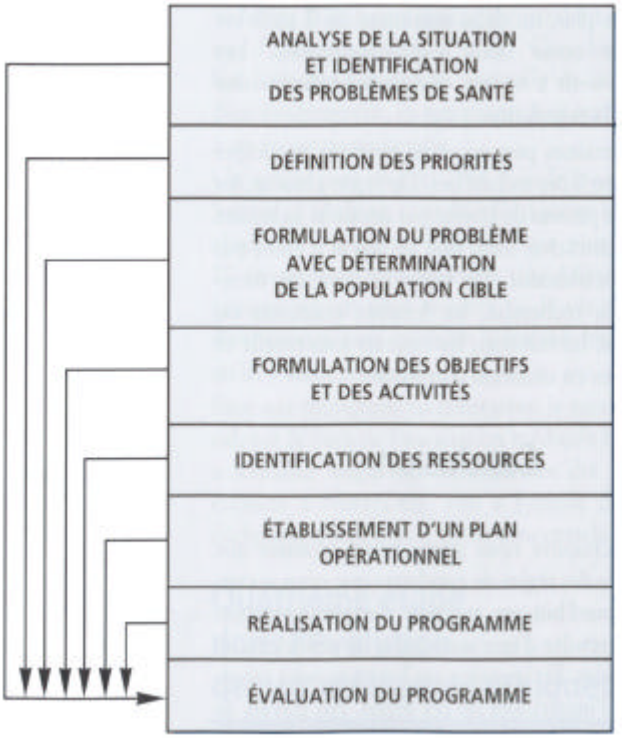
1. Analyse et identification des problèmes de santé.

C'est la première étape avant toute planification.

Elle tient compte de plusieurs facteurs :

- politiques,
- économiques,
- culturels,
- sociaux,
- attentes de la population.

L'analyse permet de préciser l'importance de la gravité du problème à considérer. Cette analyse nécessite la connaissance et l'utilisation d'indicateurs de santé ainsi que l'utilisation d'indicateurs d'activité économique.



Étapes de la planification de programmes en santé publique et communautaire.

Il existe quelques modèles de phrases «types» qui peuvent aider lors de cette étape :

- une action, dans quel but ?
- qui est l'instigateur ?
- qui est le demandeur ?
- quel est l'élément déclencheur ?
- une action, pour qui ?
- quel est l'environnement ?
- quels sont les obstacles et les résistances ?

L'adéquation besoins/demandes/réponses constitue par excellence un thème de recherche et d'action publique et communautaire.

2. Définition des priorités.

Une fois la situation à améliorer bien définie, il faut alors déterminer les priorités d'action. On peut alors utiliser un certain nombre de critères pour s'aider : la fréquence du problème, les populations les plus touchées, la gravité du problème, la sensibilité du problème face à une intervention, les ressources disponibles, la capacité à répondre à ce problème, l'importance accordée par la population à ce problème…

Parfois, on peut accorder une pondération à un certain nombre de critères par rapport à d'autres. On a la possibilité d'appliquer un coefficient plus fort au critère considéré comme le plus important (par l'État ou par les services de santé).

3. Formulation du problème.

Pour pouvoir formuler de façon adaptée et cohérente le problème, il faut s'être documenté suffisamment, posséder des données qualitatives et quantitatives sur le problème en question et ne pas oublier que la formulation du problème est directement liée à la population ciblée.

De plus, la détermination de la population cible est indispensable car elle constitue le dénominateur pour les mesures d'évaluation.

Celle-ci peut être définie en fonction de l'âge, du sexe, de la profession, du domicile… Cette étape demeure primordiale car elle permet de déduire la somme de travail à fournir ainsi que les moyens logistiques à mettre en place.

4. Formulation des objectifs et des activités.

La formulation de l'objectif prioritaire n'est qu'une partie du travail, en effet, il faut ensuite formuler les objectifs que l'on se propose d'atteindre.

Un objectif doit être pertinent, quantifiable et mesurable.

La population auprès de laquelle l'effet est attendu doit être précisée (population cible). Un objectif doit toujours refléter la notion de délai (temporalité). De plus, un objectif doit toujours rester réaliste (sans cela, il risque de perdre son intérêt auprès de la population considérée).

Il existe ici aussi quelques questions « types » qui peuvent aider :

- quel est le sens de cette action ?
- a quoi sert-elle ?
- quelle action faire et quel changement est-il possible d'envisager ?
- quelle situation nouvelle veut-on créer ?
- comment y arriver et dans quels délais ?

5. Identification des ressources.

Les ressources nécessaires, en terme de personnel, de matériel et de budget, seront déterminées en tenant compte des activités à mettre en œuvre et de la population cible.

On doit prendre alors plusieurs aspects en compte :

- aspects géophysiques (situation géographique, limites, superficie…),

- aspects socio-démographiques de la population (effectifs globaux, structures par âge et par sexe, taux de natalité, taux de mortalité, nombre de mariages, mouvements de la population…),

- aspects socio-économiques (ressources de la région, importance de la population rurale et urbaine, distribution de l'emploi…),

- aspects de l'aménagement de l'espace (habitat, logement, système d'assainissement, moyens de transports et de communication, impact et influence de l'information, débit de boisson, maisons de jeunes et de la culture…),

- aspects socioculturels (relations sociales, liens de solidarité, organisation politique, sexe et groupe social, croyances, valeurs, traditions, culture, types de familles, valeurs morales, distribution des rôles, personnes « leaders » au sein de la communauté…),

- aspects traditionnels, religieux, étatiques et professionnels (nombre et répartition des établissements scolaires et autres structures de formation, effectif global des élèves par sexe, âge, niveau d'étude…),

- aspects sanitaires (définir la politique de santé et sa mise en application aux différents niveaux, découpage des circonscriptions d'actions sanitaires et sociales, centres de protection maternelle, centres de soins, dispensaires, énumération des professionnels de santé, structures de santé mentale, équipement sanitaire et implantation (DDASS, DRASS, Conseil Général…), ouverture sanitaire de la population, habitudes alimentaires, hygiène, consommation, reproduction, comportement face à la mort, à la maladie et à la médecine…).

6. Établissement d'un plan opérationnel.

Ce plan doit décrire toute la procédure de mise en œuvre, du développement et du fonctionnement quotidien des activités. Il doit permettre à ses utilisateurs de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- qui fait quoi ?
- pour qui ?
- quand ?
- dans quel ordre ?
- avec quelles ressources ?

Il faut donc se créer un « tableau de bord » permettant à tout moment du programme d'avoir les outils de surveillance nécessaires au bon déroulement de celui-ci.

7. Réalisation du programme.

Il est plus prudent de vérifier sur un petit échantillon de la population choisie si le programme est opérationnel. Si l'on propose des objectifs de réduction des problèmes de santé, il est impératif d'organiser les conditions qui permettront aux professionnels et aux

structures de contribuer à la réalisation de l'ensemble des objectifs que l'on peut proposer aux individus afin d'améliorer leur état de santé.

Il ne faut pas perdre de vue que la démarche de santé publique comporte quatre axes majeurs, à savoir :

- structurer la politique de santé publique
- se donner les moyens de la mettre en œuvre
- faciliter la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de santé par l'amélioration des systèmes d'information et d'aide à la décision
- agir avec les individus, les milieux de vie et les professionnels qui sont à leur contact.

8. Évaluation du programme.

Selon le Petit Robert, c'est une notion de mesure, d'intérêt que l'on porte à quelque chose, à quelqu'un. C'est un regard mesuré sur la réalité.

Évaluer, c'est mesurer l'écart entre l'objectif initialement fixé et le résultat obtenu.

Un critère, c'est une dimension abstraite de l'objectif que l'évaluateur choisit de privilégier.

Un indicateur, c'est la concrétisation d'un critère ; les indicateurs quantifient et qualifient les critères, ils permettent de repérer les éléments concrets de la situation envisagée et précisent la capacité recherchée.

Pour évaluer le programme, il existe plusieurs moyens :

- les outils mathématiques et statistiques (qui permettent d'aligner des chiffres et d'en faire les commentaires nécessaires, tels que la variance, l'écart type, les fréquences cumulées, la régression linéaires…),

- les grilles d'observation (qui permettent des relevés en direct sur des faits précis),

- les guides d'entretien (utilisés en face à face lors, par exemple, d'entretiens annuels) ,

- les questionnaires d'évaluation.

Tous ces moyens sont à utiliser précautionneusement car en santé publique, l'avis des personnes avec qui vous travaillez est une donnée des plus importante afin de poursuivre le programme dans les meilleures conditions et dans l'axe le plus efficace et le plus important. Il ne faut donc pas hésiter à réajuster en tenant bien compte de toutes les modifications parallèles, autant aux niveaux partenaires que matériels et logistiques.

Évaluation du processus.

Elle va permettre de vérifier si les activités prévisionnelles ont été réalisées en tout ou en partie (information de la population, formation des personnels, supervision, gestion des ressources humaines, matérielles, financières…).

Évaluation des résultats.

Elle a pour but de vérifier que les objectifs du programme ont été atteints. Si les objectifs ont été atteints, on s'assurera si le résultat est globalement expliqué par le programme et évalué ou si d'autres paramètres sont intervenus en cours de programme.

Il est important de considérer deux facteurs : le premier prend en compte les modifications spontanées de la population, et le second prend en compte les interventions intercurrentes.

Méthodes et outils en santé publique.

1. Les indicateurs de santé.

Taux de natalité (pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre enfants nés vivants pdt une période donnée}}{\text{Nombre total de la pop. dans la même période}}$$

Taux de fécondité générale (pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre enfants nés vivants pdt une période donnée}}{\text{Nombre de femmes en âge de procréation}}$$

Taux de mortalité générale (brut pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre total de décès dans une période donnée}}{\text{Population totale au milieu de la même période}}$$

Taux spécifique de mortalité (pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre de personnes d'âge particulier décédées}}{\text{Population de cet âge au milieu de la même période}}$$

Taux de morbidité (brut pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre total de malades dans une période}}{\text{Population de la même période}}$$

Mortalité fœto-maternelle (pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an}}{\text{Nombre de naissances vivantes pendant un an}}$$

Taux de mortalité péri-natale (pour mille) :

$$\frac{\text{Nombre de mort-nés et décès de moins de 7 jours}}{\text{Naissances vivantes et mort-nés de la période}}$$

Taux d'incidence pour mille :

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une période}}{\text{Population au milieu de cette période}}$$

Taux de prévalence pour mille :

$$\frac{\text{Nombre de cas existants sur une période donnée}}{\text{Population à cette date}}$$

2. Les grands problèmes de santé évitables en France.

Baisse des maladies cardio-vasculaires.

C'est la première cause de mortalité en France. Cependant, elle a tendance, ces dernières années, à diminuer, passant de 204 416 décès à 176 000 en 1997.

Cette baisse est en rapport direct avec une meilleure prise en charge dans la surveillance du taux de cholestérol, du poids et de la tension artérielle. Elles représentent 16 % des motifs d'invalidité et 12 % des motifs d'hospitalisation.

Les tumeurs.

C'est la seconde cause de mortalité en France. En effet, le cancer tue de plus en plus en France, en particulier le cancer du poumon (20 525 décès en 1996). Notons que pour la proportion la plus importante des personnes atteintes par le cancer, il s'agit de cancers aéro-digestifs supérieurs (alcool et tabac).

Les suicides et tentatives de suicide.

On dénombre, à ce jour, 8000 morts en France avant 65 ans et au moins 100 000 tentatives de suicide par an. On remarque que la prise en charge des tentatives de suicide est bien réalisée, mais qu'il reste d'énormes améliorations à apporter au suivi afin d'éviter les récidives.

Les accidents.

C'est la troisième cause de mortalité en France : 1/3 représentent les accidents de la circulation, 1/3 représentent les suicides et 1/3 les autres traumatismes.

En revanche, on note que les accidents du travail sont en nette diminution depuis 1980.

Alcool, tabac et drogue.

Depuis 20 ans, la consommation d'alcool a diminué chez les deux sexes, mais on remarque une augmentation importante chez les jeunes et chez les adolescents (en France, 22 litres à 27 litres par an et par adulte de plus de 15 ans vers les années 1980).

Cette consommation excessive est responsable d'atteintes du système nerveux central, du système périphérique, d'atteintes hépatiques et cardio-vasculaires.

Le tabac tue 60 000 personnes par an. On note également une augmentation de la consommation chez les adolescents. Il reste le risque majeur des maladies cardio-vasculaires.

Pour ce qui est de la consommation de drogue dont il existe une palette très importante nécessitant des études poussées, on peut seulement dire qu'il y aurait 160000 héroïnomanes en France, dont seulement environ 30 000 ont recours aux soins.

Le Sida.

On estimait le nombre de personnes atteintes du Sida en 1998 à environ 20 000. Aujourd'hui, les chiffrent se tournent plus vers 60 000.

L'Hépatite B.

Selon l'O.M.S., c'est ici 3 % de la population mondiale qui serait touchée (soit 170 millions de personnes). En France, on estimerait le nombre de cas déclarés à 500 000 voir 600 000.

En bref, on peut simplement dire que 60 000 décès par an sont évitables dont 40000 en changeant nos comportements individuels et pour le reste en améliorant le système de Soins.

3. Les grands axes de l'épidémiologie.

Épidémiologie descriptive.

C'est l'épidémiologie descriptive qui fournit l'information de l'état de santé de la population. Elle étudie essentiellement la mortalité et la morbidité.

Ce type d'enquête va faire appel à la méthodologie des statistiques descriptives se basant tout particulièrement sur des paramètres de mesure de santé.

Actuellement, elle sert à établir au niveau national ou international une hiérarchie des problèmes de santé, apte à guider les choix médicaux ou politiques (implantation des hôpitaux, installation d'équipements lourds…).

Épidémiologie analytique.

Ce type d'enquête va établir la relation entre la maladie étudiée et d'autres facteurs, étiologiques ou concomitants.

C'est la recherche des causes des maladies, elle va se fonder sur l'observation de la concordance, au niveau des sujets, entre l'atteinte de la maladie étudiée et la présence (passée ou actuelle) du facteur considéré comme cause potentiel de la maladie.

Épidémiologie d'intervention et d'évaluation.

C'est l'évaluation épidémiologique des actions de prévention engagées pour lutter contre telle ou telle maladie : campagnes d'éducation pour la santé, de vaccination, de dépistage…

Nous pouvons rappeler que l'O.M.S. définit trois types de prévention :

- primaire : « tous actes destinés à diminuer l'apparition de nouveaux cas d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition des nouveaux cas »,

- secondaire : « tous actes destinés à diminuer le nombre de cas d'une maladie dans la population, en en réduisant l'évolution et la durée »,

- tertiaire : « tous actes destinés à diminuer les incapacités chroniques dans une population en réduisant au minimum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie ».

4. Les différents types d'enquêtes.

Enquêtes exhaustives.

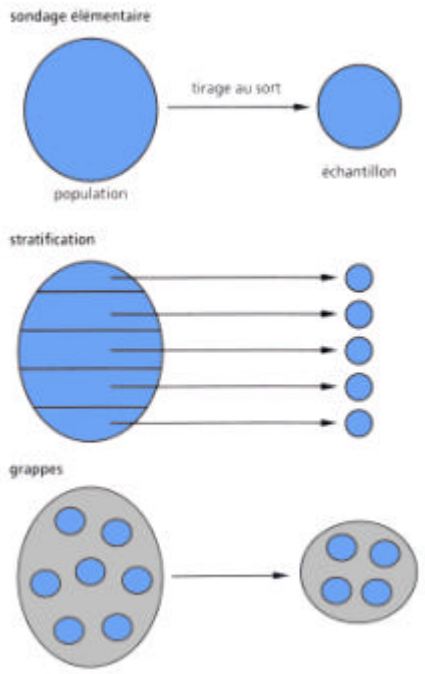
Ces enquêtes portent sur l'ensemble des individus de la population cible concernée. Compte tenu du nombre important d'individus, ces protocoles ne peuvent généralement recueillir que peu de données par sujet.

Il y a plusieurs types de documents et de règles permettant de réaliser ce type d'enquête :

- certificats de décès,
- maladies à déclaration obligatoire,
- certificats de santé obligatoires,
- registres de maladies (maladies professionnelles, registre de morbidité…).

Il ne faut pas oublier que pour qu'une enquête soit valide, la population cible doit être définie avec précision.

Enquêtes par sondage.



Les différents types d'enquêtes aléatoires

Il s'agit ici de réaliser l'étude sur une fraction de la population plutôt que la population entière.

En statistiques, le risque d'erreur est minime mais présent ; pour remédier à cela, il faut donc prioriser un large éventail de personnes à sonder (dans l'optique de la population cible).

Il existe plusieurs types de sondage :

- sondages aléatoires (tirage au sort des individus à sonder) à un seul degré ou à plusieurs degrés,

- sondages empiriques (choix des individus de sorte que l'échantillon obtenu ait la même répartition que la population pour une ou plusieurs variables de contrôle.

Enquêtes descriptives limitées dans le temps.

Elles constituent une vision précise à un moment donné de l'état de santé d'une population donnée. On peut cependant, afin de compléter l'information, mener une enquête transversale au préalable dans le but de déterminer la prévalence (nombre de cas d'une pathologie divisé par le nombre de personnes présentes dans cette population).

On pourra alors repérer plus facilement des maladies de longue durée. On peut également répéter plusieurs fois dans le temps ces enquêtes sur la même population afin de visualiser le type d'évolution dans le temps.

Enquêtes analytiques.

Leur principe est de recueillir sur chaque sujet des informations à la fois sur la maladie et sur son exposition au facteur étudié.

On peut aussi, dans ce cas, mettre en place des enquêtes transversales (à un jour donné) mais aussi des enquêtes de cohortes prospectives ou rétrospectives (cohorte désignant un ensemble d'individus ayant un évènement d'origine commun) pouvant être simplifiées (dans le cas d'une enquête rétrospective) par le recours à des enquêtes cas-témoin (comparaison d'un groupe atteint par la maladie étudiée et d'un groupe non atteint).

5. Le protocole de l'enquête épidémiologique.

L'enquête épidémiologique est organisée selon un protocole appelé « le protocole épidémiologique ».

Dans ce document, on doit trouver :

- l'objectif de l'étude (contexte et retombées en matière de santé publique),

- le type de l'étude (descriptive, analytique ou évaluative),

- le mode de sélection des unités d'étude (exhaustive ou par sondage),

- enquêtes prospectives (ou rétrospectives avec précision des critères de cohorte),

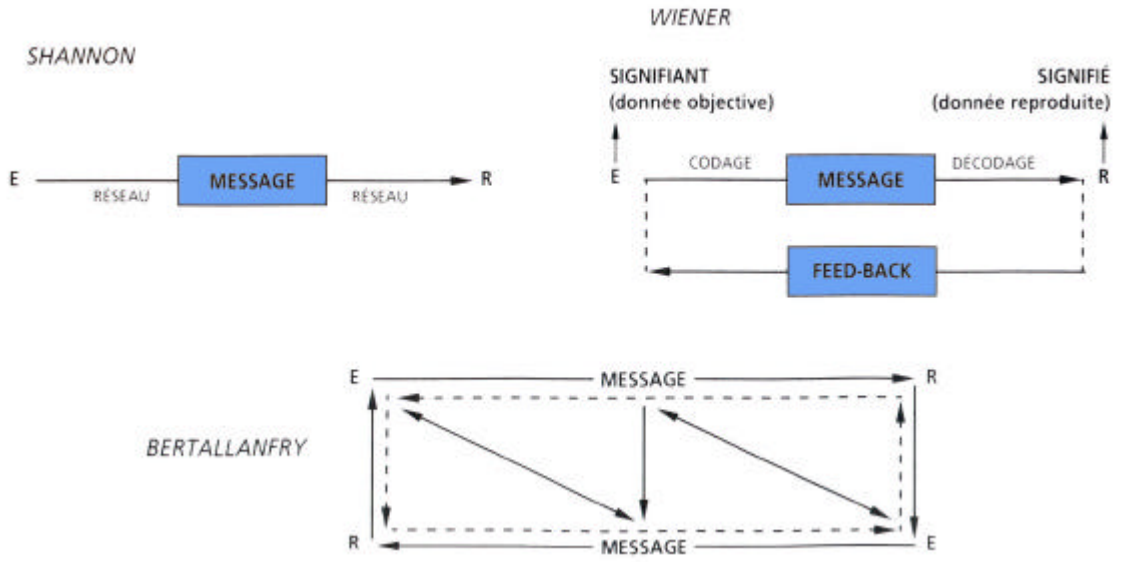
- le recueil de donnée (préciser le type d'étude).

Le protocole de l'enquête est un document essentiel qui guide pas à pas le déroulement de l'étude et doit a priori prévoir toutes les étapes et la plupart des évènements qui peuvent se produire. Le protocole contribue au respect pour l'ensemble des personnes participant à l'étude, des « bonnes pratiques » épidémiologiques et statistiques, qui garantissent la valeur des résultats obtenus.

6. Méthodes en éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé a pour objet d'aider les personnes à s'aider elles-mêmes et à travailler dans le but de créer des conditions plus saines pour tout le monde qu'ils « fassent, des choix sains, les choix les plus faciles ».

Dans l'éducation à la santé, c'est la communication qui est l'outil le plus important. Il en existe trois types :



Communication linéaire : Shannon.

- s'intéresse à l'acte verbal conscient et volontaire,
- centré sur l'analyse de contenu du message afin qu'il arrive à destination sans déformation majeure,
- seule compte l'efficacité technique (« donner un ordre »).

Communication circulaire : Weiner.

- la cybernétique décuple l'efficacité de la communication car elle utilise la rétroaction,
- les informations sur l'action en cours nourrissent en retour le système et lui permettent les corrections nécessaires pour atteindre son but,
- tout effet réagit sur sa cause .

Communication systémique : Bertallanfry.

- chaque élément est en interaction avec les autres.

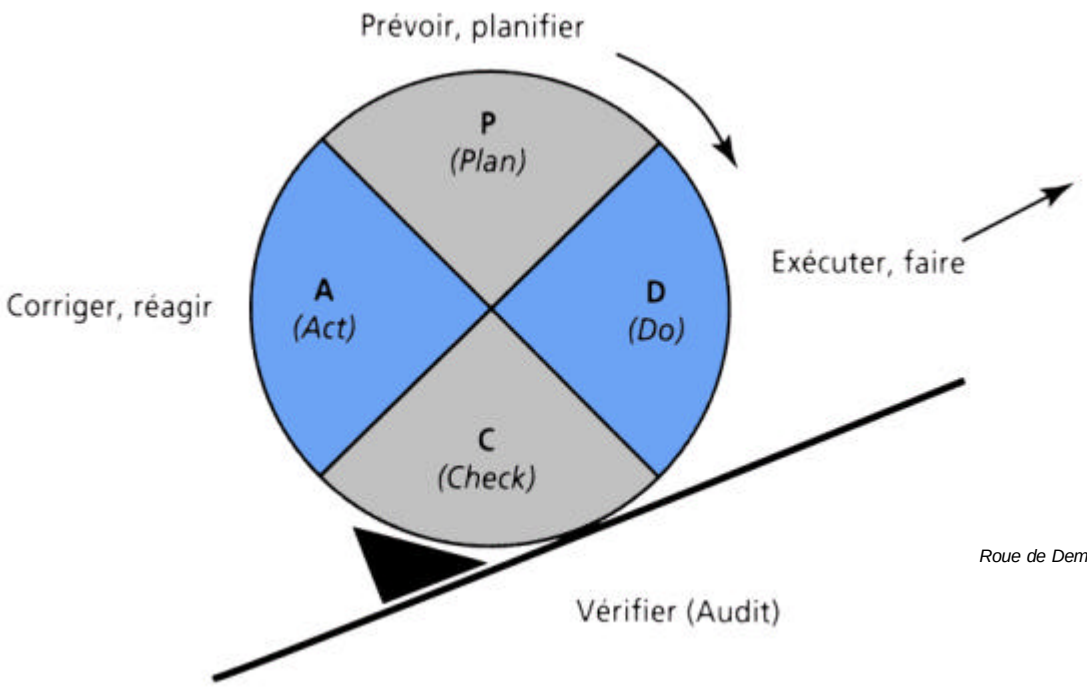
7. Les différentes étapes de la démarche d'éducation pour la santé.

PREMIÈRE ÉTAPE : DÉFINITION DU PROBLÈME	DEUXIÈME ÉTAPE : IDENTIFICATION DU PROBLÈME	TROISIÈME ÉTAPE : DIAGNOSTIC
DÉFINITION DU PROBLÈME : - situation géographique - importance du problème - détérioration de la qualité de vie - conséquences du problème - possibilité de solutions éventuelles - pourquoi cette intervention à visée éducative	IDENTIFIER : - les causes de nos comportements - les comportements à l'origine du problème - les comportements à prioriser - les comportements à modifier	MISE EN ÉVIDENCE DES INDICATEURS : - qui prédisposent, - qui facilitent, - qui maintiennent, de nouvelles attitudes vis-à-vis de la santé.

QUATRIÈME ÉTAPE : LES STRATÉGIES	CINQUIÈME ÉTAPE : ÉVALUATION
- interventions qui peuvent modifier les facteurs prédisposant - valoriser les nouvelles attitudes - utiliser des méthodes et des moyens pédagogiques adaptés aux publics concernés - favoriser la notion de contrat pédagogique	- évaluer les processus et les résultats à court, moyen et long terme

8. Méthode évaluative en milieu hospitalier.

Pour mettre en place une démarche d'évaluation dans un établissement de soin, il existe de nombreuses méthodes et outils.



Roue de Deming.

La planification (to plan).

Il faut ici définir les domaines ayant des contraintes réglementaires fortes et les changements brusques de certains indicateurs. Une fois que l'objectif de la démarche est clairement défini, il convient de choisir ou de réaliser un référentiel sur lequel l'équipe doit s'appuyer. Les méthodes de référentiel les plus courantes sont les conférences de consensus, les méthodes Delphi et la méthode des groupes nominatifs.

Quelles que soient les méthodes préconisées, toutes tendent en substance à aider à la prise de décision médicale consensuelle face à un problème, où différentes solutions semblent coexister.

La réalisation (to do).

Un bilan de l'existence concernant les pratiques ou processus dans le domaine ciblé doit être réalisé par les acteurs de terrain. Un fois les processus mis à plat, ils doivent être rédigés sous forme de procédures ou protocoles écrits. Les personnels du service doivent être formés à ces procédures et doivent les appliquer.

Ces procédures sont amenés à évoluer en fonction des pratiques, car elles doivent toujours refléter la réalité du terrain.

La vérification (to check).

La vérification de la réalisation de la qualité des soins peut se faire soit par des audits soit par l'utilisation d'indicateurs.

L'audit constitue la phase d'évaluation à proprement parler en permettant d'objectiver les écarts entre la réalité des pratiques, le référentiel, et les procédures ou protocoles écrits dans le service.

Il y a plusieurs types d'audit :

- audit interne : fait par des membres du service.
- audit externe : peut être fait par une entreprise extérieure.

Analyses des causes et mesures correctives (to act, to react).

Une fois l'étape de vérification réalisé, les résultats doivent être analysés en les confrontant à ceux du référentiel. Si des écarts sont mis en évidence, on tentera d'en rechercher les causes et de voir quelles seraient les modifications à apporter dans les services afin d'éviter ces écarts.

Il faudra toujours garder en mémoire que les écarts constatés, surtout s'ils sont généralisés, peuvent s'expliquer par le choix d'une norme (ou référentiel) irréaliste.

L'évaluation de la qualité des soins s'intègre parfaitement dans la démarche évaluative actuelle qui touche l'ensemble de notre système de soins. Cette démarche évaluative garantit d'une part une mise à jour de certaines connaissances, car toujours basée sur les données les plus récentes de la science, d'autre part elle assure aux professionnels de santé une revalorisation réelle de leur travail grâce à l'aspect pluridisciplinaire et à la vision transversale de ces démarches.

BIBLIOGRAPHIE

Animer et gérer un projet. L. Bellenger, M.J. Couchaere. ESF

Dictionnaire économique et social. P. Brémond, A. Gélédan. Hatier.

Dictionnaire Petit Robert. Le Robert, Paris, 1986.

Droit de la santé publique. J. Moreau, D. Truchet. Dalloz, 4e édition, 1998.

L'épidémiologie sans peine. M. Golberg. Éditions médicales Roland Bettex, Lausanne.

La santé en France. Rapport général, La Documentation Française, 1994.

Méthodes en épidémiologie. C. Rumeau-Rouquette, G. Bréart, R. Paoliea. Flammarion, 1995.

Règles essentielles des conventions de Genève et de leurs protocoles additionnels. CICR.

Santé publique et soins infirmiers. W. Hesbeen. Lamarre, 1996.