

PLAN
D'INTERVENTIONS
GLOBAL
A L'EGARD
D'UN PROBLEME
DE SANTE

Durbuy 1984

COLLECTION SANTE EDUCATION



COLLECTION SANTE EDUCATION



PLAN
D'INTERVENTIONS
GLOBAL
A L'**E**GARD
D'**UN** **P**ROBLEME
DE **S**ANTE

Durbuy 1984

COLLECTION SANTE EDUCATION



P I G E P S

Durbuy 1984

Collection SANTE EDUCATION

Ed. 1985

G.Reginster-Haneuse ; Faculté de Médecine, Université de Liège
D.Leclercq ; Institut de Psychologie et Sciences de l'Education,
Université de Liège

Sart-Tilman, 4 000 LIEGE

Le Séminaire PIGEPS Durbuy 1984 a été patroné par :

Sa Majesté La Reine

L'Organisation Mondiale de la Santé

La Direction Santé et Sécurité de la Commission des Communautés
Européennes

Le Ministère de la Santé Publique et de la Famille

Le Ministère de la Santé et de l'Enseignement
de la Communauté française

Le Commissariat Général aux Relations Internationales

L'Université de Liège

Comité organisateur du Séminaire

F. Bonnet

D. Leclercq

G. Reginster-Haneuse

G. Rorive

L. Simar

La présente publication a été préparée par

G. REGINSTER-HANEUSE et D. LECLERCQ

avec la collaboration de

M. Lacreman, L. Ravet, C. Theate, L. Dell'oste

Les dessins sont de M. Wathieu

Nous remercions le Comité national de Pédagogie Médicale de Tunisie qui, dans le cadre de la coopération inter-universitaire Liège - Tunis, nous a invités à étudier la méthodologie du PIGEPS et nous a permis de nous inspirer largement pour cette publication des documents mis au point par leurs services.

ERRATA

La matrice du Pigeys "La structure du col du fémur s'évite dès 40 ans" et celle du Pigeys "Les accidents domestiques par brûlures" ont été inversées : il faut donc permuter les pages 237-238 et 261-262.

Idem pour la matrice du Pigeys "Prévention de la mortalité et de la morbidité liées aux faibles poids de naissance" et celle du Pigeys "Comment améliorer le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle dans l'arrondissement de Liège?" : il faut également permuter les pages 293-294 et 317-318.

SOMMAIRE

	Pages
PREFACE	9
DEFINITION DU PIGEPS	15
BUTS DU PIGEPS	19
METHODOLOGIE	23
CONTRIBUTIONS	107
Le cancer bronchique, un modèle pour la prise en considération de la qualité de la vie dans le cancer ?	109
	P. BARTSCH P. MINET
Pauvreté et santé familiale : difficultés d'accès aux services de santé, communication, incertitude de la continuité des interventions.	145
	M. BORN V. HALLEY des FONTAINES A. SAND G. SCHABER
Dépistage du diabète.	163
	P. LEFEBVRE C. CABUT D. OLGIATI A. STROOBANT
Comment améliorer la communication entre le patient et le personnel de santé en milieu hospitalier ?	187
	M. MERCIER J. DELVILLE-MERCIER
Les accidents domestiques par brûlures.	215
	J. MICHEELS M. LAMY D. LECLERCQ F. BONNET
La fracture du col du fémur s'évite dès 40 ans.	247
	J. -Y. REGINSTER L. SIMAR P. FRANCHIMONT

ERRATA

La matrice du Pigeeps "La fracture du col du fémur s'évite dès 40 ans" et celle du Pigeeps "Les accidents domestiques par brûlures" ont été inversées ; il faut donc permuter les pages 237-238 et 261-262.

Idem pour la matrice du Pigeeps "Prévention de la mortalité et de la morbidité liées aux faibles poids de naissance" et celle du Pigeeps "Comment améliorer le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle dans l'arrondissement de Liège?" : il faut également permuter les pages 293-294 et 317-318.

PREFACE

Comment améliorer le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle dans l'arrondissement de Liège ?	269
G. RORIVE M. BENDRIDI C. BOURTON	
Prévention de la mortalité et de la morbidité liées aux faibles poids de naissance.	301
J. SENTERRE F. VORST Ph. DE WALS B. BAWIN	
Prévention de carie dentaire due à l'alimentation chez les écoliers.	325
A. TRICHOPOULOU	
Infarctus du myocarde à Gand : optimiser à court et à long terme la prévention, le traitement et la réadaptation.	343
K. VUYLSTEEK G. DE BACKER M. VERLINDEN	

La santé est reconnue comme un droit fondamental de l'homme. C'est entendu ! Ce droit est même garanti par les nations, dont le système politique, généralement, prévoit, répartit et organise les biens et les services de sorte que l'ensemble de leurs citoyens puissent en jouir équitablement.

Tout le monde est d'accord là-dessus ; cependant, ce consensus universel ne clarifie pas pour autant la répartition des prérogatives dans la gestion de la santé. On assiste même à une ambiguïté lorsque, d'une part, on espère que les pouvoirs centraux régleront et organiseront les systèmes de santé pour garantir ce droit à tous et que, parallèlement, on incite les consommateurs et les pourvoyeurs de services de santé, au niveau périphérique, à se montrer actifs pour faire valoir ce droit.

Qui fait quoi ? Jusqu'où doit aller l'intervention du pouvoir central dans la gestion de la santé des populations ? A partir de quand ces populations doivent-elles assumer des responsabilités pour participer à la gestion de leurs propres affaires de santé ?

Une des gageures de notre temps pour l'avenir des systèmes de santé n'est-il pas de trouver un moyen terme, propre au contexte socio-politique du pays, entre le pouvoir centralisateur et la participation à l'échelon local ? C'est dans la perspective de ce compromis que se situe le PIGEPS, un acronyme pour " Plan d'Interventions Global à l'Egard d'un Problème de Santé ".

Un PIGEPS ? Qu'est-ce que c'est ?

C'est un exercice abrégé de programmation sanitaire. Cet exercice est proposé, au cours d'un séminaire résidentiel de 3 à 4 jours, à un groupe de professionnels de la santé de diverses spécialités, enseignants, chercheurs, praticiens, leur permettant de réfléchir en termes de politique de santé et d'envisager les interventions souhaitables - et possibles - de nature pluridisciplinaire pour la résolution d'un problème de santé. La population pour laquelle un PIGEPS est décrit est celle d'une communauté relativement restreinte : une ville, un district, un arrondissement, etc. La connaissance des caractéristiques, des besoins et des ressources de cette population est essentielle.

Le PIGEPS, s'il conduit à la formulation d'un projet de santé, en principe bien charpenté dans sa conception théorique, doit tout autant être rigoureux sur le plan de la préparation à la réalisation pratique. Car, il s'agit en fait d'une gageure que d'accommoder et de mobiliser à la réalisation de ce projet les différents protagonistes évoluant au niveau local, qu'ils soient consommateurs ou bien pourvoyeurs des services de santé, tant sur le plan de leurs aspirations que de leurs engagements respectifs.

Je pense que c'est une gageure, certains diront une utopie !

A côté de cet essai d'harmonisation existe une autre gageure, celle d'intégrer des initiatives d'actions sanitaires cohérentes et globalisantes prises au niveau décentralisé, comme l'approche du PIGEPS l'entend, dans le contexte plus large du système national de santé et des traditions en cours.

Autrement dit, y a-t-il de l'avenir pour ce type d'initiatives ? La réponse est positive !

Sous la pression de facteurs socio-politiques, et également économiques, il faut s'attendre à ce que les communautés locales trouvent un intérêt croissant à disposer de leurs propres ressources d'une façon correspondant mieux aux exigences de leur cadre de vie. Ceci devrait se vérifier, par ailleurs, pour des projets de santé comme pour des projets d'autre nature. N'est-ce pas aussi un témoignage de l'évolution du processus démocratique impliquant les communautés locales dans la maîtrise de leur propre destin ? Evidemment, un projet réussi au niveau local, décentralisé, peut être répliqué, étendu et pourquoi pas généralisé s'il sied à la communauté nationale. De plus, et sans doute, les organismes de financement s'intéresseront-ils aussi à l'expérimentation de modèles alternatifs de dispensation des soins, agissant sur l'ensemble des déterminants de la santé et mobilisant efficacement les ressources déjà existantes dans la communauté, sans exiger d'investissements nouveaux !

Et les Universités là-dedans ? Et les Facultés de Médecine ? Les Facultés de Médecine, dans leur grande majorité, reconnaissons-le, ont préparé le futur médecin à analyser les mystères de la vie jusque dans la minutie ; il en est résulté l'émergence d'une pléiade de spécialités et d'hyperspécialités, sectorisant l'organisme humain en un puzzle artificiel : médecine d'organes, médecine de tissus, médecine d'atomes...

Evidemment, l'homme avec ses problèmes ne répond pas à cette taxonomie artificielle. La santé, comme la maladie, est l'expression d'un faisceau d'événements dont certains ont pour cause des mécanismes de nature purement biologique, mais d'autres - peut-être la plupart - relèvent de déterminants psychologiques, moraux, éducatifs, culturels, économiques.

Or, reconnaissons aussi que cette vision globale de l'homme dans son cadre de vie nous est assez étrangère, sinon du point de vue conceptuel, du moins dans ses implications pratiques. Formé intensément à l'analyse fine des phénomènes, le médecin n'est pas bien armé pour des appréciations synthétiques, replaçant l'homme total dans son milieu ; il suit en cela l'enseignement et l'exemple prodigués par sa faculté de Médecine.

C'est à l'Université, donc aussi à la Faculté de Médecine, que revient la mission, trop timidement assurée à ce jour, de comprendre et d'indiquer comment résoudre les problèmes de société dans leur intégralité et leur complexité technique. Le PIGEPS est une forme d'expression vers cet universalisme, en l'occurrence, en envisageant une coordination multidisciplinaire des actions de santé.

La lecture du PIGEPS, dans son exposé méthodologique comme dans les propositions d'application pratique qui suivent, incitera peut-être le lecteur à dire "Et après ?" Effectivement, et après ?

Pour qu'une action multidisciplinaire au niveau décentralisé, prenant en charge de façon globale une population à l'égard d'un problème de santé, puisse s'institutionnaliser, des changements sont nécessaires ! Des changements importants même !

Vous vous interrogerez sûrement comme suit : " Le médecin d'aujourd'hui est-il préparé à assumer un rôle de coordonnateur des actions de santé, de manager moderne de la santé ? Les programmes de formation médicale ne devraient-ils pas être revus pour mieux satisfaire les besoins actuels et futurs de notre société ? Les enseignants, les chercheurs et l'institution même de la Faculté de Médecine ne devraient-ils pas revoir de façon plus critique leur rôle social ? N'y a-t-il pas un effort d'anticipation à faire sur l'avenir de notre société et sur l'évolution des systèmes de santé pour rendre plus pertinentes nos actions actuelles et nos investissements en énergie ? "

Toutes ces questions sont valables ! On ne devrait pas les laisser trop longtemps sans réponse !

Mais arrêtons-là nos élans et revenons à de plus modestes préoccupations, peut-être à l'amorce de réponse à ces questions, au PIGEPS...

La Faculté de Médecine de Liège, en Belgique, en prenant l'initiative d'organiser un séminaire PIGEPS à l'intention de participants belges et européens, témoigne d'un souci de réflexion prospective sur la façon de conduire des actions de santé de l'avenir et d'une disposition à engager son potentiel à innover en matière de formation médicale et d'organisation de la santé publique.

Voilà une initiative et une première qui ne devraient pas laisser indifférentes ses consœurs Facultés de Médecine de Belgique et d'ailleurs, et qui pourraient, espérons-le, les contaminer du même désir.

Bravo ! Le séminaire de Durbuy aura alors été le prélude d'une heureuse contagion !

Charles BOELEN

DEFINITION DU PIGEPS

Le Plan d'Interventions Global à l'Egard d'un Problème de Santé (ou PIGEPS) est un document décrivant les principales mesures tendant à résoudre ou à atténuer un problème de santé donné, dans une communauté comptant entre 25 et 50 000 habitants.

L'exercice de formulation d'un PIGEPS est assimilé à l'approche de résolution de problème et est, par conséquent, systématisé en 3 étapes :

- D'abord, une connaissance des caractéristiques biologiques et épidémiologiques du problème pour apprécier son influence sur l'état de santé d'une population.
- Ensuite, une étude des interventions possibles à l'encontre de ce problème de santé en vue de rechercher une coordination rendant plus efficace un plan de lutte.
- Enfin, une préparation à la réalisation pratique de certains objectifs de santé, en tenant compte des conditions prévalentes dans la communauté.

BUTS DU PIGEPS

L'exercice de formulation d'un PIGEFS vise les buts suivants :

1. Opportunité offerte aux personnels de diverses disciplines de la santé de REFLECHIR en TERMES de POLITIQUES et de PROGRAMMES de SANTE et, en conséquence, de situer et d'intégrer leurs activités professionnelles spécifiques dans le cadre plus général d'un service de santé proposé à une population.
2. Ebauche d'un PROGRAMME COHERENT d'ACTIONS pour la résolution ou l'atténuation d'un problème de santé affectant une population, par une meilleure coordination des interventions des différents partenaires de l'action sanitaire.
3. Elaboration d'un dossier susceptible de servir d'AIDE à la DECISION pour une ADMINISTRATION SANITAIRE soucieuse, au niveau central comme au niveau décentralisé, de répondre aussi efficacement que possible aux besoins de soins de santé prioritaires de la société.
4. Incitation des Facultés de Médecine et autres institutions à participer plus concrètement à la RESOLUTION des PROBLEMES de SANTE, en particulier :
 - par la réactualisation des études médicales ;
 - par une promotion de la recherche épidémiologique ;
 - par une implication dans des activités de soins de santé primaires ;
 - par la relance de la formation médicale continue.

Le PIGEFS N'EST EN AUCUN CAS un substitut pour un programme de santé proprement dit qui, lui,

- est fondé sur une évaluation quantitative et fine des besoins de santé ;
- repose sur des objectifs spécifiques de performance, et
- prévoit une allocation précise des moyens pour atteindre ces objectifs.

METHODOLOGIE

PAR CONTRE, le FIGEPS EST un document succinct :

- contenant les lignes maîtresses et quelques recommandations pratiques pour une action pertinente à l'égard d'un problème de santé ;
- il est élaboré par un professionnel de la santé ne possédant pas nécessairement une expertise en épidémiologie, ni en planification ou gestion sanitaire.

Alors qu'un plan national (régional) de santé donne des orientations générales pour un développement sanitaire cohérent propre à toucher l'ensemble des citoyens d'une nation (région) au sujet d'une liste, en principe, non limitative des problèmes de santé, le FIGEPS est l'expression d'un souci de répondre à des besoins de santé spécifiques pour une population circonscrite de faible ou de moyenne importance.

Au courant de haut en bas proposé par la planification nationale (régionale), le FIGEPS répond par un courant de bas en haut. Ces deux courants se complètent, le FIGEPS étant une méthodologie appropriée pour déterminer des priorités ressenties et mobiliser concrètement les ressources existantes au niveau périphérique.

Il pourra, suivant l'exploitation que l'on voudra en faire, servir :

- soit, dans tous les cas, de GUIDE à la REFLEXION pour CLARIFIER, à partir d'un problème concret, les concepts de prise en charge globale de la santé d'une population circonscrite dans un territoire donné.
- soit, dans le meilleur des cas, d'AMORCE à une VOLONTE d'ENTREPRENDRE une action concrète de lutte contre un problème de santé dans une communauté.

C'est, bien entendu, à cette dernière fin que l'on souhaiterait voir aboutir l'exercice de formulation d'un FIGEPS. Les meilleures chances d'y aboutir seraient réunies si les 5 phases suivantes étaient respectées.

5 phases de réalisation d'un PIGEPS

Phase 1 - Sélection des participants à un séminaire-atelier sur le PIGEPS

Phase 2 - Etude préalable

Phase 3 - Le séminaire-atelier proprement dit

Phase 4 - Publication des PIGEPS

Phase 5 - Application sur le terrain

■ Phase 1 - SELECTION des PARTICIPANTS à un SEMINAIRE-ATELIER sur le PIGEPS

Seront invités à participer à un séminaire-atelier de formulation d'un PIGEPS, ceux et celles qui se sont déjà familiarisés avec la planification par objectifs ou ceux et celles qui montrent une motivation particulière à la pratique de la médecine communautaire.

Parmi les participants, qui seront au nombre de 30 à 40, pourront figurer des enseignants ou chercheurs des Facultés de Médecine et des écoles de santé ainsi que des cadres praticiens ou administratifs de la santé publique.

■ Phase 2 - ETUDE PREALABLE

Une fois sélectionnés, les futurs participants à un séminaire-atelier recevront le document de travail contenant les instructions pour la formulation d'un PIGEPS.

Ils devront, préalablement au séminaire, faire une étude dans le but de définir précisément le problème de santé à traiter et de le documenter par des informations épidémiologiques et statistiques. Ils suivront pour cela les instructions de la première partie du document de travail, de la page 30 à la page 60. Enfin, ils liront attentivement, au moins une fois, l'ensemble du document de travail.

Canevas pour l'élaboration d'un PIGEPS

Le document de travail qui suit répond à un canevas composé de trois parties :

	Pages
I. <u>Première partie - Le PROBLEME de SANTE</u> ("De quoi s'agit-il ?")	29
I.1 Choisir un problème de santé	30
I.1.1 Critères pour définir un problème	31
I.1.2 Critères pour accorder une priorité à un problème	33
I.2 Evoquer les causes du problème	40
I.3 Décrire la population exposée	52
II. <u>Deuxième partie - Les INTERVENTIONS</u> ("Qu'y a-t-il à faire ?")	61
II.1 Proposer une liste des interventions	61
II.2 Proposer une liste des intervenants	61
II.3 Décrire les rôles	80
III. <u>Troisième partie - La PROGRAMMATION</u> ("Comment le faire ?")	85
III.1 Evaluer la faisabilité	85
III.2 Proposer un tableau de programmation	93
... Si vous désirez connaître plus précisément le contenu du document voyez le RAPPEL des INSTRUCTIONS aux auteurs du PIGEPS, page 101	
... Si vous désirez approfondir un sujet, consultez la BIBLIOGRAPHIE, page 102	

Phase 3 - Le SEMINAIRE-ATELIER PROPREMENT DIT

Les séminaristes seront rassemblés pendant 4 jours loin de leur lieu habituel de travail. Ils travailleront seuls ou par petits groupes à la formulation de leur PIGEPS.

Une journée est consacrée respectivement à la définition du problème (au sujet duquel une documentation aura été rassemblée avant la tenue du séminaire - voir phase 2), à l'inventaire des interventions et à la programmation. Au terme de chaque journée, les séminaristes auront élaboré un texte, en suivant les instructions du canevas d'élaboration d'un PIGEPS (voir le rappel des instructions, à la page 101). Après avoir été visés par une équipe d'animateurs et discutés en séances plénières, ces textes seront photocopiés et échangés entre collègues séminaristes, de sorte que l'expérience des uns profite aux autres.

Une dernière journée est prévue pour donner une présentation cohérente et finalisée du document.

Phase 4 - PUBLICATION des PIGEPS

Les PIGEPS rédigés au cours du séminaire seront revus et complétés par leurs auteurs dans le mois qui suit. Ils seront ensuite réexaminés par un comité de lecture, qui donnera son agrément pour leur publication sous forme de monographie.

Ces contributions pourront ainsi servir de références, soit à titre méthodologique pour ceux qui seraient amenés à faire un exercice semblable de formulation, soit à titre de modèle prêt à induire une application pratique sur le terrain.

Phase 5 - APPLICATION sur le TERRAIN

Les PIGEPS seront enfin utilisés par les auteurs eux-mêmes ou par des représentants de l'administration sanitaire, dans des zones d'application définies à l'avance. Bien entendu, des contacts préliminaires auront été pris dès le stade 2 pour que les conditions indispensables d'acceptation et de participation des partenaires à la réalisation du PIGEPS sur le terrain soient réunies dans les délais souhaités.

I. PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DE SANTE

Comme tout ce qui semble aller de soi, cette partie peut sembler superflue à ceux qui maîtrisent toutes les données relatives à un problème de santé.

Elle a cependant son importance car elle aide :

1. à choisir, parmi les problèmes de santé affectant une population, celui ou ceux qui méritent d'être retenus prioritairement.
2. à préparer méthodiquement une lutte cohérente et globale contre le problème de santé retenu, après en avoir révélé toutes les caractéristiques.

Dans cette partie, on demandera à l'auteur du PIGEPS :

1. de CHOISIR un PROBLEME de SANTE
à partir des critères retenus pour :
 - définir un problème
 - accorder une priorité au problème
2. d'EVOQUER les CAUSES du PROBLEME
sur lesquelles il pense pouvoir agir, en illustrant au besoin leur enchevêtrement et leurs effets sur :
 - l'histoire naturelle du problème de santé
 - le modèle épidémiologique
 - le portrait-robot de la personne touchée
3. de DECRIRE succinctement la POPULATION EXPOSEE
au problème de santé
 - dans ses aspects démographiques
 - dans ses aspects épidémiologiques

● AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

Cette première partie sera exécutée avant la tenue du séminaire.

Le travail de la première journée du séminaire consistera essentiellement à présenter, suivant les instructions du canevas, des informations déjà collectées auparavant.

I.1 CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

Un " problème de santé " est défini comme toute cause ou toute menace d'altération de l'état de santé, considérant la définition universelle de la santé, entérinée par l'OMS, d'un " état de bien-être physique, moral et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ".

Suivant cette définition, sont considérés comme " problèmes de santé ",

non seulement : le diabète, l'hypertension artérielle, la fièvre thyphoïde ou les brûlures chez l'enfant, par exemple,

mais aussi : le régime alimentaire hypercalorique, le tabagisme, l'isolement du vieillard, le manque d'hygiène bucco-dentaire,...

ou encore : le stress dans la vie quotidienne, les conditions déficientes de conservation des aliments, la dégradation des rapports entre le médecin et le malade, l'encombrement des services de santé périphériques, la surconsommation médicamenteuse, etc.

Les problèmes ainsi présentés apparaissent sous un angle négatif pour la santé, ceci par pure convention et de façon à couvrir sous le même vocable les maladies, les accidents ainsi que les risques conduisant aux affections. Sans quoi, effectivement, la question : " Régime alimentaire hypercalorique " pourrait être transformée en : " Promotion d'un régime alimentaire équilibré ".

A partir de maintenant, peut-être avez-vous quelques " PROBLEMES de SANTE " à l'esprit qui pourraient faire l'objet d'un PIGEPS !

Soumettez- les aux 2 listes de critères suivants :

- Critères pour définir un problème et
 - Critères pour accorder la priorité à un problème.
- Ensuite, retenez le problème de santé qui répond le mieux à ces critères.

AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS !

1. Les critères ci-dessous sont proposés à titre indicatif, pour guider votre choix entre plusieurs problèmes de santé. D'autres critères pourraient être considérés suivant le contexte socio-économique dans lequel le PIGEPS sera appliqué.
2. L'exercice de réflexion proposé de la page 31 à la page 39 n'exige aucune recherche documentaire particulière. Cependant, vous pourriez vous assurer de la pertinence des réponses en demandant avis auprès de personnes averties.
3. Dans la rédaction de votre PIGEPS, vous justifierez le choix d'un problème de santé en faisant ressortir succinctement les points forts apparaissant dans les 2 listes de critères.

I.1.1 Critères pour DEFINIR un problème

Assurez-vous que les PREALABLES suivants sont acquis avant de retenir un problème de santé comme sujet d'un PIGEPS.

I.1.1.1 Avoir défini un problème de santé en termes spécifiques

Le problème de santé sera présenté en termes suffisamment clairs et précis, sous forme d'un titre ou d'une phrase, pour que les futurs partenaires d'un programme d'action puissent comprendre, au moins dans leurs grandes lignes, la somme d'investissements et d'efforts qui seront consentis.

Exemple : Le problème : " Empoussiérage de poumons des travailleurs dans les mines de charbon du bassin liégeois " est bien exposé par rapport à une dénomination plus vague, telle que : " Pneumopathies d'origine professionnelle pour les ouvriers de la région du Centre ".

I.1.1.2 Avoir une expertise du sujet

L'auteur d'un PIGEPS devrait nécessairement avoir une maîtrise de certaines données fondamentales relatives au problème de santé envisagé, dans le domaine clinique (médecin spécialisé en sciences cliniques) et dans le domaine épidémiologique (médecin spécialisé en santé publique). S'il ne possède pas toutes les données nécessaires dans ces 2 domaines, il s'associera à un collègue aux compétences complémentaires.

Exemple : Le néphrologue, spécialiste de l'hypertension artérielle cherche une collaboration avec un médecin de la santé publique ayant une expérience dans la surveillance des malades chroniques pour une population donnée.

De même, un médecin directeur régional de la santé, rompu à la planification des services de santé pour les populations rurales, s'associera au pédiatre pour mettre en route un programme de lutte contre la déshydratation chez le nourrisson.

I.1.1.3 Avoir envisagé l'action pluridisciplinaire

Le plan d'interventions global cherche, par définition, à résoudre des problèmes de santé en mobilisant toutes les ressources disponibles dans une communauté, qu'elles soient de nature sanitaire ou extra-sanitaire. L'auteur du PIGEPS reconnaîtra un rôle dans la lutte contre le problème à d'autres disciplines que la science médicale et envisagera dès maintenant leurs contributions respectives.

Exemple : La lutte contre la fièvre typhoïde appelle l'intervention de cadres relevant de différents secteurs : médecins cliniciens, services de santé publique, services de distribution d'eau...

Autre exemple : La prévention du suicide chez l'adolescent et le jeune adulte (troisième cause de mortalité entre 15 et 25 ans dans certains pays) nécessite l'action coordonnée de sociologues, psychologues, psychiatres, éducateurs et médecins de famille.

I.1.1.4 Avoir perçu la dimension communautaire

Il s'agit d'avoir conscience des répercussions qu'une lutte organisée à l'égard d'un problème de santé peut entraîner :

- sur le plan des nouvelles responsabilités à supporter par les professionnels de la santé et
- sur le plan des nouvelles exigences qui seront peut-être formulées par les citoyens ou les consommateurs potentiels.

Exemple : Une action en faveur d'une catégorie de handicapés (sourds-muets, ou aveugles, ou paraplégiques, ...) ne devrait pas être déclenchée sans reconnaître le caractère nécessairement associatif de l'entreprise (participation des différents groupements, y compris le bénévolat).

Avant d'aller plus loin...

Présentez en quelques mots le problème de santé retenu et vérifiez à l'aide de la grille ci-dessous l'opportunité du choix.

Si vous totalisez au moins 9 sur 12, poursuivez l'exercice, sinon, proposez un autre problème de santé !

Le problème de santé retenu pour le PIGEPS sera :

A. Le problème de santé a été DEFINI en TERMES spécifiques (*)

B. Il existe une EXPERTISE du sujet

C. Une ACTION PLURIDISCIPLINAIRE a été envisagée

D. La DIMENSION COMMUNAUTAIRE a été perçue

TOTAL

* Accordez-vous 3 points si l'appréciation est "résolument oui"
2 points si l'appréciation est "oui"
1 point si l'appréciation est "peut-être"
0 point si l'appréciation est "non"

I.1.2 Critères pour ACCORDER une priorité à un problème

Il s'agit de faire une analyse succincte des priorités en sachant que, dans le domaine sanitaire, les besoins dépassent largement les moyens.

- Quand faut-il retenir un problème, quand faut-il le rejeter ? (1) (■)
- Le problème de santé que vous avez retenu est-il une priorité ? (2)

La réponse à ces questions n'est pas simple.

La liste des critères ci-après devrait aider à faire la part des choses ! Sans pour autant avoir à sa disposition des réponses statistiques élaborées aux questions posées, on s'appliquera à répondre aux questions en connaissance des faits et à partir de données aussi fiables que possibles.

I.1.2.1 Le problème retenu est-il courant ?

Donnez des indications sur la fréquence du problème :

- incidence (nombre de nouveaux cas apparaissant au cours d'une période donnée dans une population donnée),
- prévalence (nombre total de cas nouveaux et anciens relevés à un moment donné, proportion de la population touchée),
- étendue d'un risque apprécié par voie d'enquête ou sondage d'opinion, etc.

Exemples : - L'hypertension artérielle frappe 6 à 8 % de la population en-dessous de 50 ans.

- Le nombre d'accidentés de la route a doublé en 5 ans.
- L'intoxication médicamenteuse est la deuxième cause d'hospitalisation, à tout âge.
- On compte en moyenne une brûlure grave par semaine pendant les mois d'hiver chez les nourrissons.
- La pollution atmosphérique est devenue notoire par les traces de poussière laissée sur les constructions.
- Les cas de délinquance juvénile occupent maintenant en priorité les unités de police communale.

I.1.2.2 Le problème entraîne-t-il des suites graves pour l'état de santé ?

Le problème retient d'autant plus l'attention qu'il provoque une altération profonde de l'état de bien-être physique, moral et social, entraînant soit des séquelles invalidantes ou un décès à plus ou moins brève échéance.

Exemples : (Notez que les exemples de la rubrique précédente sont repris)

- L'hypertension artérielle doit être traitée la vie durant, elle est un facteur favorisant pour un certain nombre de maladies, en particulier les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité, tous âges confondus.

La plupart des accidents de la route sont graves et se soldent par des handicaps physiques ou des morts.

- 10 % des admissions hospitalières sont dus à des intoxications médicamenteuses : ingestion accidentelle chez les enfants, surdosage ou vice de médication chez l'adulte, tentatives de suicide à tout âge. Ces dernières sont particulièrement préoccupantes : elles sont récidivantes, surviennent chez un public de plus en plus jeune et sont révélatrices de problème de transculturation.

Les brûlures chez les nourrissons sont toujours graves et entraînent, suivant les degrés, un décès, souvent des séquelles fonctionnelles et toujours des cicatrices disgracieuses, elles-mêmes porteuses de trouble psychologique à la vie adulte.

La gravité de la pollution atmosphérique est estimée directement par l'augmentation des troubles chez les malades souffrant de pneumopathie chronique, elle est aussi un signe révélateur de la dégradation de la qualité de la vie.

- A côté du nombre et de la nature des délits qu'elle occasionne (violences corporelles, effractions, atteinte à la moralité, etc.), la délinquance juvénile peut hypothéquer l'intégration sociale d'une génération d'adultes.

I.1.2.3 Le problème touche-t-il des populations défavorisées par ailleurs ?

On considérera en priorité des problèmes venant se surajouter sur des conditions de vie difficiles ou sur d'autres risques pour la santé.

Exemples : - Des infections streptococciques survenant préférentiellement dans des populations au niveau de vie modeste et se compliquant en rhumatismes articulaires aigus et en glomérulonéphrites.

- Le tabagisme accroît sérieusement le risque de cancer bronchique chez des populations d'ouvriers déjà exposés à l'inhalation de poussières dans le cadre professionnel (fibres d'amiante, particules de silice, charbon, ...).

- Les gastro-entérites et le risque de déshydratation aiguë des nourrissons dans les familles au niveau socio-économique bas, menacés par ailleurs de carences nutritionnelles et d'infections liées à l'absence d'hygiène.
- Le manque de véritable dialogue entre le malade et le médecin, étant donné l'engorgement des dispensaires ou des cabinets et le manque de disponibilité ou de motivation d'un praticien tirailé par des incitations diverses, affecte particulièrement les groupes et les personnes mal préparées à prendre une part active dans la préservation et le rétablissement de leur santé.

I.1.2.4 Existe-t-il une technologie et les moyens propres à résoudre le problème ?

C'est la question de la disponibilité de moyens d'intervention efficaces, d'une façon générale, au niveau universel et aussi, d'une façon particulière, au niveau local, en ce qui concerne l'acquisition et l'utilisation de ces moyens dans la communauté considérée. Doit être également considérée ici, la capacité des services existants de participer efficacement, avec les moyens dont ils disposent, aux actions envisagées.

Exemples : - Tous les moyens existent pour dépister le diabète en milieu scolaire. Ces moyens sont d'un coût abordable, d'un maniement aisé, inoffensifs et largement distribués dans les services de santé. De plus, le traitement et l'éducation des jeunes diabétiques ne devraient pas poser de problèmes technologiques majeurs. Mais la surveillance rigoureuse de tous ces dépistés exige une organisation adaptée des services de santé, en particulier, par l'adoption d'un fichier unique qui reste à introduire auprès de l'ensemble des praticiens.

- Le désir d'appareiller un grand nombre de handicapés physiques, pour une restitution aussi complète que possible des fonctions, peut se heurter à certaines difficultés, comme l'impossibilité de créer, d'adapter ou de maintenir correctement les prothèses ou l'impossibilité de décentraliser un service de rééducation au niveau où les usagers l'attendent, par manque de moyens.

- L'effort de réinsertion sociale de certains malades mentaux pratiqué dans l'esprit d'ouverture de certaines institutions psychiatriques peut buter, en dehors des résistances traditionnelles au changement, au manque d'équipes pluridisciplinaires compétentes prêtes à exercer dans la communauté.

I.1.2.5 Le coût d'un programme d'interventions contre un problème de santé est-il acceptable ?

Certes, la santé n'a pas de prix, mais les services ont bien un coût qu'il faudra considérer à l'heure de choix d'interventions contre tel problème de santé plutôt que tel autre.

Ce choix est pénible ; il n'y a malheureusement pas de recette infaillible pour garantir le choix optimal.

Cependant, voyez successivement et succinctement :

- la part du coût de l'opération qui pourrait être couverte par les services publics et par les consommateurs des services eux-mêmes (la répartition des charges et la diversification des sources de fonds sont toujours à rechercher) ;
 - l'intervalle de temps pour se voir allouer les budgets demandés (espace libre escompté entre la promesse et le versement des fonds) ;
 - le nombre d'exercices budgétaires sur lesquels s'étendra l'opération ;
 - le coût global comparé entre intervention et non-intervention contre le problème de santé considéré. La démonstration que le coût pour régler un problème de santé est inférieur aux complications que celui-ci entraînerait s'il restait intouché est un argument de fond pour décider des priorités ;
 - le rapport comparé entre les coûts et les bénéfices contre différents problèmes de santé. La démonstration que l'on peut faire plus contre tel problème de santé que contre tel autre avec la même somme d'argent.
- ... et faites une première estimation avant de vous lancer dans le PIGEPS.

Notez qu'une estimation plus approfondie du coût sera faite à l'occasion de la description épidémiologique, à la page 55.

Exemples : - A combien évalue-t-on le coût du traitement continu des malades hypertendus découverts par dépistage actif ? Qui est prêt à financer ? Le traitement des hypertensions modérées est-il rentable sachant le taux d'évolution vers les formes compliquées qui, elles, s'avèrent coûteuses ?

- A quelles dépenses faut-il consentir avant que l'on constate les premiers effets du PIGEPS sur le rhumatisme articulaire aigu ? Ce temps de latence sera-t-il accepté par les citoyens et en vaut-il la peine, considérant les résultats à escompter ?
Combien de temps faudra-t-il poursuivre l'action pour réduire le taux de prévalence de moitié ?

I.1.2.6 La population attend-elle les services proposés ?

Le succès d'un programme de santé dépend aussi largement de la réaction et de la participation du public à qui il est offert.

Il s'agit de vérifier :

- D'abord, si le public comprend et accepte ce qui lui est proposé à partir de sa propre interprétation des priorités en matière de santé.
- Ensuite, si le public visé, sain ou malade, pourra se sentir impliqué, c'est-à-dire, s'il est prêt à payer de sa personne par un changement d'attitude ou d'habitude de vie.

Tout en restant réaliste sur le pouvoir d'influencer l'identification par le public de ses propres besoins de santé, il ne faut pas exclure néanmoins des changements d'appréciation induits par l'action soutenue des médias.

Des circonstances particulières peuvent "toucher" le public et peuvent être exploitées pour faciliter l'acceptation de certains programmes de santé.

Exemples : - Une année internationale pour le troisième âge peut influencer les pouvoirs publics et la population à traiter de l'isolement physique et psychique du vieillard.

- Sur un autre plan, quelques accidents de route spectaculaires feront plus pour soutenir l'idée d'un programme de prévention qu'une évocation spéculative du problème.

Avant d'aller plus loin...

... Vérifiez à l'aide de la grille ci-dessous si vous avez cerné un problème de santé prioritaire.

*Si vous n'avez pas pu avoir recours à des statistiques ou à une information documentée sur chacun des 6 critères, accordez-leur néanmoins une réflexion critique et faites-vous aider au besoin par un collègue.

*Si vous totalisez au moins 13 sur 18, poursuivez l'exercice, sinon choisissez un autre problème de santé comme sujet de votre PIGEPS !

A. Le problème retenu est-il COURANT ? (*)	
B. Le problème entraîne-t-il des SUITES GRAVES pour l'état de santé ?	
C. Le problème touche-t-il des POPULATIONS DEFAVORISEES par ailleurs ?	
D. Existe-t-il une TECHNOLOGIE et les MOYENS PROPRES à résoudre le problème ?	
E. Le COÛT d'un programme d'interventions contre un problème de santé est-il ACCEPTABLE ?	
F. La POPULATION ATTEND-ELLE les services proposés ?	
TOTAL	

(*) Accordez-vous 3 points si l'appréciation est "résolument oui"
2 points si l'appréciation est "oui"
1 point si l'appréciation est "peut-être"
0 point si l'appréciation est "non"

I.2 CAUSES DU PROBLEME

Maintenant que le problème de santé a été choisi...
 ...évoquez les différentes causes pour l'émergence et la propagation de ce problème dans la communauté.

Il y a 4 façons de procéder :

- 1. L'énumération pure et simple des facteurs responsables.
- 2. La description de l'histoire naturelle du problème de santé.
- 3. La schématisation d'un modèle épidémiologique.
- 4. L'élaboration d'un portrait-robot.

Il est recommandé de faire ces 4 formes d'exercice, si toutefois la nature du problème de santé choisi s'y prête. Ils concourent tous, et de façon complémentaire, à vous préparer à formuler une stratégie d'interventions appropriées à la lutte contre le problème (sujet traité dans la deuxième partie du PIGEPS).

I.2.1 ENUMERATION DES FACTEURS RESPONSABLES

Les facteurs responsables de l'émergence et de la propagation du problème de santé dans la communauté relèvent de 3 types de paramètres : la constitution individuelle, le mode de vie et l'environnement.

Les listes qui suivent ne sont pas exhaustives ; elles ont pour but de proposer une catégorisation de facteurs responsables et de vous permettre de faire une énumération propre au problème de santé que vous avez décidé de considérer. (3)

I.2.1.1 Facteurs liés à la constitution individuelle

- L'hérédité et anomalie congénitale.
 - Hétérozygotie : diabète, cancer du sein,...
 - Homozygotie : hémophilie, ictère rétroliculaire,...
 - Mucoviscidose, maladie coeliaque, phénylcétonurie, mongolisme,...

- Sexe. Prépondérance chez la femme : hyperthyroïdie, tentative de suicide,...

- Prépondérance chez l'homme : cancer du rectum,...

- Age. Prépondérance chez le jeune enfant : brûlures,...

- Prépondérance chez l'adolescent : leucémie lymphoïde,...

- Prépondérance chez le jeune adulte : mortalité professionnelle par suicide la plus élevée,...

- Prépondérance chez l'adulte : cancer de l'estomac,...

- Prépondérance chez le vieillard : rhumatismes,...

I.2.1.2 Facteurs liés au mode de vie (4)

- Profession : exposition aux différents risques professionnels.

- Exemples : - varices et phlébites chez les coiffeurs, dues à une station verticale prolongée, pneumocoïtose chez les mineurs,...

- Statut marital : mode de vie différent suivant que l'on est célibataire, marié, divorcé ou veuf.

- Exemples : - accidents généralement plus fréquents chez les célibataires.

- Hygiène générale : facteurs liés au manque de propreté corporelle ou d'hygiène alimentaire.

- Exemples : - ongles sales et impétigo,
 - aliments contaminés et diarrhées,
 - hygiène sexuelle et cancer du col,...

- Alimentation, nutrition : excès, manque ou déséquilibre.

- Exemples : - gravité de la rougeole chez les malnutris,
 - cancer du colon plus fréquent lorsque le transit intestinal est lent (cas des mangeurs de pain fait de farine blutée),

I.2.2.1 Le stade " PRE "

A partir du temps " zéro ", le problème de santé " se met en marche " et s'exprimera manifestement, dans toute sa symptomatologie, au cours du stade " PER ".

Au cours du stade " PRE ", on distinguera la phase de prédisposition et la phase d'incubation.

1. La prédisposition est la confluence de certains facteurs favorisant le développement d'un " problème de santé " sur des personnes qui sont alors appelées " personnes à risque ", par rapport à d'autres personnes non affectées par ces facteurs et qui sont appelées " hors risque ". (5) (6)

Suivant le nombre et l'intensité des facteurs favorisants qu'elles ont à subir, ces personnes seront classées : " à bas risque " et " à haut risque " ;

Les personnes " à haut risque " retiendront l'attention de l'auteur du PIGEPS, au moment de décider des interventions sanitaires à mener en priorité dans la communauté.

2. L'incubation est une période pendant laquelle le processus d'altération de la santé commence à produire ses effets.

Dans le cas classique d'une maladie infectieuse, l'incubation couvre la période allant du contact avec l'agent infectieux aux premières manifestations cliniques de la maladie.

On reconnaît qu'un processus de même nature entre contact et émergence des signes existe pour les maladies chroniques, les maladies dégénératives et même les accidents.

La reconnaissance des individus en période d'incubation est essentielle pour lutter préventivement et radicalement contre un problème de santé.

I.2.2.2 Le stade " PER "

C'est la phase active qui se divise en deux périodes : la période d'état et les complications.

La période d'état est celle au cours de laquelle le problème s'exprime par des signes extérieurs et qui pousse le malade à consulter ou la société à demander des mesures correctrices.

Elle peut également être mise en évidence par une intervention de l'homme sur l'histoire naturelle de la maladie, par exemple : le dépistage actif des malades.

Les complications. Dépassant le stade classique ou banal qui le caractérise généralement, le problème de santé peut se compliquer et évoluer vers d'autres formes :

- soit qu'il y ait une progression du mal (exemple : une rétinite diabétique) ;
- soit qu'il y ait exposition à un risque nouveau (exemple : l'alcoolisme expose le conducteur aux accidents de la route) ;
- soit que le problème de santé s'étende à d'autres personnes (exemple : la contagiosité).

I.2.2.3 Le stade " POST "

Stade ultime et stabilisé de l'histoire naturelle avec comme issues : la guérison, le décès ou le handicap permanent.

Ce sont les séquelles du problème qui orienteront les interventions sanitaires à ce stade, le but de ces dernières étant la restitution de l'autonomie de la personne handicapée, la réinsertion sociale et la recherche de nouveaux équilibres.

- Dressez une histoire naturelle succincte du problème de santé choisi pour mieux saisir les interventions spécifiques à prévoir à chaque stade et à chaque période du problème et pour préparer ainsi un plan global et cohérent de lutte.

- Inspirez-vous des 3 exemples présentés ci-après :

- l'un relatif à une maladie infectieuse,
- l'autre à une maladie chronique et
- le dernier à un accident (le suicide)

Schema de l'histoire naturelle

● AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

Si le problème retenu est formulé comme un risque pour la santé (exemple : surconsommation médicamenteuse, pollution atmosphérique, alimentation aberrante, etc.), la description de l'histoire naturelle suivra alors un fil plus lâche que lorsqu'elle se rapporte à une entité morbide bien caractérisée.

Dans ce cas, l'auteur du PIGEPS tentera néanmoins de suivre, autant que possible, la même logique de développement du problème à travers les 3 stades : " PRE ", " PER " et " POST ".

Pour
la GRIPPE

Pour
l'HYPERTENSION
ARTERIELLE

Pour
le SUICIDE

STADE " PRE "

Prédis-
position

Sujets à risque :
personnes âgées à l'arbre bronchique déjà encombré, non vaccinées, exposées aux intempéries.

Sujets à risque :
appartenant à un environnement socio-culturel particulier (transculturation), dans un état psychologique particulier (cause endogène ou exogène).

Incubation

Contact avec un malade grippé, en particulier dans les collectivités (casernes, usines, asiles, homes, ...)

Evocation périodique du suicide, menaces, tentative avortée, rap-
tus.

STADE " PER "

Période
d'état

Symptomatologie de la grippe, fort taux d'absentéisme en période épidémique.

Menace des fonctions vitales suivant le mode de suicide.

Compli-
cations

Atteintes pneumoniques et encéphaliques possibles chez les personnes déjà affectées par d'autres maladies.

Suites des lésions diverses infligées volontairement, choc psychologique sur l'entourage immédiat.

STADE " POST "

Issues

Taux de léthalité relativement élevé chez les personnes âgées.

En dehors du décès, possibilité de handicap physique permanent, traumatisme psychique, menace chronique de récurrence, handicap à l'adaptation sociale.

I. 2.3 Le MODELE EPIDEMIOLOGIQUE

Le modèle épidémiologique est une représentation graphique et mathématique de l'évolution d'une maladie (ou de tout autre problème de santé), permettant de calculer la probabilité du passage d'un état de la maladie à un autre et de décider de l'opportunité d'un programme d'interventions sanitaires. (5) (7) (8)

Ici, dans le cadre de notre exercice du PIGEPS, nous nous limiterons à faire une représentation simple de cette évolution en mettant en évidence le rôle des principaux facteurs responsables de la maladie au cours des différentes phases de son histoire naturelle.

* Faites une représentation graphique, du type de celle qui est exposée ci-après pour le suicide, en utilisant :

- des cadres  pour illustrer les phases d'évolution
- des ellipses  pour illustrer les facteurs responsables
- des flèches pleines  pour illustrer le flux
(le flux = passage d'une phase à l'autre)
- des flèches interrompues  pour illustrer les influences des facteurs, soit positives (+), soit négatives (-)

L'influence est considérée comme positive si elle favorise l'évolution vers une phase de la maladie. Elle est considérée comme négative si elle freine cette évolution.

Pourront figurer ici des facteurs dus à l'intervention de l'homme pour contrôler le problème.

Cas du suicide

Les 4 stades du suicide sont définis comme suit :

- L'idée du suicide est l'acceptation intellectuelle du suicide comme une solution aux problèmes de l'existence ;
- L'envie du suicide est l'appropriation d'un moyen d'autodestruction sans projet précis de passage à l'acte ;
- La tentative est l'utilisation du moyen d'autodestruction avec échec, volontaire ou involontaire ;
- Le quatrième stade étant le décès ou suicide réussi.

Une hypothèse de la liaison séquentielle entre ces 4 stades a été formulée. On connaît le flux entre le stade "tentative" et le stade "décès" : il varie autour des 10 % suivant les pays. Quant aux flux entre les stades antérieurs, bien qu'ils n'aient pas été bien documentés, ils paraissent être démontrés.

Par ailleurs, des facteurs de risque ont été identifiés, rapportés à certains stades et quelquefois estimés quantitativement.

Comme l'histoire naturelle du problème et le modèle épidémiologique, mais à sa façon, le portrait-robot contribue à faire ressortir les possibilités d'interventions qu'il sera possible de mener au sein d'une population. ...Il est temps maintenant de décrire la population pour laquelle le PIGEPS sera conçu :

I.3 DESCRIPTION DE LA POPULATION EXPOSEE

Le PIGEPS est destiné à être proposé à une population.

Le terme " population " désigne des groupements d'individus dans un sens démographique et statistique. Elle est en général comptabilisée et sujette à des évaluations quantitatives : la population de la ville " X " se monte à 40 000 habitants, le taux de population active est de 45 %, le taux d'accroissement de la population est de 2 %, etc.

Par contre, le terme " communauté " à une connotation locale : il désigne un groupe de personnes ayant des raisons sociales, économiques ou culturelles de vivre ensemble.

Quelquefois, les termes " population " et " communauté " couvrent les mêmes entités. Ainsi, dans un village, existe une " population " ou un groupe de personnes vivant sous une même tutelle administrative, en l'occurrence, l'autorité municipale, mais également une " communauté " de personnes qui trouvent dans l'entité du village une raison sociale de vivre ensemble !

Ce rassemblement " communautaire " peut se faire sur des ensembles plus larges, ville ou district (province), mais il peut aussi se réduire à une fraction de la population d'une ville, par exemple un quartier. Les facteurs de ces différents rassemblements ou découpages spécifiques peuvent être la race, la langue, le groupe ethnique, la tribu, le niveau socio-économique, le phénomène de migration,...

Sur une carte sommairement dressée, circoscrivez la population à laquelle vous entendez proposer un PIGEPS et assurez-vous qu'il existe au sein de cette population le sentiment d'une communauté, car vous devrez y compter quand viendra l'heure de faire jouer la coordination entre les différents partenaires associés dans un programme de santé.

... Décrivez la population d'un point de vue démographique et épidémiologique.

I.3.1 DESCRIPTION DEMOGRAPHIQUE

I.3.1.1 L'étendue

Le nombre d'habitants et leur répartition dans un territoire donné doivent être connus pour permettre une offre équitable des soins de santé.

Il est évident qu'un programme de lutte contre un problème de santé s'organise différemment suivant qu'il concerne 5 000 ou 50 000 personnes, habitant dans un quadrilatère de 5 km ou de 25 km de côté, aggloméré dans un complexe urbain ou disséminé dans un site rural.

En dehors du découpage motivé par le sentiment d'appartenance à une communauté, la décision de toucher un nombre fixé d'habitants dépend aussi de la concentration ou de la dispersion de l'habitat, du relief géographique et de la fréquence du problème.

Par contre, pour une maladie présente chez 2 % de la population, la taille ne devrait pas dépasser 25 000 ; ce qui imposerait déjà une prise en charge de 500 personnes.

Pourquoi ces restrictions ?

La fourchette 25 000/50 000 est proposée, arbitrairement certes, mais non sans raisons administratives et logistiques de gestion de programme.

La limite inférieure des 25 000 est proposée, car elle nous semble être un niveau en-dessous duquel la délégation ou la décentralisation administrative n'est plus raisonnable.

Le niveau approprié que nous recommandons pour l'application d'un PIGEPS est celui de la zone (ou district), comprenant un ensemble de villages, de villes de petite étendue ou de quartiers de grande ville, car on peut prévoir y installer, avec l'aide de l'administration de la santé publique, une petite unité de surveillance épidémiologique et un bureau de coordination des actions de santé. En-dessous du chiffre de 25 000 habitants, un investissement en moyens matériels ne serait pas rentable.

Quant à la limite supérieure des 50 000, on peut estimer qu'au-delà de celle-ci, l'effet de décentralisation risque de s'estomper par le fait que des décisions ne satisferaient plus aussi adéquatement les besoins spécifiques des personnes directement concernées ou par le fait de la lourdeur de l'appareil administratif chargé de gérer les moyens d'application d'un PIGEPS dans une communauté trop vaste.

Certes, le PIGEPS pourra servir d'amorce à une réflexion régionale ou nationale sur l'action cohérente à l'encontre d'un problème de santé, mais il devrait être conçu au départ pour servir au niveau le plus décentralisé. Sans que le plafond de 50 000 habitants soit fatidique et tout en permettant des dérogations suivant les circonstances, il est conseillé de le prendre comme point de mire de l'action décentralisée.

I.3.1.2 Les caractéristiques

Les principales caractéristiques susceptibles d'avoir une influence sur l'application du PIGEPS sont :

- La pyramide des âges ;
- La proportion de la population active ;
- Les sources et le montant des revenus (professions et niveaux socio-économiques) ;
- L'habitat (types d'habitations, concentrations de population, aménagements du territoire, y compris les voies de communication) ;
- Appareil sanitaire (structures, types de service, personnels, équipements, budget) ;
- Appareil éducatif (nombre et types d'écoles, taux de scolarisation, débouchés pour diplômés) ;
- Appareil social (associations, bénévolat, équipements collectifs, permanence) ;
- Appareil administratif (autorité administrative, services publics).

... Obtenez des données quantitatives sur ces paramètres en vous adressant à l'autorité civile sous la tutelle de qui la communauté visée est placée (municipalité, district, circonscription, délégation, province...) et complétez-les éventuellement en consultant des annuaires statistiques.

Dans quelques cas, surtout si vous faites partie de la communauté, vous pourrez fournir vous-même les renseignements avec un certain degré de précision !

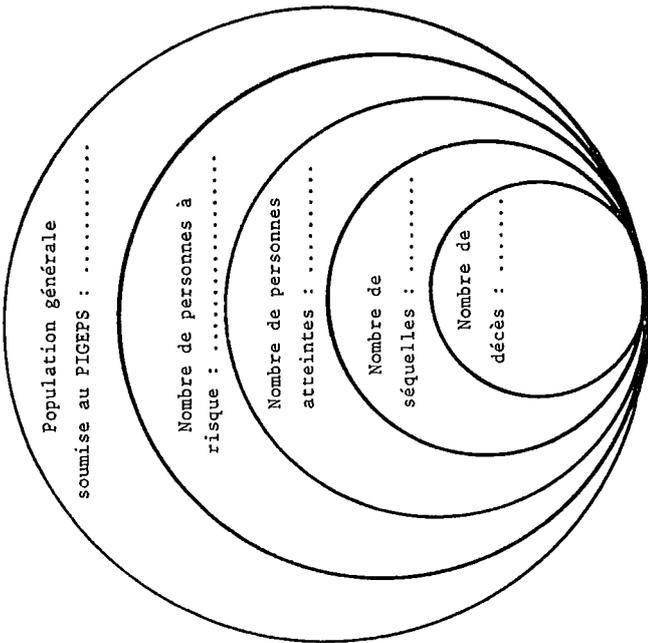
I.3.2. DESCRIPTION EPIDEMIOLOGIQUE

I.3.2.1 L'étendue du problème

Dressez un tableau succinct de la mortalité et de la morbidité pour la population soumise au PIGEPS, à l'aide des paramètres suivants :

- Nombre de personnes particulièrement exposées au risque d'être affectées par le problème de santé ;
- Nombre total de personnes actuellement affectées dans la communauté sous étude ;
- Nombre de personnes nouvellement affectées par le problème de santé chaque année ;
- Nombre de personnes souffrant de complications ou de séquelles permanentes dues au problème de santé ;
- Nombre de décès dus au problème de santé.

Rapportez ces statistiques sanitaires ou leur estimation sur le diagramme circulaire qui suit :



AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

1. D'une part, on comprendra que la connaissance épidémiologique aussi fine que possible est intéressante pour mesurer précisément l'étendue d'un problème et également pour pouvoir évaluer les progrès accomplis à la suite du PIGEPS.
2. D'autre part, il est rare que l'on puisse disposer de statistiques sanitaires représentant fidèlement le tableau épidémiologique. Veuillez donc indiquer la source de vos informations et soyez disposés à critiquer leur qualité. (10) (11) (12)
3. Enfin, les auteurs du PIGEPS qui seraient intéressés à approfondir la façon d'établir des taux de fréquence des maladies (incidence et prévalence) sont priés de se rapporter à des ouvrages de méthodologie épidémiologique. (13) (14) (37)

I.3.2.2 Le coût

Corollairement, et sur la base des données épidémiologiques énoncées précédemment, on tendra à ESTIMER le COUT entraîné par le problème de santé dans la communauté, à l'aide des paramètres suivants :

- Pour les Dépenses en soins de santé
 - Coût unitaire du traitement d'un épisode aigu de maladie : _____
 - Coût unitaire du traitement d'entretien pendant une année : _____
 - Nombre moyen de traitements d'épisodes aigus de maladies par an : _____
 - Nombre de personnes justifiant un traitement d'épisodes aigus de maladies par an : _____
 - Nombre de personnes sous traitement pendant une année : _____

↑ Estimation globale des dépenses pendant une année
(Intégration des 5 paramètres précédents) : _____

• Pour le Manque à gagner

- Absentéisme moyen dû au problème de santé (Journées/an) : _____
- Nombre de personnes portées absentes au travail pour le problème de santé par année : _____
- Degré d'incapacité au travail dû au problème de santé (%) : _____
- Nombre de personnes porteuses d'un handicap dû au problème de santé : _____
- ↑ Estimation globale de la perte de force de travail par année exprimée en journées de travail perdues :
(Intégration des 4 paramètres précédents en convertissant les degrés d'incapacité en journées de travail perdues). _____

● AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

1. Si le problème de santé choisi ne se prête pas à faire une analyse du coût du type de celle qui est proposée, sentez-vous libre de proposer d'autres paramètres mieux adaptés, pour les 2 rubriques : dépenses en soins de santé et manque à gagner. (15) (16)
2. Si les chiffres proposés sont sûrs, citez vos sources d'information. Sinon, reconnaissez qu'il s'agit d'une appréciation personnelle.
3. Si vous n'êtes pas en mesure de faire une estimation du coût, pas même une appréciation personnelle, veuillez le justifier succinctement.

Vous avez le droit de souffler !...

Vous venez de terminer la lecture de la première partie.

Bravo, c'est la plus longue !

Dès que vous aurez collectionné les informations demandées, vous aurez bien progressé dans l'élaboration de votre PIGEPS car, suivant le mot d'Einstein :

" Quand un problème est bien posé, on a déjà la moitié de sa solution !...".

Rappelez-vous que dans le canevas du PIGEPS, 3 questions sont posées :

1. De quoi s'agit-il ?
2. Qu'y a-t-il à faire ?
3. Comment le faire ?

Vous allez maintenant tenter de répondre à la deuxième question !

C'est le sujet de la deuxième partie du document :

" Les INTERVENTIONS "

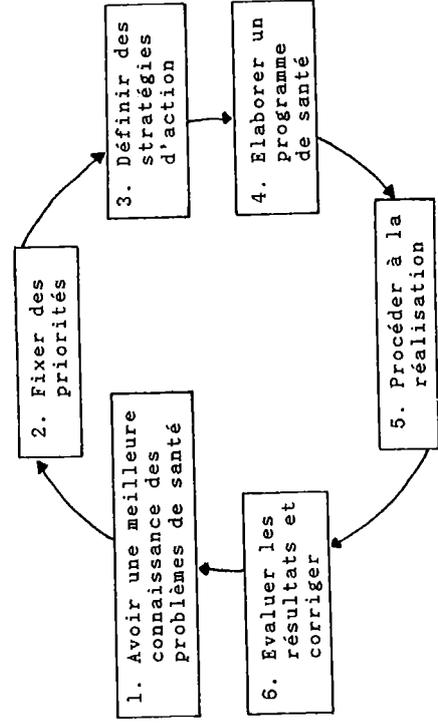
II. DEUXIEME PARTIE : LES INTERVENTIONS

Dans cette deuxième partie, on demandera à l'auteur du PIGEPS :

1. de PROPOSER une liste des interventions possibles à l'encontre du problème de santé.
2. de PROPOSER une liste des intervenants possibles.
3. de DECRIRE le rôle des différents partenaires liés dans un même programme de santé.

II.1 LISTE DES INTERVENTIONS

D'une façon générale, la description des actions sanitaires dans la perspective d'une résolution de problème relève de la théorie du management et se place dans un cycle cybernétique aux configurations suivantes :



AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

Qu'avez-vous à faire ?

1. D'abord, lisez les pages 63 à 74 sans discontinuer, de façon à avoir une idée globale de l'ensemble des interventions possibles à mener pour le problème de santé traité dans votre PIGEPS.

Persévérez à travers cette revue qui vous paraîtra un peu redondante !

2. Ensuite, revenez sur chacune des interventions et voyez comment vous pouvez les documenter spécifiquement, à condition qu'elles soient appropriées pour lutter contre le problème de santé choisi.

3. Un travail plus concret se présentera à vous à partir de la page 81.

Patience !

II.1.1 Sur le plan individuel

L'attention pour l'individu sera de triple nature : curative, préventive et réhabilitatrice.

II.1.1.1 Actions curatives

Dans le cas d'une entité morbide bien différenciée, l'intervention curative sera décrite sous forme d'un protocole, chaque fois que ce sera possible.

Le protocole est un ensemble d'instructions destinées à guider le médecin et tout autre personnel de santé dans la conduite à tenir au cours des différentes étapes de l'évolution d'une maladie ou d'un accident. (17) (18)

Exemples : Protocole pour le traitement antituberculeux
Protocole pour le traitement de l'hypertension
Protocole pour la désintoxication alcoolique
etc.

Lorsque des priorités sont fixées, on suppose que les objectifs généraux ont été arrêtés pour lutter contre un problème de santé donné (voir l'encart à la page 33, où le problème doit être énoncé), en fonction de quoi des stratégies d'action sont préparées.

D'autres objectifs plus précis seront ensuite décrits lorsque, dans les stratégies d'action, des rôles seront fixés pour les différents intervenants à mobiliser dans le cadre du PIGEPS.

Ces objectifs ainsi décrits ont le mérite d'être déduits directement de l'énoncé du problème et de la liste des interventions nécessaires à la résolution du problème de santé et servent d'instructions concrètes pour l'action.

Tout en rappelant encore que l'exercice du PIGEPS n'est nullement un substitut à un plan ou à un programme de santé fondé sur une connaissance épidémiologique et une étude de faisabilité approfondies, il est néanmoins une occasion de réflexion globale sur la problématique de résolution de problèmes de santé.

Avec cette réserve, nous dirons que l'étude des interventions contribue à l'élaboration de l'étape 3 du cycle présenté ci-dessus, à savoir : la définition des stratégies d'action.

D'une façon pratique, l'étude des interventions se fera sur deux plans : sur le plan individuel, à l'égard de la personne affectée ou susceptible d'être affectée par le problème de santé, et sur le plan collectif, pour la communauté toute entière placée sous étude.

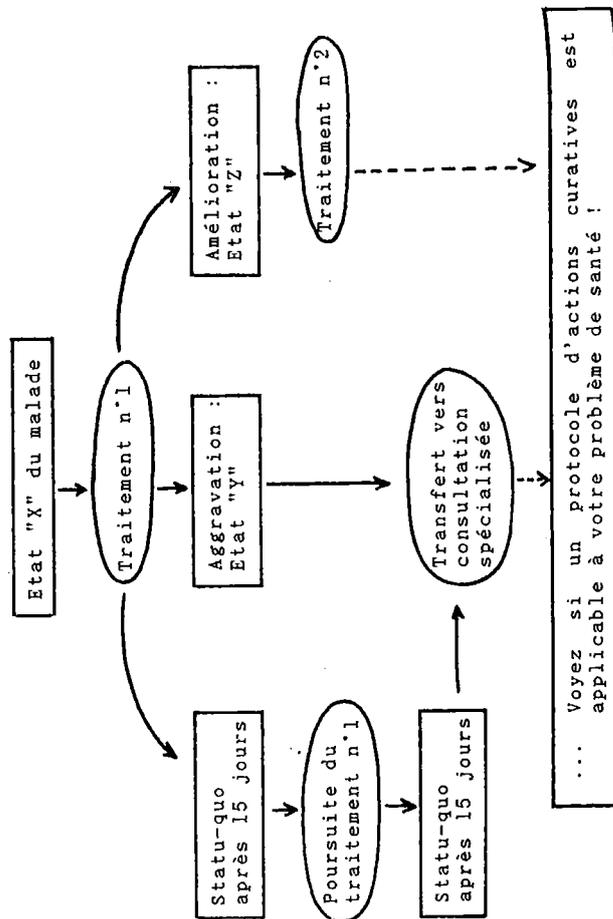
On acceptera le caractère quelque peu arbitraire ou artificiel de la distinction entre interventions à portée individuelle et à portée collective, qui permet néanmoins une analyse méthodique des types d'interventions.

Les interventions sur le plan collectif, tout en s'adressant à des groupes, sont à mettre à l'actif d'institutions spécialisées, tandis que les interventions sur le plan individuel, tout en s'adressant à chaque personne affectée par le problème de santé, sont à charge des professionnels de la santé dans l'exercice usuel de leurs fonctions.

Un bon protocole répondra aux caractéristiques suivantes :

- Il décrit clairement, à chaque étape de l'évolution du problème de santé, les différentes décisions, gestes et attitudes du personnel ;
- Il prévoit une conduite à tenir standardisée pour un cas-type sans négliger pour autant les variantes du problème ;
- Il se présente sous forme d'algorithmes, suite de décisions alternatives prises à chaque événement du processus d'interventions curatives (voir schéma ci-après) ;
- Il est utilisable dans un contexte de soins de santé primaires et peut faire intervenir également, sous certaines conditions, des personnels non-médicaux ;
- De préférence, il a été testé et reconnu.

Exemple d'algorithme



II.1.1.2 Actions Préventives

On ne traitera ici que des actions de prévention secondaire, soit les actions pour éviter les complications de la maladie (ou du problème) en cours et faciliter la restauration de l'état de santé.

La prévention tertiaire sera traitée comme une action réhabilitatrice et la prévention primaire comme mesure sur le plan collectif.

Quelles sont les actions préventives proposées au malade et à son entourage immédiat ?

Répondez brièvement et spécifiquement en vous référant aux 4 types d'actions préventives suivantes :

- Education sanitaire du malade pour un changement d'attitude sur l'hygiène, le régime alimentaire, le rythme de vie.
Précisez le contenu des messages et le mode de communication (discussion individuelle ou en groupe, psychothérapie de groupe, démonstration, publication,...).
- Education sanitaire de la famille pour soutenir le malade à se prendre en charge et veiller sur la poursuite du traitement.
Précisez les rôles.
c) - Protection de l'entourage immédiat : modification des conditions d'hygiène, isolement, vaccination, traitement préventif,...
Enumérez les mesures.
d) - Surveillance pour détecter toute menace de rechute ou de complication et pour aider à respecter le traitement à long terme et l'échéance des contrôles.
Donnez des instructions.

II.1.1.3 Actions réhabilitatrices

La réhabilitation vise à la récupération fonctionnelle et à la réinsertion sociale du malade.

Bien que ce sujet mérite d'être traité également sur le plan collectif, on citera les actions suivantes susceptibles d'être menées sur le plan individuel :

- a) - Thérapie ou assistance de groupe pour surmonter le handicap ;
- b) - Recherche d'un appareillage ou d'un autre artifice pour permettre une vie active ;
- c) - Liaison avec les services sociaux pour faciliter la réinsertion sociale et la continuité des soins à domicile.

→ L'auteur du PIGEPS fera une liste spécifique des actions réhabilitatrices susceptibles d'être menées dans la communauté sous étude pour le problème considéré.

II.1.2 Sur le plan collectif

Toutes les interventions proposées ci-après toucheront l'ensemble des membres de la communauté, de manière directe ou indirecte, quelle que soit leur susceptibilité vis-à-vis du problème de santé.

Ces interventions susciteront des implications et des retombées dépassant quelquefois la juridiction de la communauté sous étude. Elles devront alors être considérées comme des propositions plus générales (exemple : recherche, formation, etc.).

La liaison naturelle entre les interventions exécutées sur le plan individuel et celles exécutées sur le plan collectif peut être illustrée par cette phrase prononcée par un chirurgien : " Chaque fois que j'opère un cancer du poulmon chez un de mes patients, je ne peux pas m'empêcher de penser au suivant !...".

Le cri de lucidité de ce chirurgien témoigne avec humilité de notre impuissance à apporter à la société des aides efficaces en l'absence d'une coordination de toutes les actions sanitaires, quelles que soient les circonstances, quels qu'en soient les titulaires !

Ces interventions sont groupées en 6 rubriques :

- 1. Organisation sanitaire ;
- 2. Recherche ;
- 3. Surveillance épidémiologique ;
- 4. Education sanitaire ;
- 5. Formation de base ;
- 6. Formation continue.

● AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS !

... Parcourez la liste des interventions ci-dessous et retenez celles que vous trouverez appropriées au problème envisagé.

Décrivez, à la façon des exemples proposés, la nature spécifique de ces interventions.

II.1.2.1 Organisation sanitaire

II.1.2.1.1 Amélioration de la couverture

Extension des services à l'ensemble de la population soumise au PIGEPS, par une implantation nouvelle ou par la création d'antennes périphériques réparties dans le territoire de façon homogène. (19)

Exemples : - Effort de couverture vaccinale par une participation de toutes les structures périphériques existantes.

- Engagement des médecins généralistes à appliquer le traitement standardisé de la tuberculose.

II.1.2.1.2 Coordination des activités

Organisation d'un centre de décision, capable de centraliser et de diffuser les informations sanitaires, afin de rationaliser l'utilisation des ressources disponibles pour lutter contre le problème de santé. (20)

Exemples : - Animation d'un groupe pluridisciplinaire chargé d'évaluer la marche d'un programme.

- Permanence installée à la municipalité pour conseiller les différents partenaires engagés dans un même programme.

II.1.2.1.3 Vie associative

Création de groupements ou d'associations comprenant des professionnels et des citoyens dans le but de susciter une prise de conscience et une participation des citoyens à la réalisation du programme de santé.

Exemples : - Atelier protégé pour handicapés moteurs monté avec le concours de certains groupements industriels et les services sociaux.

- Bureau-conseil pour l'orientation de personnes adultes désireuses de s'adonner à des activités d'éducation physique.

II.1.2.2 Recherche

II.1.2.2.1 Enquête " bilan de santé "

Tentative pour mieux cerner l'intensité et l'étendue du problème dans la communauté. (21)

Exemples : - Dépistage sur un échantillon représentatif de ménages dans la population.

- Dépouillement des archives des consultations hospitalières, de dispensaires ou de cabinets.

II.1.2.2.2 Enquête " qualité des soins "

Évaluation de l'efficacité des interventions actuellement en usage à l'encontre du problème. (22) (19)

Exemples : - Degré de standardisation des traitements.

- Respect par les malades des instructions, pour un changement d'attitudes préjudiciables à la santé.

- Évaluation de l'effet de certaines interventions sur l'état de santé d'une population.

- Étude de l'efficacité comparée d'alternatives de prise en charge.

II.1.2.3 Surveillance épidémiologique

II.1.2.3.1 Surveillance de groupes

Des groupes de patients ou de personnes à haut risque sont recherchés, identifiés et suivis à l'aide d'un dossier particulier, permettant une intervention spécifique à des échéances précises ou une étude épidémiologique. (23) (24)

Exemples : - Surveillance des malades chroniques (hypertendus, diabétiques, retardés scolaires, tuberculeux, handicapés moteurs,...).

II.1.2.3.2 Traitement des informations

Le rassemblement d'informations relatives au problème de santé étudié est suivi d'un dépouillement, d'une analyse et d'une publication auprès des personnes directement intéressées par une prise de décision. (25)

Exemples : - Une publication périodique des déclarations obligatoires de maladies est adressée à tous les cabinets de consultation médicale.

- Le bilan de la lutte contre le tabagisme en milieu scolaire : des recommandations appropriées sont diffusées largement dans le public.

- Le recensement des handicapés, leur nombre, la nature et la gravité de leur handicap sont communiqués.

La situation générale de la santé (y compris des risques pour la santé) dans la communauté sous étude fait l'objet de communiqués et inspire la suite des programmes d'action sanitaire.

II.1.2.4 Education sanitaire

Pour cette rubrique, comme pour les 2 suivantes se rapportant à la formation (formation de base et formation continue), les interventions seront classées:

- en activités de Planification (choisir les objectifs, connaître les groupes à qui s'adressent les messages) et
- en activités de réalisation (suivre des modalités pratiques, évaluer l'efficacité de l'enseignement dispensé).

II.1.2.4.1 Planification

Choix de thèmes d'éducation sanitaire pour susciter, auprès de tel ou de tel groupe, les comportements favorables à la lutte contre le problème de santé.

Exemple : - Concevoir des messages de lutte anti-tabagique spécifiques à certains publics-cibles (lycéens, militaires, travailleurs manuels, ménagères,...).

II.1.2.4.2 Réalisation

Prévision des conditions, des circonstances et des moyens appropriés pour communiquer les messages choisis avec une meilleure chance de réception et d'impact.

Exemples : - Concevoir des protocoles pour faire l'éducation sanitaire suivant un mode uniforme, dans le cadre d'une campagne.

- Appliquer un plan cohérent d'éducation sanitaire avec objectifs, calendrier d'activités, évaluation des résultats et décisions à long terme pour changer efficacement et durablement les comportements face au problème.

II.1.2.5 Formation de base

Quelles modifications faut-il apporter aux programmes de formation des personnels de santé pour qu'ils puissent, une fois en poste, contribuer concrètement et spécifiquement à la résolution du problème de santé? (26)

La réponse à cette question importante doit être obligatoirement précédée par deux autres :

- Quels sont les membres d'une équipe de santé susceptibles d'apporter leur contribution ? (médecin, infirmier, technicien de la santé, assistant social, éducateur, etc.).
- Que peut-on attendre raisonnablement de chacun d'eux, d'une façon générale ou d'une façon complémentaire, lorsqu'ils seront affectés à leur poste de travail respectif ?

II.1.2.5.1 Planification

Vous aurez à formuler des objectifs éducationnels spécifiques pour les étudiants des futures catégories professionnelles impliquées. (34)

Il s'agira exclusivement des objectifs des stages, pour l'acquisition de gestes et d'attitudes. (27) (28)

Ne vous mettez pas au travail avant la page 81.

Exemples : - L'étudiant en médecine, au cours de son stage de cardiologie, devra être capable (entre autres) de " gérer le fichier des malades hypertendus du service itinérant de médecine préventive.

- L'étudiant en médecine effectuera un stage obligatoire de 15 jours en consultation externe, au cours duquel il devra (entre autres) " mener un entretien suivant les critères qui lui seront communiqués, à savoir...".
- L'infirmier de première année " effectuera au moins 3 visites à domicile et s'enquerra des difficultés éprouvées par un malade pour poursuivre son régime ou son traitement à long terme".

II.1.2.5.2. Réalisation

Le choix des endroits de stage, la place de ces stages dans le curriculum, l'intégration de l'enseignement théorique et pratique, la préparation et l'encadrement des étudiants, le rôle nouveau des enseignants face à la révision des programmes de formation sont parmi les questions à envisager dans cette rubrique. (29)

... Faites vos recommandations :

Exemples : - Un groupe de stagiaires (médecins, infirmiers, assistantes sociales, sages-femmes) sera affecté pendant 15 jours dans un centre de l'ONE sous la supervision du surveillant de service, pour se familiariser au travail en équipe pluridisciplinaire.

- Un carnet comprenant des instructions pour la réalisation des objectifs de stage et pour l'évaluation de leur performance est remis aux étudiants et, ensuite, aux enseignants.

- Un séminaire-atelier pédagogique est organisé pour les enseignants (et/ou les étudiants) afin de les préparer à assumer de nouveaux rôles dans la lutte contre le problème de santé.

Pour ceux qui ne seraient pas familiarisés avec le développement moderne de la pédagogie, nous leur recommandons de prendre connaissance de deux monographies :

- " L'enseignement de la médecine par l'approche modulaire " et
- " L'apprentissage à la pratique médicale ou la pédagogie des stages en médecine ". (27) (30)

II.1.2.6 Formation continue

II.1.2.6.1 Planification

L'intervention consiste à identifier les besoins de formation ou de recyclage spécifiques à chaque personnel de santé en poste, qui lui permettront de participer activement dans la lutte contre le problème de santé sous étude. (31)

Exemples : - Discussions pour l'obtention d'un consensus au sein d'un groupe professionnel (ex. : médecins généralistes ou médecins spécialistes, cadres de la santé publique, cadres de libre pratique) sur son rôle futur face au problème de santé.

- Propositions faites au Conseil de l'Ordre des Médecins pour organiser des sessions de formation médicale continue sur le traitement standardisé de l'hypertension artérielle ou sur la délégation des tâches à une équipe soignante.

II.1.2.6.2 Réalisation

La mise en application efficace d'un problème de formation médicale continue sur un problème spécifique de santé demande un soutien logistique minimum.

Exemples : - Diffusion d'une fiche technique pour l'uniformisation des attitudes et facilitation des communications pour l'application d'un PIGEFS dans une communauté.

- Organisation de réunions d'informations brèves, bien structurées, entre les différents partenaires engagés dans la réalisation d'un PIGEFS.

... POUR RAPPEL, voici la liste de toutes les interventions possibles sur le plan individuel et sur le plan collectif.

● **AVERTISSEMENT** aux auteurs d'un PIGEFS :

... Ne vous sentez pas obligés de développer à tout prix une opportunité d'intervention pour l'ensemble du spectre offert ci-dessous.

Ne retenez que ce qui est approprié au problème de santé de votre PIGEFS.

Interventions sur le plan INDIVIDUEL

1. Actions curatives
2. Actions préventives
3. Actions réhabilitatrices

Interventions sur le plan COLLECTIF

1. Organisation sanitaire
 - a) - Amélioration de la couverture
 - b) - Coordination des activités
 - c) - Vie associative
2. Recherche
 - a) - Enquête " bilan de santé "
 - b) - Enquête " qualité des soins "
3. Surveillance épidémiologique
 - a) - Surveillance de groupes
 - b) - Traitement des informations
4. Education sanitaire
 - a) - Planification
 - b) - Réalisation
5. Formation de base
 - a) - Planification
 - b) - Réalisation
6. Formation continue
 - a) - Planification
 - b) - Réalisation

... Vous savez maintenant ce qu'il y a à faire, il vous reste à savoir QUI va le faire !...

II.2 LISTE DES INTERVENANTS

Par qui, groupements ou organes, les différentes interventions seront-elles dirigées, exécutées, coordonnées, évaluées ?

Voici une liste, non limitative, d'intervenants possibles dans l'accomplissement d'un PIGEPS.

... Parcourez-la !

Voyez quels intervenants sont à retenir dans le cas de votre problème de santé.

Voyez aussi si d'autres pourraient se constituer partenaires.

LISTE d'INTERVENANTS POSSIBLES

1. Les pouvoirs publics
 - Province
 - Administration communale
2. L'administration de la santé publique
 - Hôpitaux
 - Dispensaires, ONE, FARES et autres unités périphériques
 - Service d'Hygiène Publique (voir aussi administration communale)
3. Les autres secteurs du développement socio-économique
 - Education (écoles, lycées)
 - Affaires Sociales (crèches, jeunesse, délinquance, indigence, troisième âge)
 - Travail (usines, coopératives, exploitations agricoles)
 - Habitat (logements, moyens de communication)

4. La Faculté de Médecine

- Les instances (Conseil de Faculté, Comité Pédagogique)
- Les enseignants
- Les étudiants

5. Les écoles d'autres personnels de la santé

- Les instances
- Les enseignants
- Les étudiants

6. Les praticiens

- Les médecins fonctionnaires de la santé publique
- Les praticiens
- Les autres professionnels de la santé

7. Les associations

- Les groupements professionnels
- Les associations bénévoles

8. Le public

- Un public choisi (tranche d'âge, profession, quartier,...)
- Le grand public

Qui d'autre ?...

La CONSTRUCTION d'une MATRICE des AIRES de RESPONSABILITES

... Maintenant que vous avez pris connaissance de la liste des interventions et de la liste des intervenants, élaborer une MATRICE dans le but d'identifier des " aires de responsabilités " .

La " matrice des aires de responsabilités " , dont un spécimen est présenté à la page suivante, est un tableau composé de cases délimitées par l'intersection des lignes horizontales représentant les interventions et des lignes verticales représentant les intervenants.

MATRICE des AIRES de RESPONSABILITES

PROBLEME de SANTE
ETUDE :

I N T E R V E N A N T S

Pouvoirs Publics	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Admin. de la Santé Publ.																								
Developpement socio-economique																								
Faculte de medecine																								
Ecoles de Sante Publ.																								
Praticiens																								
Assoc-ations																								
Publics																								

I N T E R V E N T I O N S

A Usage de protocole																						
TRAITEMENT CURATIF																						
PREVENTION																						
B Educ. Sant. malade																						
C Educ. Sant. famille																						
D Protection entourage																						
E Surveillance																						
F Appareillage/Reduc.																						
REHABILITATION																						
G Réinsertion sociale																						
ORGANISATION SANIT.																						
H Amélioration couvert																						
I Coordination activ.																						
J Vie associative																						
RECHERCHE																						
K Enquête "Bilan Santé"																						
L Enquête "Qual. soins"																						
M SURVEILLANCE EPIDEM.																						
N Surveillance groupes																						
O Traitement inform.																						
EDUCATION SANITAIRE																						
P Planification																						
R Réalisation																						
FORMATION de BASE																						
Q Planification																						
R Réalisation																						
FORMATION CONTINUE																						
S Planification																						
T Réalisation																						

■ Sur le PLAN INDIVIDUEL

■ Sur le PLAN COLLECTIF

INSTRUCTIONS : - Entourez les lettres et les chiffres pour les interventions et les intervenants à retenir dans votre PIGEPs.
- Délimitez les aires de responsabilités par la méthode : "0, +, ++, +++, +++++" ou "S, A, N, T, E".

(.) LEGENDES

- 1 = Délégation
- 2 = Municipalité
- 3 = Hôpitaux
- 4 = Dispensaires, PMI, ...
- 5 = Service d'hygiène publique
- 6 = Education
- 7 = Affaires Sociales
- 8 = Travail
- 9 = Habitat
- 10 = Fac. Méd. (Instances)
- 11 = Fac. Méd. (Enseignants)
- 12 = Fac. Méd. (Etudiants)
- 13 = Ecol. Santé (Instances)
- 14 = Ecol. Santé (Enseign.)
- 15 = Ecol. Santé (Etudiants)
- 16 = Méd. Santé Publique
- 17 = Méd. Libre pratique
- 18 = Dentiste
- 19 = Groupements profession.
- 20 = Associations bénévoles
- 21 = Public choisi
- 22 = Grand public
- 23 = Infirmière hygiéniste

Utilisez la matrice en procédant comme suit :

- a) - **CERCLEZ** les interventions que vous jugez appropriées pour l'exécution de votre PIGEPS.
- b) - **CERCLEZ** les intervenants que vous voudriez voir impliqués comme partenaires.
- c) - **INDIQUEZ** dans les cases le niveau de responsabilité de chaque intervenant,
- soit, simplement par les signes O, +, ++ ou +++, suivant le degré d'implication nul, faible, important ou très important.
- soit, par une des lettres du mot **SANTE** qui résume les 5 phases du cycle du management, chaque lettre représentant l'initiale d'un verbe relatif à l'une de ces phases :

	NIVEAU de RESPONSABILITE	PHASE CORRESPONDANTE
S.	<u>Pour</u> Susciter, créer, concevoir, etc.	(CONCEPTION)
A.	<u>pour</u> Arranger, ordonner, fixer des objectifs, etc.	(PLANIFICATION)
N.	<u>pour</u> Naviguer, diriger, organiser, choisir des moyens, etc.	(PROGRAMMATION)
T.	<u>pour</u> Travailler, exécuter, participer, utiliser, etc.	(EXECUTION)
E.	<u>pour</u> Evaluer, juger, superviser, etc.	(EVALUATION)

L'utilisation de l'acrostiche " SANTE " ainsi décrite permet déjà une différenciation avancée des responsabilités des différents partenaires et prépare d'autant mieux l'étape suivante de l'exercice, à savoir la définition précise des rôles. (32)

AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS !

... Souhaitons que la matrice que vous allez découvrir à la page suivante ne vous effraie pas !...

Sentez-vous libre d'utiliser cette matrice suivant les convenances propres au problème de santé choisi, c'est-à-dire, une partie seulement.
Introduisez une nouvelle intervention ou un nouvel intervenant si vous le jugez nécessaire !

II.3 LES ROLES

Maintenant que le tableau est brossé et que la matrice est complétée pour répondre aux besoins spécifiques du PIGEPS, il faut faire ressortir les rôles de chacun et décrire pour eux des objectifs à atteindre.

La matrice des aires de responsabilités présentée plus haut contient 440 cellules, sans compter que la liste des interventions n'est pas dressée exhaustivement, pas plus que la liste des intervenants.

Le côté fastidieux de l'exercice de délimitation des responsabilités devrait néanmoins être compensé à ce stade-ci par :

- Votre satisfaction de pouvoir embrasser synoptiquement le champ d'actions possibles à l'encontre du problème de santé et de tisser les complémentarités souhaitables.
- Votre habileté à pouvoir hiérarchiser les rôles et à retenir ceux qui vous semblent prioritaires.

→ Comment seront énoncés les rôles ?

Les rôles seront énoncés sous forme d'objectifs spécifiques à atteindre par les intervenants.

Chaque cellule de la matrice peut donner lieu à une définition d'objectifs spécifiques. Ne seront retenus que les objectifs jugés prioritaires :

Un objectif est la formulation d'une intention d'accomplissement dont les caractéristiques sont fixées à l'avance.

Ne confondez pas " objectif " et " activité " :

- L'objectif décrit ce qui devra être réalisé, achevé, il décrit un RESULTAT ESCOMPTE, tandis que
- L'activité décrit les efforts consentis (travail, moyen, temps, ...) pour arriver au résultat escompté.

D'une façon générale, la formulation d'objectifs permet une programmation correcte, c'est-à-dire, une mobilisation des ressources disponibles et une évaluation fiable de la qualité des résultats observés.

Ceci est applicable à un programme de formation (" objectifs éducationnels ") comme à un programme d'action sanitaire (" objectifs opérationnels "). (33)

→ Comment formuler correctement un objectif ?

Dans le cas du PIGEPS, un objectif sera considéré comme étant formulé correctement s'il est :

1. Pertinent. L'objectif est pertinent s'il contribue significativement à résoudre le problème de santé. Parmi les objectifs possibles à formuler dans une même cellule de la matrice, on formulera celui qui répond le mieux à ce critère.
2. Clair. L'objectif est clair si, proposé au groupe chargé de l'atteindre, il le conduit sans ambiguïté à exécuter des activités précises. Pour cela, la phrase commencera obligatoirement par un verbe décrivant précisément le comportement attendu de l'intervenant.
3. Réalisable. L'objectif est réalisable s'il contient des assurances permettant de croire qu'il pourra être atteint dans des conditions requises, à l'aide des moyens disponibles dans la communauté.
4. Complémentaire. L'objectif est complémentaire s'il est rédigé en tenant compte des objectifs à charge des autres partenaires, en évitant toute contradiction, redite ou répétition. Des objectifs d'un même programme doivent être interdépendants.
5. Mesurable. L'objectif est mesurable si son énoncé comprend des indications pour évaluer le degré de réussite. Les critères de mesure sont présentés en termes quantitatifs (unités), chaque fois que c'est possible.

● AVERTISSEMENT aux auteurs d'un PIGEPS :

... Depuis le début de cette deuxième partie, soit à partir de la page 61, vous avez été un lecteur relativement passif, à part les petit cercles et les petites croix que vous avez esquissés sur la matrice !...

Maintenant, mettez-vous au travail !...

1. Rédigez des objectifs pour vos intervenants, en rappelant les coordonnées (chiffres et lettres) correspondant sur la matrice.
2. Il est possible que vous décidiez à ce stade de revoir vos décisions consignées sur la matrice. Il n'y a pas de contre-indications à cela, au contraire ! Profitez de cette dernière occasion pour retenir seulement des objectifs prioritaires.
3. Vérifiez, à chaque fois, que votre objectif satisfait bien les 5 critères proposés plus haut.
4. Inspirez-vous des exemples d'objectifs formulés ci-après, dans le cadre d'un PIGEPS concernant la lutte contre la déshydratation estivale chez le nourrisson.

Exemple d'OBJECTIFS pour intervenants
tiré d'un PIGEPS sur la déshydratation estivale du nourrisson

COORDONNEES

OBJECTIFS

- A 10 Proposer un protocole pour la réhydratation orale en milieu de consultation externe, en s'inspirant des recommandations de l'OMS en la matière.
- A 16/17 Obtenir d'un groupe de médecins praticiens des recommandations sur l'applicabilité du protocole dans le contexte local.
- C 18 Enseigner aux mères les signes de gravité de la déshydratation du nourrisson et leur apprendre la conduite hygiéno-diététique applicable à chaque stade de la déshydratation.
- D 5 Faire une tournée d'inspection/désinfection des principales sources d'approvisionnement d'eau, notamment les puits déjà suspectés par le passé et dans l'entourage desquels des cas de salmonelloses ont été déclarés.

etc... en passant systématiquement en revue la liste des interventions jusqu'à ...

J 1 Etablir au siège de la représentation du Ministère de l'Intérieur, pendant les 4 mois de la campagne de lutte, une permanence prête à conseiller les citoyens sur les mesures prophylactiques, à approvisionner en médicaments, à inspecter les quartiers non approvisionnés en eau courante, etc.

Q 11/14 Apprendre aux étudiants en médecine et paramédicaux à reconnaître les signes de déshydratation, en calculer le degré et gravité à l'aide d'une formule simple et mettre en route le traitement standardisé.

R 12/15 Organiser des conditions de stage en milieu de dispensaire pour les étudiants en médecine et paramédicaux afin de leur permettre de prendre des décisions appropriées à chaque cas de déshydratation et d'exécuter les gestes de diagnostic et de traitement.

S 10/13 Concevoir le rôle des personnels de la santé d'un point de vue préventif, curatif et éducatif dans la lutte contre la déshydratation et évoquer leur complémentarité au sein du système de santé en usage.

T 19 Diffuser auprès de leurs membres, les instructions techniques, sous forme de protocole et de flashes d'information, pour leur permettre de tenir un rôle pratique et spécifique dans le programme de lutte.

III. TROISIEME PARTIE : LA PROGRAMMATION

... Au cours de la première et de la deuxième partie, on a pu reconnaître un problème de santé et identifier certains moyens matériels et humains pour le résoudre dans la communauté sous étude.

Où en sommes-nous véritablement ?

Des objectifs ont été formulés !... Avec discernement, certes, mais il reste néanmoins que plusieurs hypothèques pèsent sur leur réalisation.

ATTENTION, ne vous arrêtez pas en si bon chemin !

Dans cette troisième et dernière partie, on se souciera donc des conditions de réalisation du PIGEPS, à savoir :

1. L'EVALUATION de la faisabilité du PIGEPS, en faisant apparaître les contraintes et les soutiens existant dans la communauté ;
2. La PROPOSITION d'un tableau de programmation pour la mise en oeuvre définitive du PIGEPS.

III.1 EVALUATION DE LA FAISABILITE

On évalue la faisabilité du PIGEPS dans une communauté donnée, comme pour se munir d'une ultime garantie de succès.

Pour cela, on relève sommairement les éléments qui pourraient contrarier (contraintes) et les éléments qui pourraient favoriser (soutiens) sa réalisation.

Au terme de cet exercice, l'auteur du PIGEPS fera un dernier point sur les chances de réussite. Il pourra encore revisiter ses propositions formulées antérieurement. Il n'y a pas de honte à faire preuve de réalisme !...

La dépense consentie par les partenaires en heures de préparation et de concertation n'aura des retombées positives qu'à moyen terme.

4. Disponibilité. A supposer que les 3 critères précédents soient satisfaits, le partenaire devra en outre dégager un temps minimum pour sa participation.

Celle-ci ne sera quelquefois possible que s'il procède à un réaménagement de ses activités et de son emploi du temps : il s'agit moins de trouver le temps matériel que de décider d'utiliser son temps différemment.

Identifiez dès maintenant les éléments positifs et les éléments négatifs au sujet de la motivation des partenaires pour participer à la réalisation d'un PIGEPS dans la communauté sous étude. Le tableau qui suit explicite le contenu de ces éléments.

Vous aurez l'occasion de vous exprimer en termes plus spécifiques dans le tableau récapitulatif de la page 92.

Eléments POSITIFS
Enthousiasme noté de ceux qui attendaient une occasion de promouvoir un changement.

Eléments NEGATIFS
Doute exprimé par des professionnels de santé chevronnés sur l'efficacité d'un système nouveau.

Rien à signaler !

Concessions à faire pour travailler en équipe : partage de locaux et équipement.

Réponse aux sollicitations impossible sans redéfinition des rôles. Cependant, possibilité de collaboration de jeunes médecins.

La faisabilité est appréciée sur la base des trois trains de paramètres suivants :

- 1. La motivation à participer au PIGEPS
- 2. Les moyens d'exécution
- 3. L'organisation

III.1.1 La MOTIVATION à PARTICIPER au PIGEPS

Les élan comme les réserves des partenaires à l'égard d'un projet comme un PIGEPS doivent être connus ; ils gravitent autour de 4 questions : crédibilité, prestige, intérêt matériel et disponibilité.

1. Crédibilité. Avant tout, le futur partenaire (ou intervenant) doit croire dans la validité du projet.

Le promoteur d'un PIGEPS aura d'abord la charge d'informer et de convaincre pour entraîner autant que possible des partenaires dans son sillage.

Qui parmi les partenaires possibles sera favorable ?
ou
Qui sera réticent ?

2. Prestige. L'approche pluridisciplinaire pour la résolution d'un problème de santé entraîne immanquablement une répartition nouvelle des rôles.

Certains professionnels, dont la compétence était jusque-là sous-estimée, par exemple, pourraient maintenant tenir des rôles prépondérants.

D'autres professionnels pourraient souffrir d'une désaffection relative et d'une baisse de leur prestige, qu'ils ne partageaient guère avec le reste de l'équipe de santé.

3. Intérêt matériel. L'innovation dans l'approche et dans l'organisation du travail, suivant les indications du PIGEPS, exigera des promoteurs un effort qui ne sera pas nécessairement compensé, du moins à court terme, par des avantages matériels (salaire, temps aménagé, confort,...)

Crédibilité

Prestige

Intérêt matériel

Disponibilité

Reconnaissance formelle des compétences et des rôles de certaines instances ou catégories professionnelles.

Opportunité pour de nouvelles prestations.

Mobilisation aisée de fonctionnaires naturellement investis d'une mission de santé publique.

III.1.2 Les MOYENS d'EXECUTION

Un PIGEPS, comme tout plan ou programme, nécessite, pour être exécuté, des moyens. Ou bien ils existent dans la communauté et il faudra les inventorier et les mobiliser. Ou bien, ils n'existent pas et il faudra les importer.

Il s'agit de 2 situations qui ont chacune leur spécificité qu'il faudra analyser sous l'angle du budget, du matériel et du personnel.

1. Le budget. Des fonds ne peuvent être dégagés à partir d'un budget régulier de fonctionnement (ministères, hôpitaux, facultés, municipalités, etc.) pour couvrir l'ensemble du PIGEPS, sans qu'une rubrique de ce budget ne le permette explicitement.

A défaut, les fonds devront provenir de contributions volontaires consenties par des organisations ou des institutions directement intéressées par le PIGEPS.

Dans un cas comme dans l'autre, les montants et leur destination devront être clairement évalués et exprimés pour éviter toute ambiguïté lors de la collecte des fonds et de leur utilisation en cours de projet.

2. Le matériel. Cette rubrique couvre les éléments suivants, éventuellement nécessaires pour l'exécution du projet : local, équipement médical, mobilier, véhicules, petit matériel de laboratoire ou de soins, fourniture de bureaux, commodités, etc.

Le matériel peut être affecté en prêt ou définitivement, à temps partiel ou exclusivement au projet, il peut être usagé ou neuf et spécialement acquis sur les fonds alloués pour le projet.

3. Le personnel. Tandis que le personnel fonctionnaire de la santé publique pourrait être assez facilement détaché pour réaliser le PIGEPS, il n'en est pas de même pour le personnel relevant d'autres institutions ou ministères, avec lesquels il faudra négocier éventuellement, quelques contrats ou tout au plus obtenir des "gentlemen agreements" pour une période définie.

De plus, l'affectation, sous une même autorité, de personnels relevant de tutelles diverses n'est souvent obtenue qu'après de longs conciliabules.

Enfin, le personnel volontaire n'a pas toujours la stabilité souhaitée.

Une fois réunis, ces personnels doivent être instruits et encadrés afin d'accomplir avec compétence les gestes et attitudes attendus.

A titre d'exemple :

Eléments POSITIFS

Budget
Les chapitres du budget actuel couvrent déjà les besoins du projet.

Matériel

Des partenaires escomptant des retombées positives du PIGEPS prêtent leur concours pour l'affectation du matériel requis.

Personnel

Du personnel polyvalent se prête facilement à l'exécution des tâches nouvelles.

Eléments NEGATIFS

Des promesses de subvention conditionnent le lancement du projet.
Pas de garantie formelle.

Des locaux sont par-tagés et l'équipement sert à plusieurs usages, sans garantie de disponibilité générale.

Le personnel est affecté par une administration sans que les auteurs du PIGEPS participent à leur sélection.

... Relevez les éléments positifs et négatifs propres à votre PIGEPS et complétez le tableau à la page 92.

III.1.3 L'ORGANISATION

Les conditions de réussite d'un PIGEPS reposent sur la qualité de l'organisation sanitaire.

L'analyse de faisabilité vérifiera en particulier l'existence :

- d'un modèle de fonctionnement des services de santé propre à soutenir l'exécution d'un PIGEPS.
- d'une circulation appropriée de l'information et
- de la division du travail en équipe.

1. Le modèle de fonctionnement. Les services de santé, hospitaliers et/ou extra-hospitaliers, sont-ils prêts à s'atteler à un PIGEPS ?

Ceux-ci doivent fonctionner selon un modèle prévoyant leur participation à la réalisation d'un programme de lutte globale au bénéfice d'une population.

Est-ce le cas dans votre communauté ? Existe-t-il des indications de la volonté des services de santé à exprimer leurs responsabilités vis-à-vis de la santé d'une population toute entière ?

Un ordiogramme devrait être publié pour signaler explicitement les interventions que ces services doivent assurer dans la collectivité. (32)

En son absence, une concordance du service de santé avec les options nationales de politique de santé devra être pour le moins recherchée.

Le rôle d'entraînement des services de santé publique sur les autres partenaires du PIGEPS dépend en partie de l'existence de cet engagement.

2. L'information. L'information sanitaire doit être reconnue et utilisée comme une aide à la décision. A la phase d'exécution du PIGEPS, la récolte et l'analyse d'indicateurs de santé sont nécessaires pour orienter et corriger la marche des événements. (25)

Certaines statistiques devraient être saisies de façon standardisée, quels que soient les professionnels de la santé impliqués et, ensuite, traitées globalement pour que l'instance coordonnatrice du PIGEPS puisse évaluer l'importance du problème dans la communauté et l'impact du programme de lutte.

3. L'équipe. L'organisation du travail au sein de l'équipe des intervenants (partenaires) doit être confiée à une autorité coordonnatrice du PIGEPS.

Certes, les différents partenaires pourront exprimer librement leur adhésion à l'entreprise du PIGEPS, mais un consensus devra néanmoins être acquis sur les rôles respectifs et complémentaires de chacun. (34) (35)

A titre d'exemple :

<u>Modèle</u>	<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
<p>Un service de santé sert déjà de point focal dans un réseau d'activités comprenant un volet curatif et un volet préventif.</p>	<p>La spécificité et l'individualisme de chaque structure de santé sont jalousement défendues.</p>	<p>La récolte de statistiques de toutes sortes sans portée pratique a provoqué une aversion pour tout effort supplémentaire dans l'amélioration de l'information sanitaire.</p>
<p>Un fichier de maladies chroniques est déjà exploité et pourrait être étendu sans investissement important.</p>	<p>L'autorité municipale a la confiance des différents partenaires qu'elle réunit régulièrement dans ses locaux. Le siège de la municipalité est reconnu comme Q.G.</p>	<p>Des compétitions et des confusions dans les prérogatives risquent de provoquer des affrontements ou des tiédeurs dans la coopération dès qu'un leadership s'affirmera parmi les professionnels de la santé.</p>
<p>L'information</p>	<p>Equipe</p>	

... Relevez les éléments positifs et négatifs propres à votre PIGEPS et complétez le tableau de la page 92.

➤➤➤ Ces indications sur la faisabilité du PIGEPS peuvent vous paraître formelles et théoriques. Elles comprennent en fait 10 critères dont il est plus que probable qu'ils ne seront pas satisfaisants avec la rigueur voulue.

Ne pensez-vous pas qu'il soit souhaitable d'en être conscient avant le feu de l'action ?...

Vous trouverez ci-dessous le tableau récapitulatif de faisabilité pour les 3 trains de paramètres :

- motivation à participer au PIGEPS
- moyen d'exécution
- organisation

Ne relevez que ce qui vous semble vraiment utile de relever :

Tableau récapitulatif de FAISABILITE

<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
--------------------------	--------------------------

● MOTIVATION à PARTICIPER au PIGEPS

Crédibilité

Prestige

Intérêt

Matériel

Disponibilité

● MOYENS d'EXECUTION

Budget

Matériel

Personnel

● ORGANISATION

Modèle

Information

Equipe

III.2 TABLEAU DE PROGRAMMATION

La partie finale du PIGEPS consiste à intégrer toutes les données obtenues antérieurement en un tableau de programmation.

En effet, après avoir :

- défini et documenté le problème de santé,
- prévu les interventions contre ce problème,
- désigné les intervenants possibles,
- précisé les principaux rôles des intervenants,
- évalué les conditions et les circonstances d'application des différentes recommandations dans la communauté choisie,

il reste à prévoir un calendrier d'exécution.

C'est le but du "TABLEAU de PROGRAMMATION".

Celui-ci contient une séquence d'énoncés d'activités réparties en 3 phases :

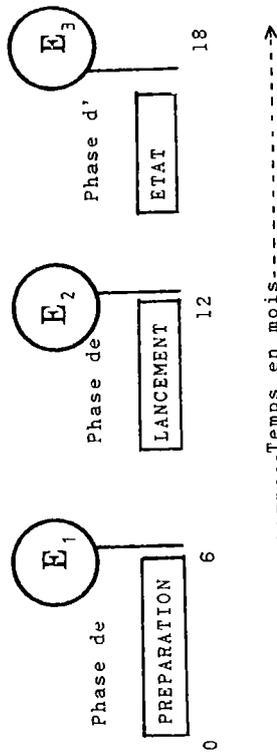
- une phase de préparation,
- une phase de lancement,
- une phase d'état,

séparées chacune par une évaluation. L'estimation de la durée de chaque phase est propre à chaque PIGEPS.

La PHASE de PREPARATION sera occupée par la réunion des préalables avant le lancement du PIGEPS. Ces préalables vous sont connus maintenant, voyez le " tableau de faisabilité " à la page 92, pour définir des activités en rapport avec cette phase.

L'échelle temporelle proposée est mensuelle et hebdomadaire.

Après la période jugée nécessaire pour les préparatifs, une évaluation (E₁) vérifiera si les conditions minimales sont satisfaites pour entreprendre la phase suivante, celle du lancement. Cette évaluation, comme les suivantes (E₂ et E₃), se fera à partir de certains indicateurs, des indicateurs de réussite et également des cotes d'alerte, niveaux minima de réalisation en-dessous desquels la réussite du PIGEPS est menacée.



Pendant la PHASE de LANCEMENT, se fait l'introduction progressive d'activités en rapport avec les objectifs définis dans la deuxième partie du canevas (voir "Décrire les rôles", page 80 à 83). On procède à une ultime sélection des activités prioritaires et à leur ordonnancement.

Enfin, dans la PHASE d'ETAT, on prévoit le plein rendement du PIGEPS.

... Remplissez un tableau de programmation semblable à l'exemple présenté plus loin, en suivant les instructions ci-après :

1. Indiquez, dans la colonne de gauche, le mois et la semaine où les activités devront être engagées.
2. Présentez sommairement le type des activités suivant la phase de programmation.

Inspirez-vous pour cela du tableau de faisabilité (page 92) pour la phase de "préparation" et de la liste des objectifs (page 82) pour la phase "lancement" et la phase "état".

3. Rappelez-vous ici que les activités sont des efforts consentis pour atteindre des objectifs. L'objectif est un aboutissement et s'évalue en fin de phase, tandis que les activités sont énoncées comme des instructions à résonance concrète et immédiate. (36)
4. Indiquez dans la colonne de droite, certaines recommandations pour faciliter l'exécution des activités : rappel des moyens indispensables, échéance absolue, coût probable, nom des partenaires impliqués, etc.
5. Au terme d'une phase et obligatoirement après une période de 6 mois, procédez à une évaluation en utilisant 2 types d'indicateurs : indicateurs de réussite, cotes d'alerte.
6. Les indicateurs de réussite permettent de juger du degré de réussite du PIGEPS, en examinant dans quelle mesure les objectifs fixés préalablement ont été atteints.
Pour la phase "préparation", des indicateurs peuvent être proposés après avoir consulté le "tableau de faisabilité" (page 92).
Pour les phases suivantes, les indicateurs sont fixés après avoir consulté la liste des objectifs ou des rôles pour les intervenants (page 82).
7. Les cotes d'alerte indiquent le niveau minimum de performance ou de réalisation en-dessous duquel le PIGEPS risque d'être bloqué. Si ces cotes sont atteintes, elles doivent déclencher des mesures spéciales de réactivation.

EVALUATION (E1)

- Indicateurs de réussite (exemples)
- . Pourcentage de médecins de libre pratique souscrivant au projet
- . Taux de participation aux réunions préparatoires
- . Proportion des équipements livrés par rapport aux équipements promis.
- Cote d'alerte
- . Affectation d'une assistante sociale pour la visite à domicile des malades réfractaires à la consultation. Indispensable au système de surveillance.

III.2.2 Phase 2 - LANCEMENT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>	
<u>Mars</u>	2	Charger un surveillant de service de sortir les dossiers d'hypertendus consultants à l'hôpital et de constituer de nouveaux dossiers appro- priés pour la surveillance (dossiers-types).	Obtenir le soutien de l'administration hospitalière pour le réaménagement physique des archives. Responsabiliser un surveillant au titre de gestionnaire du fichier. Montrer comment ça marche, pas seulement expliquer théoriquement. Faire intervenir le petit groupe de référence (voir Janvier 1 de la phase 1). Envoyer personnalisé avec lettre accompagnante signée par une autorité reconnue.
<u>Avril</u>	1	Envoyer comme prévu un protocole pour le traitement de l'HIA et d'une centaine de dossiers-types pour la surveillance des hypertendus dans les 15 postes de consultations externes (privés ou publics) ouverts à la communauté.	Organiser une réunion de sensibilisation et de formation pour le personnel médical et paramédical de l'hôpital sur l'utilisation pratique des dossiers-types et leur établissement.

Exemple de TABLEAU de PROGRAMMATION
(extrait d'un PIGEPS concernant l'hypertension artérielle)

III.2.1 Phase 1 - PREPARATION

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>	
<u>Septembre</u>	1	Sonder quelques collègues par contact personnel au sujet de l'intérêt à entreprendre un PIGEPS sur l'hypertension artérielle.	Contact personnalisé sans laisser traquaire une impression de fait accompli.
	3	Proposer à la principale structure de santé (ex. : hôpital local) de jouer un rôle promotionnel dans le projet.	
<u>Octobre</u>	1	Faire part, au cours d'une réunion élargie du contenu du PIGEPS.	Invitation adressée personnellement à tous les partenaires potentiels.
	2	Envoyez une note explicative à tous les partenaires sur le but et le déroulement du PIGEPS et sur les rôles de chaque partenaire. Recueillir des commentaires.	Faire signer la note par l'autorité coordonnatrice au cours de la réunion de la première semaine d'octobre.
<u>Novembre</u>	1	Evaluer le coût total annuel d'un PIGEPS. Identifier les sources de financement et d'approvisionnement.	Réduire la dépense financière au maximum. Obtenir des assurances avant d'aller plus avant.
<u>Janvier</u>	1	Constituer un petit groupe de référence (médecin, assistante sociale, infirmier, administratif) chargé, à partir de l'hôpital, d'appliquer à l'application du PIGEPS.	Choisir du premier coup les gens adéquats, les motiver et les responsabiliser (distribution de littérature, réunions restreintes).
<u>Février</u>	3	Obtenir un consensus général et définitif sur le rôle des différents intervenants au cours d'une réunion préparatoire du PIGEPS.	

- 2 Organiser la première consultation d'hypertendus en suivant l'approche nouvelle.
- 3 Contacter personnellement chaque collègue pour s'assurer de la bonne réception du protocole et des dossiers-typés et les conseiller dans l'instauration du fichier de surveillance.
- Faire plusieurs visites d'inspection préalables à la première consultation.
- Disponibilité du petit groupe de référence à se rendre au domicile des collègues.

EVALUATION (E₂)

- Indicateurs de réussite (exempls)
- . Proportion de médecins de libre pratique pratiquant la surveillance des hypertendus suivant la méthode proposée.
 - . Pourcentage des hypertendus connus fichés.
 - . Degré de participation des personnels sensibilisés de l'hôpital à la réalisation du projet.
- Cote d'alerte
- . Diffusion par l'autorité coordinatrice d'un compte-rendu du PIGEPS depuis son lancement, pour soutenir et améliorer la participation des différents partenaires.

III.2.3 Phase 3 - ETAT

DATE Mois/Semaine	ACTIVITES	RECOMMANDATIONS
Septembre	1 Solliciter la participation de 2 à 3 hypertendus assidus pour animer une psychothérapie ou une éducation sanitaire de groupe.	Sélectionner des maîtres motivés, disponibles et compétents pour jouer ce rôle. Insister sur le volontariat, mais penser à la continuité.

Octobre	1	Organiser, pour 20 hypertendus, une première session d'éducation sanitaire sur les changements de mode de vie.	Inviter un observateur extérieur qualifié pour juger du déroulement de la séance. Trouver le moment de moindre gêne pour les participants.
	3	Recevoir des étudiants en médecine et paramédicaux en stage et les orienter vers leurs objectifs éducationnels en la matière.	Avoir distribué préalablement un document sur la surveillance des hypertendus, sur l'organisation du stage et sur leur rôle.
		Encadrer et superviser l'équipe pluridisciplinaire d'étudiants stagiaires. Leur faire percevoir la dimension du PIGEPS et les introduire auprès des médecins généralistes.	Obtenir des médecins de libre pratique que les étudiants assistent à leur consultation de chroniques. Suivre leurs recommandations.
	1	Conduire une première opération de dépistage de l'HTA parmi les travailleurs d'une usine et leur proposer une conduite à tenir suivant les cas.	S'assurer que les propositions faites dans la conduite à tenir pourront être tenues. Impliquer l'administration de l'usine.
	4	Faire un premier bilan de la surveillance épidémiologique des hypertendus dans la communauté : nombre et catégories socio-professionnelles.	Proposition d'un travail statistique minimum pour les intervenants. Essentiel du travail laissé au groupe de référence.

EVALUATION (E₃)

- Indicateurs de réussite (exemples)
- . Taux de couverture des hypertendus sans cesse croissant.
 - . Amélioration du degré d'assiduité des hypertendus connus et répertoriés.
 - . Rééducation de la proportion de complications de l'HTA par défaut de surveillance.
- Cote d'alerte
- . Approvisionnement régulier en médicaments, matériel et fournitures pour la surveillance et l'éducation sanitaire.

OUF !

... Vous venez de terminer la lecture du document méthodologique pour l'élaboration d'un PIGEFS (Plan d'Interventions Global à l'Égard d'un Problème de Santé) :
Bravo :

SACHEZ que :

1. Vous venez de parcourir en quelques dizaines de pages, et sans défailir, un abrégé de planification sanitaire :
2. Vous allez, au cours d'un séminaire de 4 jours, jeter les bases, en dépit du caractère schématique de l'exercice, d'un programme de lutte contre un problème de santé qu'il vous appartiendra d'améliorer par la suite.

Et maintenant ?

Maintenant, suivez systématiquement les instructions contenues dans le tableau récapitulatif de la page suivante, indiquant le canevas d'élaboration d'un PIGEFS :

Ne retenez, pour chacune des rubriques, que ce qui vous semble approprié au problème de santé que vous avez choisi de traiter.

BONNE ROUTE !

CANEVAS d'ELABORATION d'un PIGEFS

RAPPEL des INSTRUCTIONS

■ Première partie - Le PROBLEME de SANTE

1. REMPLIR la grille pour "définir" un problème de santé
2. REMPLIR la grille pour "accorder une priorité" au problème
3. ENUMERER les facteurs responsables (maximum 1/2 page)
4. DECRIRE l'histoire naturelle du problème (maximum 1/2 page)
5. CONSTRUIRE un modèle épidémiologique (schéma 1/2 page)
6. DRESSER un "portrait-robot" (maximum 1/2 page)
7. DRESSER la communauté d'un point de vue démographique (appellation, étendue, caractéristiques, carte) (maximum 1 page)
8. DECRIRE la communauté d'un point de vue épidémiologique (fréquence, coût) (maximum 1 page)

■ Deuxième partie - Les INTERVENTIONS

9. REDIGER un protocole pour une action curative (maximum 1/2 page)
10. ENUMERER les actions préventives (maximum 1/2 page)
11. ENUMERER les actions réhabilitatrices (maximum 1/2 page)
12. CONSIDERER les interventions en matière d'organisation sanitaire
13. CONSIDERER les interventions en matière de recherche
14. CONSIDERER les interventions en matière de surveillance épidémiologique
15. CONSIDERER les interventions en matière d'éducation sanitaire
16. CONSIDERER les interventions en matière de formation de base
17. CONSIDERER les interventions en matière de formation continue
18. DRESSER la liste des intervenants possibles
19. CONSTRUIRE une matrice des aires de responsabilités (remplir le tableau)
20. REDIGER les objectifs à atteindre pour les intervenants (maximum 2 pages)

■ Troisième partie : LA PROGRAMMATION

21. REMPLIR un tableau récapitulatif de faisabilité
22. REMPLIR un tableau de programmation pour la Phase 1/Préparation
23. REMPLIR un tableau de programmation pour la Phase 2/lancement
24. REMPLIR un tableau de programmation pour la Phase 3/État.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) HAYNES, M.A.
Assessment of personal health problems : an epidemiological approach
in Health planning, qualitative aspects and quantitative techniques, pp. 158-178
The Johns Hopkins University, Baltimore, Ma., USA, 1972.
- (2) Setting priorities for health development
A learning package for self-teaching (draft edition)
WHO/HMD, Geneva, 1981.
- (3) MAC MAHON, B.
Epidemiologic Methods
in Preventive and Community Medicine
(ed. Duncan W. Clark and Brian Mac Mahon), 2nd edition,
pp. 59-80
Little, Brown and Company, Boston, 1981.
- (4) BROWN, G.
Sociology and the aetiology of disease
in Seminar in community medicine
Volume I. Sociology (ed. Acheson, R., Aird, L.), pp. 49-92
Oxford University Press, 1976.
- (5) LEVY, E., BUNGENER, M., DUMENIL, G., FAGNANI, F.
Economie du système de santé
Dunod, Bordes, Paris, 1975
(Consulter pp. 124-131 pour les facteurs de risque
pp. 132-134 pour le modèle épidémiologique
pp. 134-142 pour l'histoire naturelle du problème
de santé).
- (6) OMS
Les risques de maladie et d'invalidité
Rapport d'un symposium sur l'identification des personnes et
des groupes de population exposés à un risque élevé
Bureau Régional de l'Europe, OMS, Copenhague, 1972.
- (7) HOPWITZ, O.
Epidemiological parameters for the public health evaluation
of a chronic disease
in Health care and epidemiology
(ed. Holland and Karhausen), Chapter 10, pp. 143-152
Henry Kimpton Publishers, London, 1978.

- (8) CVJETANOVIC, B., UEMURA, K., GRAB, B., SUNDARESAN, T.
Use of mathematical models in the evaluation of the
effectiveness of preventive measures against some infectious
diseases
in Uses of epidemiology in planning health services,
Proceedings of the Vith International Scientific Meeting,
IEA (ed. Davis, A.M.)
Savremena Administracija, Belgrade, January 1973, pp. 913-933.
- (9) BOELEN, C.
Guide des stages de santé publique
Institut Technologique de Santé Publique
Constantine, Algérie, 1973
(déposé à la bibliothèque de l'OMS à Genève).
- (10) KNOX, F.G. (ed.)
Epidemiology in health care planning
Chapter 9 - Sources of information, pp. 57-69
IEA/WHO
Oxford University Press, New York - Toronto, 1979.
- (11) ALDERSON, M.
An introduction to epidemiology
Chapter 3. Other sources of routine data, pp. 38-82
The MacMillan Press Ltd, 1976.
- (12) UEMURA, K.
Collection of data from established sources
in Data handling in epidemiology, pp. 55-68
(ed. Holland, W. W.)
Oxford University Press, London, 1970.
- (13) MAC MAHON, B., PUGH, T.F.
Epidemiology, principles and methods
Chapter 5 - Measures of disease frequency
Little, Brown and Company, Boston, 1970.
- (14) ROUQUETTE, C., SCHWARTZ, D.
Méthodes en épidémiologie
Editions Médicales Flammarion, Paris, 1970
(consulter les chapitres VIII, X et XI).
- (15) LE NET, M.
Le prix de la vie humaine
2e édition
La Documentation Française, Paris, 1978.
- (16) ROSCH, G. et la D.E.M. du CREDOC
Eléments d'économie médicale
Chapitre II : La micro-économie médicale,
comportement des agents économiques, pp. 49-82
Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1973.

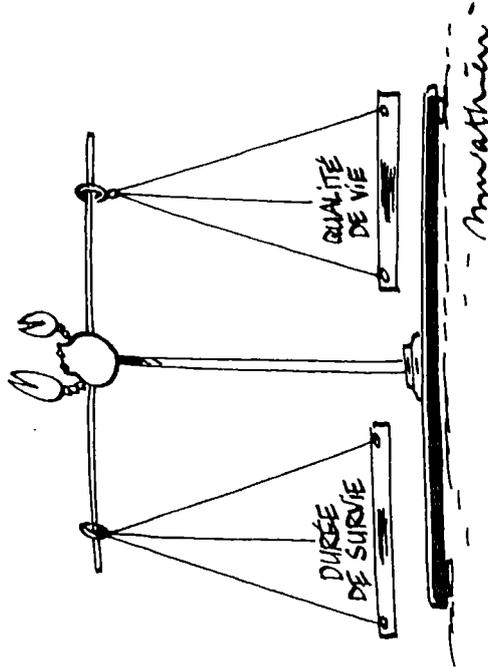
- (17) ESSEX, B.J.
Diagnostic pathways in clinical medicine
An epidemiological approach to clinical problems
Churchill Livingstone, Edinburgh, London and New York, 1976.
- (18) DUDLEY, H.A.F.
Algorithmic, sequential/logical approaches to clinical management
in Clinical Practice and Economy (ed. Philips, C.I., Wolf, J.N.)
pp. 113-119
Pitman Medical Publishing Co Ltd, Kent, England, 1977.
- (19) Measuring the coverage, effectiveness and efficiency of health care
Report of a WHO collaborative study Programme
WHO/SHS/SPM/81-1, Genève, 1981.
- (20) BOELEN, C., BEN DRIDI, M., BEN AYED, H.
L'organisation de la médecine communautaire ou comment coordonner les actions sanitaires pour des groupes de population
Tunis Médicale (sous presse).
- (21) BOELEN, C., BEN DRIDI, M., BEN AYED, H.
L'enquête " Bilan de santé " dans une population
Tunis Médicale (sous presse).
- (22) COCHRANE, A.L.
L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine
Editions Gallilée, Paris, 1977.
- (23) Equipe Tuniso-Belge
La fiche opérationnelle pour l'hypertension artérielle
in Manuel d'instruction à l'usage du personnel de santé
Agence Générale de Coopération au Développement, Bruxelles, Belgique, 1981
(document ronéotypé de l'équipe tuniso-belge du Cap Bon).
- (24) Organisation Mondiale de la Santé
Registres de l'infarctus du myocarde, N 5
Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977
- (25) CUST, G., SANDERSON, C.F.B.
Information and local planning
in Seminars in community medicine
Vol. 2 - Health information, planning and monitoring, pp. 67-92
(ed. Acheson, R.M., Hall, D.J., Aird, L.)
Oxford University Press, 1976.

- (26) BOELEN, C.
Réussir une formation ou
la Planification de l'enseignement des sciences de la santé
par objectifs
Série " Réussir ", n° 1 - Diaporama sonorisé avec manuel
d'accompagnement (80 diapositives, cassette de 30 minutes,
manuel de 22 pages)
OMS, Genève, 1980 (en dépôt à la bibliothèque HMD/EDS).
- (27) BOELEN, C.
Méthodologie de l'apprentissage à la pratique médicale, pp. 1-61
in Apprentissage à la pratique médicale ou
Pédagogie des stages en médecine
Comité National de Pédagogie Médicale, Tunisie, 1982.
- (28) LOWE, C.R., KOSTRZEWSKI, J.
Epidémiologie. Un guide de méthodes d'enseignement
(traduit par L.M.F. Massé). IEA/WHO
Editions Médicales Polonaises, Varsovie, 1973
(consulter les chapitres 8 et 9, pp.43-56).
- (29) Centre pour la Recherche et l'Innovation dans l'Enseignement
(CERI)
La formation aux professions de santé : nouvelles
orientations adaptées à l'évolution des systèmes
OCDE, Paris, 1975
Voir, surtout la section 4 : Les réactions de l'enseignement
à l'évolution des systèmes de soins médicaux, pp. 79-95.
- (30) L'enseignement de la médecine par l'approche modulaire
(Méthodologie, pp. 1-47 - Contributions, pp. 48-216)
Comité National de Pédagogie Médicale, Tunisie, 1980.
- (31) ARGELLES, J.-L., NACER, T.
Planifier la formation continue
Revue de Formation en Santé Familiale
Vol.1, n° 1, 1982, pp. 13-16.
- (32) BOELEN, C.
Matrice des aires de responsabilités, ou
tentative de délimitation des tâches respectives des membres
de l'équipe sanitaire
Institut Technologique de Santé Publique, Constantine,
Algérie, 1974
(déposé à la bibliothèque de l'OMS à Genève).
- (33) GUILBERT, J.-J.
Guide pédagogique pour les personnels de santé
Publication offset, n° 35
OMS, Genève, 1981
(consulter chapitre " Objectifs éducationnels ", pp.101-162).

CONTRIBUTIONS

- (34) BOELEN, C.
La problématique de la constitution des équipes de santé
Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
XXIIe année, n° 1, pp. 49-66 (janvier-mars 1982).
- (35) ACHOUR, N., BEN AYED, H., BOELEN, C., HAMZA, B., KHADRAOUI, S.,
MHENNI, E., NACEF, T., ZOUARI, B.
A propos d'un cas ... de réflexion pluridisciplinaire sur
la santé
Tunisie Médicale, n° 2, 1981, pp.97-101.
- (36) HANGEJORDEN, O.
Proposal of a hierarchical classification of health service
objectives, activities and resources
Public Health, London (1979), 93, pp. 358-362.
- (37) JENICEK, M., CLEROUX, R.
Epidémiologie - Principes - Techniques - Applications
Maloine SA, Paris, 1982.

LE CANCER BRONCHIQUE,
UN MODELE POUR LA PRISE EN CONSIDERATION
DE LA QUALITE DE LA VIE DANS LE CANCER?



P. BARTSCH
P. MINET

I. PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DE SANTE

Le choix du traitement dans le cancer bronchique est déterminé par plusieurs paramètres dont les plus importants sont le stade d'évolution, l'histologie, l'âge, l'état fonctionnel.

Dans certaines formes, l'attitude peut être univoque (cas opérables) ; pour d'autres formes, le choix thérapeutique reste discuté, oscillant entre l'abstention thérapeutique pure et simple et la radio-chimiothérapie lourde.

L'efficacité de ces traitements agressifs est jugée pratiquement exclusivement sur la mesure de la survie exprimée, soit en courbe de survie actuarielle, soit le plus souvent par la médiane de survie.

La validité des chiffres de survie est maintenant fondée sur des essais thérapeutiques " randomisés. "

La qualité de la vie durant cette période de survie courte (moins d'un an) n'est pas prise en considération. Il existe pourtant des méthodes permettant :

- de mesurer la qualité de la vie ; ces mesures aboutissent à une cotation allant de 0 à 10 (par ex. : indice de KARNOFSKY)
- de l'intégrer dans un algorithme de décision médicale ; cette intégration peut se faire de deux manières :

A : en ajoutant un échelon à l'arbre de décision ;
 B : en pondérant la durée de survie par sa qualité suivant des techniques connues. (tableau I).

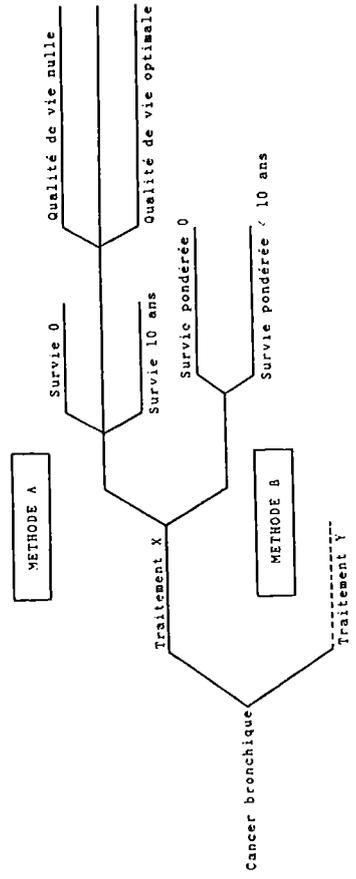


Tableau I

BARTSCH P.

Spécialiste des Hôpitaux
 Secteur de Pneumologie
 Département de Médecine Interne
 Hôpital de Bavière - Université de Liège
 Boulevard de la Constitution, 66
 4020 LIEGE
 TEL : 041 / 42 01 90 ext 224
 et S.P.I.M.P. : rue de Wallonie, 28
 4430 GRACE-HOLLOGNE
 TEL : 041 / 63 88 40

BELGIQUE

BELGIQUE

MINET P.

Chef de Travaux
 Service de Radiothérapie
 Hôpital de Bavière - Université de Liège
 Boulevard de la Constitution, 66
 4020 LIEGE
 TEL : 041 / 42 01 91

BELGIQUE

I.1 CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

Nous voulons attirer l'attention sur le paradoxe suivant : les résultats de la lutte anti-cancéreuse sont généralement exprimés en termes "espérance de vie" alors que la définition universelle de la santé entérinée par l'OMS fait référence à un état de bien-être physique, mental et social sans en préciser la durée.

I.1.1 Critères de DEFINITION du problème de santé

I.1.1.1 Définition en termes spécifiques

La conjonction espérance de vie et qualité de vie dans le cancer bronchique paraît être une définition correcte précise et limitée, en comparaison, par exemple, avec un titre de type " Le problème du cancer bronchique dans la Province de Liège ".

I.1.1.2 Expertise du problème

En général, l'évaluation conjointe de l'espérance et de la qualité de la vie n'a guère été tentée. Cependant, ce problème intéresse depuis longtemps l'équipe pluridisciplinaire de l'Université de Liège.

I.1.1.3 Action pluridisciplinaire

Cette action est envisagée de manière permanente :

Au niveau de l'espérance de vie :

1. par le dépistage précoce des lésions néoplasiques du poumon grâce au service provincial itinérant de médecine préventive (sous la direction de l'un des auteurs du PIGEPS) et surtout grâce à l'activité du secteur curatif ;
2. par une action thérapeutique pluridisciplinaire médicale, chirurgicale, radio et chimiothérapique organisée à l'Hôpital de Bavière depuis 1972, régulièrement évaluée par des moyens informatiques et portant sur environ 150 malades par an.

Au niveau de la qualité de la vie et de la synthèse entre l'espérance et la qualité de la vie :

1. Nous avons tenté une expérience de participation d'un confrère Psychiatre ; un psychologue social nous paraît être plus indiqué pour évaluer et mesurer la qualité de la vie ;
2. Nous venons de tenir deux séminaires à ce sujet dont les résultats sont actuellement disponibles ;
3. Nous avons des rapports organisés avec le C.U.M.G. (Centre Universitaire de Médecine Générale) permettant des stratégies communes avec les médecins généralistes.

I.1.1.4 Dimension communautaire

1. De nouvelles responsabilités professionnelles devraient pouvoir être assumées par le médecin de famille et l'équipe universitaire.
2. Les patients concernés feront peut-être appel à différents groupements (Ecoute-Cancer, C.R.A.C., Centre Régional d'Action contre le Cancer), associations diverses contre l'acharnement thérapeutique, qui impliquent des bénévoles à côté de professionnels de la Santé).

CONCLUSIONS SUR LE CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

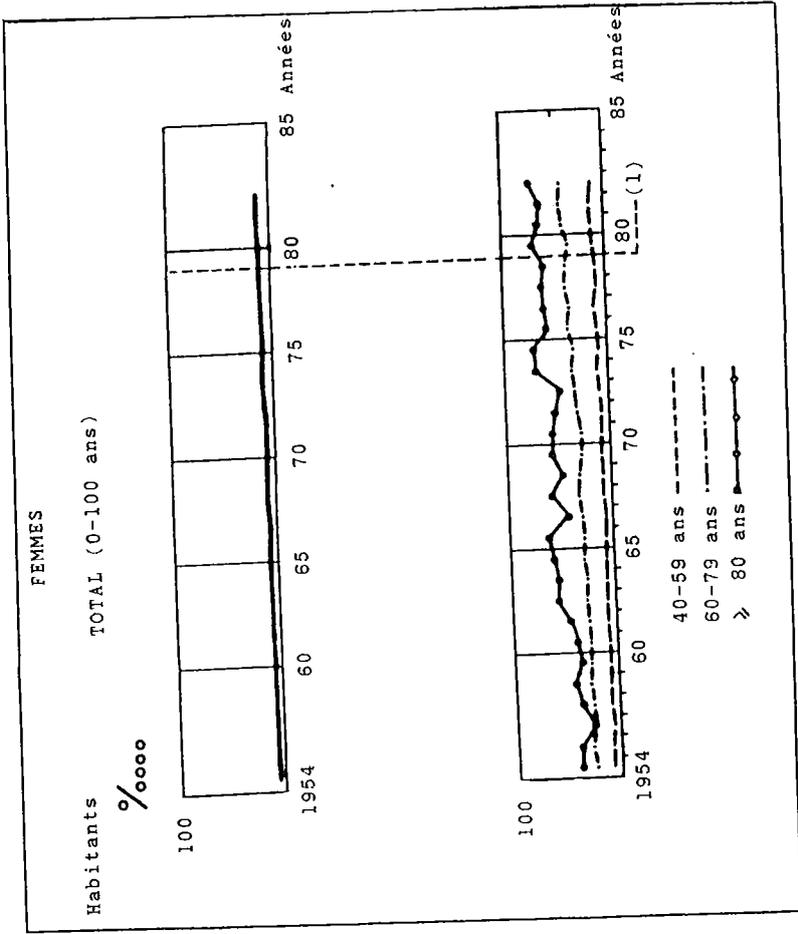
A. Le problème de santé a été DEFINI en TERMES SPECIFIQUES	3
B. Il existe une EXPERTISE du sujet	2
C. Une ACTION PLURIDISCIPLINAIRE a été envisagée	3
D. La DIMENSION COMMUNAUTAIRE a été perçue	3
TOTAL	11

I.1.2 Critères de PRIORITE

I.1.2.1 Problème courant

Le cancer bronchique est le premier cancer masculin en ce qui concerne la mortalité; celle-ci continue à augmenter (Tableaux 2 et 3) et à dépasser 100/100 000 hommes. Tous ces cas constituent un problème aussi bien au niveau de l'espérance de vie que de la qualité de la vie.

EVOLUTION DU TAUX DE DECES PAR AGE ET PAR SEXE
TUMEURS MALIGNES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

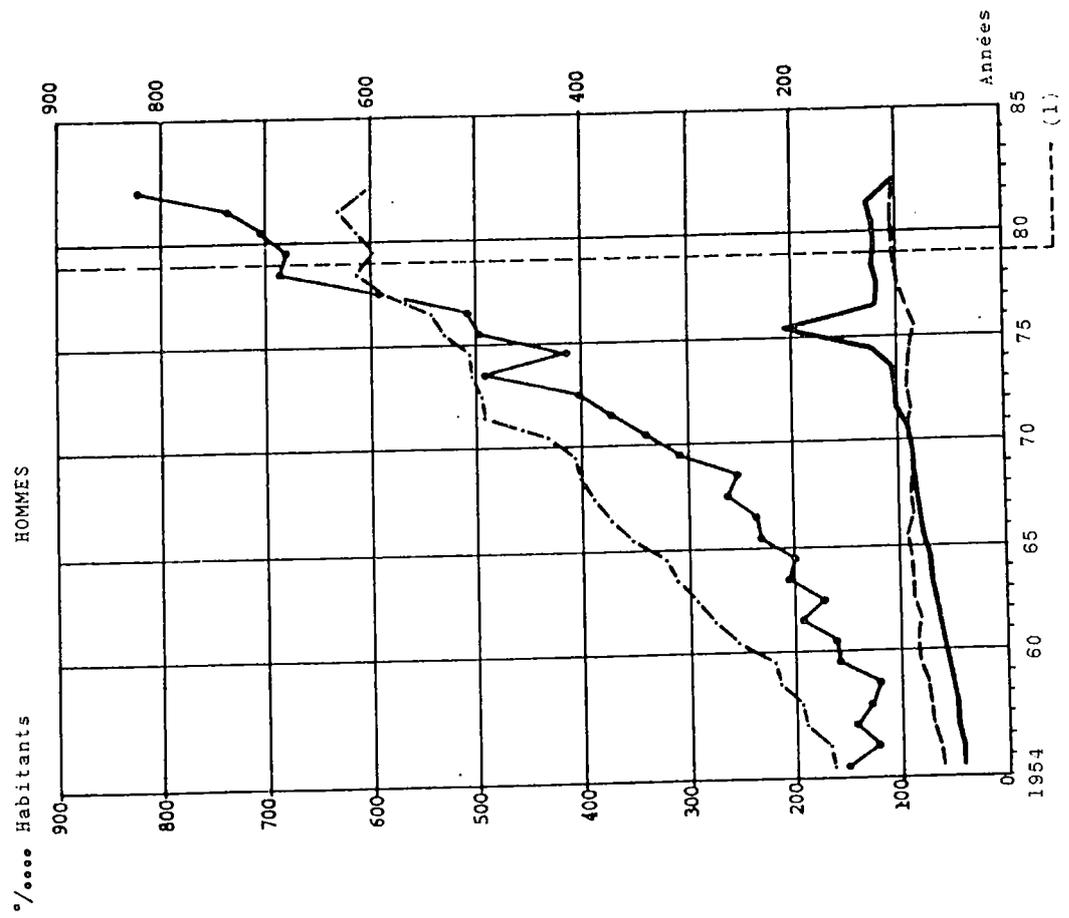


(1) 1979 à 1982 : chiffres provisoires

Annuaire statistique de la Santé Publique - Ministère de la Santé
et de la Famille 1982

Tableau 3

EVOLUTION DU TAUX DE DECES PAR AGE ET PAR SEXE
TUMEURS MALIGNES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE



(1) 1979 à 1982 : chiffres provisoires

Annuaire statistique de la Santé Publique - Ministère de la Santé
et de la Famille 1982

Tableau 2

Le cancer bronchique semble être en augmentation, surtout chez la femme bien que cela n'apparaisse pas au niveau des rapports de l'Oeuvre Belge du Cancer. La réorganisation récente du Registre du Cancer à laquelle nous participons au niveau du Comité Scientifique permettra, nous l'espérons, de mieux mesurer l'incidence réelle de l'affection.

I.1.2.2 Ce problème entraîne des suites graves pour l'état de santé

En effet, environ 90 % des patients atteints de l'affection meurent de cette affection. La survie étant brève, le problème de la qualité de la vie durant cette période courte est particulièrement crucial, d'autant que les traitements palliatifs sont générateurs d'effets secondaires souvent importants et pénibles.

Pour les cas à survie plus longue, les séquelles du traitement sont invalidantes (lobectomie, pneumonectomie).

Ces séquelles compromettent parfois la qualité de la vie et doivent être envisagées par une équipe spécialisée.

I.1.2.3 Populations déjà défavorisées

Le cancer bronchique, suite connue du tabagisme, de la pollution générale et de certaines expositions professionnelles, affecte de manière préférentielle les groupes de populations défavorisés vraisemblablement par cumulation de facteurs (confirmation récente par une étude de SONDA - Répartition géographique des cas de néoplasie broncho-pulmonaire à Liège - Licencié en Sciences Sanitaires 1983-1984, Faculté de Médecine - Université de Liège).

I.1.2.4 Technologie et moyens

Une équipe pluridisciplinaire diagnostique et thérapeutique est évidemment la plus appropriée pour obtenir les meilleurs résultats au niveau de la survie. Une telle équipe existe à l'Université de Liège, son action peut certainement encore être optimisée.

L'amélioration de la qualité de la vie pour les cas les plus défavorables doit être assurée également par une équipe pluridisciplinaire, orientée davantage vers le traitement de la douleur, l'amélioration de l'état général, la lutte contre les complications infectieuses et autres. Cette équipe devrait être créée.

Le support logistique de ces deux équipes devrait être constitué par une cellule d'évaluation et de coordination ayant pour fonctions :

- l'enregistrement des cas avec leur traitement et leur évolution jusqu'au décès (survie) ;
- une mesure de la qualité de la vie répétée pendant le décours de la maladie ;
- une aide à la décision médicale quant à l'agressivité de la stratégie thérapeutique à partir des paramètres enregistrés et analysés en a) et b).

I.1.2.5 Coût du programme

L'essentiel des coûts est déjà supporté par l'INAMI. Cependant, une meilleure coordination et, surtout, une évaluation plus détaillée de chaque objectif "survie et qualité" demande une dotation couvrant des frais de statistique, d'informatique et la rétribution d'un personnel dédié à cette tâche, comprenant certainement la présence d'un psychologue social.

I.1.2.6 Attente de la population

L'éclosion récente, ces dernières années, de groupements de type "Ecoute Cancer", "Mourir dans la dignité", démontre que la population est soucieuse non seulement de la durée de vie du patient cancéreux, mais aussi de la qualité de la vie de ces patients.

CONCLUSIONS

A. Le problème retenu est-il COURANT ?	3
B. Le problème entraîne-t-il des SUITES GRAVES pour l'état de santé ?	3
C. Le problème touche-t-il des POPULATIONS DEFAVORISEES par ailleurs ?	3
D. Existe-t-il une TECHNOLOGIE et les MOYENS PROPRES à résoudre le problème ?	2
E. Le COUT d'un programme d'intervention contre un problème de santé est-il ACCEPTABLE ?	3
F. La POPULATION ATTEND-ELLE les services proposés ?	3
TOTAL	17

I.2 CAUSES DU PROBLEME

Nous ne nous intéresserons pas à la prévention générale du cancer du poumon qui est le souci de nombreux organismes (FARES : Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé, C.C.A.T. : Comité de Coordination Anti-Tabac, O.B.C. : Oeuvre Belge du Cancer, etc.) puisque nous avons limité notre PIGEPS à la maladie installée et à ses conséquences.

I.2.1 Énumération des facteurs responsables

I.2.1.1 Facteurs liés à la constitution individuelle

La constitution génétique règle l'activité enzymatique pour le cancer bronchique, on soupçonne l'intervention de l'Aryl Hydrocarbon Hydroxylase (1) dans la formation de cancérogènes à partir de Polluants. L'âge intervient sans aucun doute sur l'espérance de vie et également sur la qualité de vie des patients cancéreux.

Un troisième facteur, lié peut-être à la constitution, est la variabilité de la réponse au traitement dont l'origine nous est jusqu'à présent inconnue. (Répondeurs / non répondeurs). Le statut immunitaire, le métabolisme vitaminique etc. jouent un rôle certainement important, mais encore mal précisé.

I.2.1.2 Facteurs liés au mode de vie

Certains auteurs prétendent que la survie peut être influencée par l'environnement psychologique du patient cancéreux bien que des études récentes semblent infirmer cette notion. La qualité de la vie est évidemment très dépendante de cet environnement. De nombreuses inconnues persistent quant au rôle de la teneur en oligo-éléments de l'organisme, dans les mécanismes de défense contre la maladie.

I.2.1.3 Facteurs liés à l'environnement

Sur le plan culturel, pour des patients dont la survie est généralement très courte et dont les horizons religieux et philosophiques sont de plus en plus diversifiés, l'accès à un support psychologique approprié, voire la notion du droit au suicide, méritent d'être réétudiés. (2)

- (1) KELLERMAN G., SHAW C.R., LUYTEN-KELLERMAN M., Aryl Hydrocarbon Hydroxylase inducibility and bronchogenic carcinoma N.Engl. J. Med. 289 : 934 (1973).
 (2) Par ailleurs, notre organisation sanitaire permet-elle d'assurer au patient un confort physique et psychique optimal tout spécialement dans la phase terminale ?

I.2.2 Histoire naturelle du problème de santé

I.2.2.1 Stade " PRE "

Entre les signes d'alerte et le diagnostic, on peut se considérer en période " Pre ". Le malade s'inquiète et devrait au plus tôt consulter son médecin. Ici intervient l'importance de l'éducation sanitaire de la population en général pour favoriser un diagnostic précoce de l'affection.

I.2.2.2 Stade " PER "

Au moment de la première consultation ou du dépistage, le patient entre dans la phase " Per ". A ce niveau, on doit insister sur la nécessité d'éducation du médecin pour qu'une réaction rapide permette d'adresser le malade à un centre spécialisé pour mise au point rapide et complète. L'incidence de la maladie étant relativement En effet, le médecin traitant habituel voit peu de restreinte, le médecin dans sa carrière professionnelle ; cancers bronchiques dans sa carrière professionnelle ; il est donc indispensable que son éducation à une réaction rapide soit organisée correctement.

Une fois le patient adressé à un centre adéquat, interviendra une décision médicale pluridisciplinaire qui devrait conduire à l'exécution d'actes thérapeutiques dans les conditions optimales, tant au niveau de la maladie principale que de ses complications, aussi bien de type métastatique que surinfection, sclérose, etc.

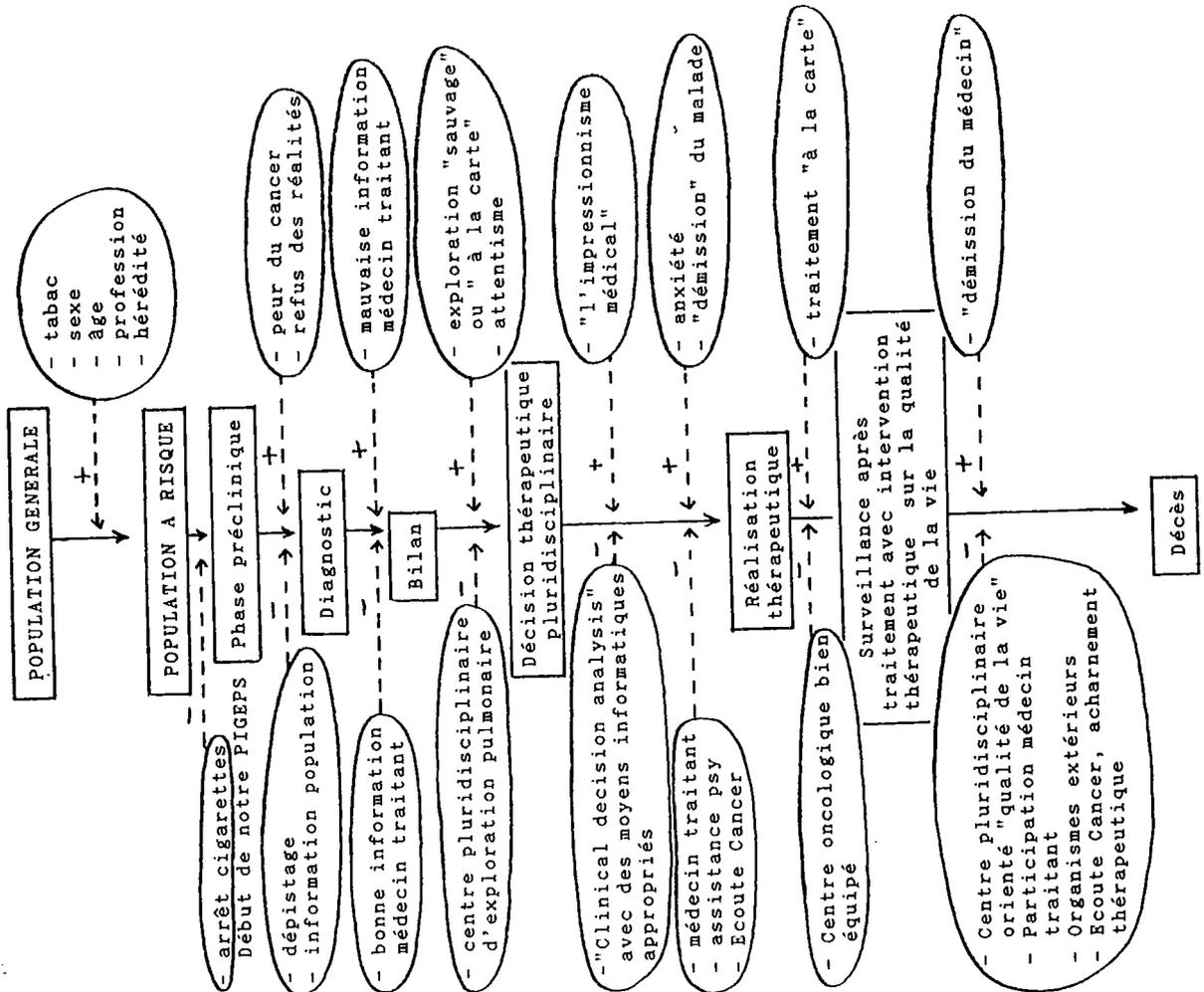
I.2.2.3 Stade " POST "

Une surveillance régulière avec reconvoication du patient par des méthodes informatisées nous paraît indispensable pour permettre une surveillance efficace des patients atteints de cancer bronchique quelle que soit la technique, ou quel que soit l'ensemble des techniques utilisées.

Seule cette surveillance régulière aboutira à des interventions efficaces au niveau de la qualité de la vie dont certains exemples peuvent être cités :

- exérèse d'un fil bronchique entraînant une toux réflexe ;
- revalidation pulmonaire après lobectomie ;
- traitement de métastases ;
- traitement de la douleur ;
- traitement des surinfections ;
- traitement des dépressions ;
- amélioration de l'état général, etc.

I.2.3 Le modèle épidémiologique



I.2.4 Le portrait-robot

Monsieur A.B., âgé de 60 ans, atteint de cancer bronchique, est envoyé à un centre pluridisciplinaire s'occupant du cancer bronchique. On décide, après la réalisation du bilan d'extension standardisé et de l'exploration fonctionnelle, de réaliser une pneumonectomie droite : la résection est possible. Après l'analyse comparative des différents traitements complémentaires possibles, on décide de pratiquer un traitement radio-chimiothérapique par association de radiothérapie à l'accélérateur linéaire et polychimiothérapie à raison d'une cure mensuelle. Après la sixième cure, le patient développe une douleur au niveau sciatique droit. La scintigraphie montre la présence d'une métastase osseuse en L5 avec tassement vertébral. Le patient est examiné à la consultation. Une irradiation localisée en L5 est réalisée et amène la sédation des douleurs. Le patient présente ensuite une augmentation du volume hépatique avec métastases à l'échotomographie et altération du bilan biologique hépatique. Le patient est placé sous corticothérapie. Après une amélioration de six semaines sur le plan général et fonctionnel, la situation se dégrade progressivement avec apparition de douleurs de plus en plus importantes.

Le patient se met en rapport avec " Ecoute Cancer " et un organisme de lutte contre l'acharnement thérapeutique. Il revoit son médecin traitant à intervalles de plus en plus rapprochés et reçoit un traitement par héroïne et anxiolytique. Il décède trois jours après le début de ce dernier traitement.

I.3 DESCRIPTION DE LA POPULATION EXPOSEE

I.3.1 Description démographique

I.3.1.1 L'étendue

Les auteurs du PIGEPS sont familiarisés avec les instances et organisations socio-médicales couvrant essentiellement la Province de Liège, à savoir approximativement 1 000 000 d'individus pour lesquels l'incidence de cancer bronchique a été définie dans la première partie (plus ou moins 1000 nouveaux cas par an).

I.3.1.2 Les caractéristiques de cette population

L'incidence maximum se situe dans les tranches d'âge au-dessus de 60 ans (cfr Oeuvre Belge du Cancer - 1980) et concerne donc une population en principe non active.

Nous avons dit antérieurement que la population concernée était essentiellement une population relativement défavorisée, par rapport à l'ensemble de la population, sur le plan social et sur le plan économique. Au niveau de cette entité démographique, il existe deux centres publics disposant des installations radiothérapeutiques suffisantes pour assurer un traitement du cancer bronchique : à l'Hôpital Universitaire de Liège et au C.P.A.S. de Verviers. Il existe en outre plusieurs centres privés disposant également d'un appareillage plus ou moins adéquat. Plusieurs organismes bénévoles sont récemment apparus sur le plan régional (C.R.A.C.(#), association contre l'acharnement thérapeutique). Enfin, les pouvoirs publics communaux (Echevinat de la Qualité de la Vie) et provinciaux (cars de dépistage) sont sensibilisés au problème.

I.3.2 Description épidémiologique

I.3.2.1 L'étendue du problème

Comme nous l'avons signalé antérieurement, la morbidité est supérieure à 100/100 000 habitants, soit plus de 1 100 nouveaux malades par an pour la Province de Liège.

La mortalité est de l'ordre de 1 000 patients par an. Les survivants à long terme, soit plus ou moins 100 patients par an, souffrent tous de séquelles post-thérapeutiques.

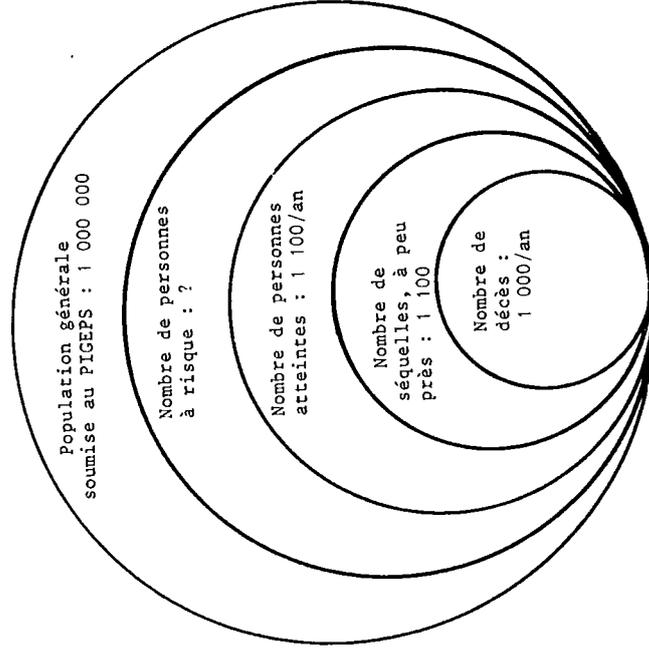
Les 1 000 patients à survie courte ont une qualité de vie médiocre qui risque d'être encore aggravée par des thérapeutiques intempestives (relevant parfois de l'acharnement thérapeutique) (cfr tableau 4).

I.3.2.2 Le coût

Le problème de santé choisi ne se prête guère à une analyse de coût du type proposé par le PIGEPS. La plupart des interventions qui peuvent avoir lieu au niveau du patient peuvent être couvertes par l'INAMI. La majorité des patients ont dépassé l'âge de la vie active.

Nous avons estimé les types de traitement réalisés pendant l'année 1983 sur 150 malades (voir arbre de décision - tableau 5) et le coût approximatif des interventions médico-chirurgicales pour chacun des 16 types de traitement réalisés (voir tableaux 6 et 7). L'évaluation pour les traitements de type "Qualité de la Vie" est purement arbitraire.

Nous disposons de la plupart des éléments permettant une analyse détaillée de la situation. Ces éléments sont informatisés, mais nous manquons d'une infrastructure d'analyse suffisante (statisticien - informaticien) pour en permettre une exploitation plus fine.



- Informer la famille pour qu'elle encourage le patient à poursuivre son traitement ;
- Informer le médecin traitant sur les résultats attendus sur le plan survie et qualité de la vie.

II.1.1.3 Actions réhabilitatrices

- Pour les opérés : mise en route au moment approprié de la kinésithérapie respiratoire ;
- Pour les autres : soutien médical, moral et socio-économique, impliquant un service médico-social bien organisé ;
- Accès à des associations de type Ecoute-Cancer, C.R.A.C., etc.

II.1.2 Sur le plan collectif

II.1.2.1 Organisation sanitaire

II.1.2.1.1 Amélioration de la couverture

Améliorer la précocité du diagnostic pour que la maladie soit décelée à un stade plus précoce, permettant une survie plus longue avec une qualité de vie améliorée.

II.1.2.1.2 Coordination

Créer une cellule chargée :

- d'élaborer puis de corriger et d'ajuster un arbre de décision, de le diffuser vers un corps médical ;
- de coordonner les différents actes thérapeutiques ;
- d'assurer la survie des patients pendant toute la durée d'évolution de la maladie.

II.1.2.1.3 Vie associative

Divers groupements existent de manière décentralisée au niveau de la Province de Liège :

- leur existence devrait pouvoir être signalée aux patients avec efficacité et discrétion ;
- leur action devrait être planifiée et évaluée en collaboration avec une cellule directrice.

II.1.2.2 Recherche

Enquête " qualité des soins " :

- Evaluation de la qualité de la vie. Par le malade, par la famille et par le médecin : analyse des méthodes existantes ;

- Planification d'études " randomisées " appropriées pour répondre à des questions faisant intervenir la qualité de la vie dans le résultat global ;

- Mise en oeuvre de l'outil informatique et statistique déjà disponible au Centre d'Informatique Médicale (C.I.M.).

II.1.2.3 Surveillance épidémiologique

- " Follow up " des malades faisant partie d'études " randomisées " avec analyse des résultats au C.I.M.

II.1.2.4 Education sanitaire

II.1.2.4.1 Planification :

- information des médecins traitants ;
- coopération avec les autres équipes de la Province.

II.1.2.4.2 Réalisation :

- organiser des séminaires inter-équipes sur l'évolution du travail.

II.1.2.5 Formation de base

Planification :

- enseignement de la théorie de la décision aux étudiants en médecine ;
- stage des étudiants en médecine dans une clinique de la douleur.

II.1.2.6 Formation continue

Collaboration avec le C.U.M.G. (Centre universitaire de médecine générale).

II.2 LISTE DES INTERVENANTS

1. Pouvoirs Publics.
Administrations communales
2. Administration de la Santé Publique.
L'Hôpital Universitaire (C.H.U.) et les hôpitaux de la Province.
3. La cellule de coordination, située dans le C.H.U. et placée au carrefour de la Faculté de Médecine et de l'École de Santé Publique.
4. Les enseignants de la Faculté de Médecine.
5. Les praticiens de la médecine.
6. Les kinésithérapeutes hospitaliers ou privés.
7. Les groupements professionnels de médecins.
8. Les associations bénévoles.

II.3 LES ROLES

Notre matrice des aires de responsabilités comprend quinze interventions assurées par huit intervenants (soit 120 cases).

De ces 120 cases, 39 sont remplies. Nous allons exprimer pour chacune d'elles un objectif et une activité.

Pour rester clair, cette formulation se fera à partir des huit intervenants.

COORDONNEES

B 2, H 2 L'Échevinat de la Qualité de la Vie de la ville de Liège existe et a collaboré déjà au C.R.A.C.

Ses objectifs devraient être :

- 1) de contribuer à l'éducation sanitaire en encourageant le diagnostic précoce de l'affection ;
- 2) de s'associer aux campagnes de dépistage ;
- 3) d'apporter son soutien aux associations bénévoles ;
- 4) de susciter des actions semblables au niveau d'autres villes de la Province.

A 3, B 3 Les hôpitaux de la Province seront invités à
C 3, E 3 participer au protocole de traitement et à la
F 3, M 3 surveillance des malades et à communiquer
leurs observations selon un modèle préétabli à
la cellule de coordination.

Q 11, R 11 La Faculté de Médecine de l'Université de
Liège devrait envisager d'organiser un
enseignement centré sur :

- 1) l'analyse de la décision médicale ;
- 2) une initiation aux traitements symptomatiques ;
- 3) les modalités de quantification de la qualité de la vie.

A 12/13 En fait, cette cellule de coordination est le
B 12/13 centre de toute l'opération.
C 12/13 Elle nous paraît devoir être "à cheval" sur
E 12/13 la Faculté de Médecine, l'École de Santé
F 12/13 Publique et le C.H.U.
H 12/13 Son rôle est à tous les échelons de concevoir
I 12/13 l'action et de l'évaluer en recourant au
J 12/13 service du C.I.M., d'un informaticien et d'un
L 12/13 statisticien.

M 12/13 Elle a également un rôle de planification, de
N 12/13 direction et d'exécution. En ce qui concerne
Q 12/13 la coordination des activités, l'enquête
R 12/13 qualité des soins se fait grâce à un
S 12/13 psychologue et le traitement de l'information
T 12/13 au centre d'informatique médicale.

A 17, B 17 Le médecin praticien devra intervenir en
D 17, E 17 accord avec la cellule de coordination pour
F 17, H 17 appliquer les protocoles prévus, orienter le
malade vers les institutions adéquates,
surveiller les traitements et l'évolution des
malades.

F 18 Les kinésithérapeutes interviennent dans la
revalidation des patients traités par
chirurgie.

H 19, S 19 Les associations professionnelles vont
T 19 contribuer à l'amélioration du diagnostic
précoce et à la formation continue des
personnels de santé.

B 20, C 20
F 20, J 20

Les associations bénévoles de type Oeuvre Belge du Cancer, etc. peuvent jouer un rôle dans l'éducation sanitaire du malade, de la famille et dans la rééducation du malade.

Enfin, et à titre très général, s'est sous la pression de la population globale que l'idée de prendre la qualité de vie en considération s'impose de plus en plus.

MATRICE des AIRES de RESPONSABILITES

PROBLEME de SANTE
ETUDE : LE CANCER

BRONCHIQUE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Pouvoirs Publics	Admn. de la Santé Publ.	Developpement socio-economique	Faculté de médecine	Ecoles de Santé Publ.	Praticiens	Assct- actions	Public															

INTERVENTIONS

Sur le PLAN INDIVIDUEL																					
A Usage de protocole																					
PREVENTION																					
B Educ. Sant. malade																					
C Educ. Sant. famille																					
D Protection entourage																					
E Surveillance																					
REHABILITATION																					
F Appareillage/Réduc.																					
G Réinsertion sociale																					
ORGANISATION SANIT.																					
H Amélioration couvert																					
I Coordination activ.																					
J Vie associative																					

Sur le PLAN COLLECTIF																					
K Enquête "Bilan Santé"																					
L Enquête "Qual. soins"																					
SURVEILLANCE EPIDEM.																					
M Surveillance groupes																					
N Traitement inform.																					
EDUCATION SANITAIRE																					
O Planification																					
P Réalisation																					
FORMATION de BASE																					
Q Planification																					
R Réalisation																					
FORMATION CONTINUE																					
S Planification																					
T Réalisation																					

(.) LEGENDES

- 1 = Délégation
- 2 = Municipale
- 3 = Hôpitaux
- 4 = Dispensaires, PMI, ...
- 5 = Service d'hygiène publique
- 6 = Education
- 7 = Affaires Sociales
- 8 = Travail
- 9 = Habitat
- 10 = Fac. Méd. (Instituts)
- 11 = Fac. Méd. (Enseignants)
- 12 = Fac. Méd. (Etudiants)
- 13 = Ecol. Santé (Instituts)
- 14 = Ecol. Santé (Enseign.)
- 15 = Ecol. Santé (Etudiants)
- 16 = Méd. Santé Publique
- 17 = Méd. Libre pratique
- 18 = Autres profession. Santé
- 19 = Groupements profession.
- 20 = Associations bénévoles
- 21 = Public choisi
- 22 = Grand public

INSTRUCTIONS : - Entourez les lettres et les chiffres pour les interventions et les intervenants à retenir dans votre PIGIPS.
- Délimitez les aires de responsabilités par la méthode : "0, +, ++, +++, +++" ou "S, A, N, T, E" ou

III. TROISIEME PARTIE : LA PROGRAMMATION

III.1 EVALUATION DE LA FAISABILITE

III.1.1 Motivation

	<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
<u>Crédibilité</u>	Il existe dans notre société une tendance croissante, satisfaisante sur le plan quantitative de vie, à s'intéresser à la qualité de celle-ci. La Faculté de Médecine n'est pas indifférente au problème.	Les professionnels de la santé s'estiment parfois satisfaits de leur action sur le plan technique ; ils ne voient pas l'intérêt de prendre en charge le "bien-être" de la population.
<u>Prestige</u>	Dans une institution réputée pour ses prestations techniques, l'intérêt manifesté pour la qualité de la vie ne peut que servir son prestige	Néant
<u>Intérêt matériel</u>	La prise en compte documentée dans le choix d'un traitement, de la qualité de la vie, c'est-à-dire des effets secondaires des drogues, amènera des confrères méfiants devant ce qu'ils considèrent comme une tendance à l'acharnement thérapeutique à nous confier leurs malades.	Néant
<u>Disponibilité</u>	Souvent grande à ce propos, pour les associations bénévoles et professionnelles.	Certains praticiens pourraient reculer devant des questionnaires " qualité de vie " à remplir à propos de leurs malades (surcroît d'administration).

III.1.2 Moyens d'exécution (cfr annexe)

Eléments POSITIFS

Budget
Une part importante des frais sont couverts par l'INAMI ; Le projet " qualité de la vie " représente moins de 10 % du coût actuel de la maladie.

Matériel
Les installations informatiques du CIM existent et nous collaborons avec cette équipe depuis longtemps. Les locaux nécessaires au fonctionnement de la cellule de coordination pourraient facilement être dégagés.

Personnel

La collaboration des médecins praticiens et des médecins hospitaliers dépend de notre capacité à les convaincre. Des liens privilégiés existent déjà avec diverses institutions de soins. L'Echevinat de la Qualité de la Vie de la ville de Liège est sensibilisé. Il faut compléter une cellule de base motivée. Les enthousiasmes existent

Eléments NEGATIFS

Le projet est conditionné par une subvention annuelle de l'ordre de 2 millions.

La cellule de coordination devrait disposer d'un micro-ordinateur pour la gestion quotidienne du projet ; coût : plus ou moins 200 000.

Il faut rémunérer l'équipe du CIM et les prestations du statisticien pour certains travaux de recherche et de routine.

Il faut rémunérer le personnel de la cellule de base (voir estimation du coût).

III.1.3 Organisation

Eléments POSITIFS

Modèle
Des essais sont déjà en cours et il apparaît qu'aucun obstacle formel n'existe.

Information

Un fichier des patients et de leur survie existe depuis 1972 et pourra être étendu sans difficultés autres que financières.

Equipe

L'équipe travaille depuis longtemps sur l'objectif survie. Il ne se pose aucun problème à l'intégration de nouveaux membres.

Eléments NEGATIFS

L'information du patient qui doit faire un choix entre effets secondaires (risque) et résultats (survie) est délicate lorsque le diagnostic est souvent caché et le pronostic a priori défavorable.

Néant.

Néant.

III.2 TABLEAU DE PROGRAMMATION

III.2.1 Phase 1 - PREPARATION

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>Janvier</u> 2	Informar la municipalité et les autorités provinciales . Informar les associations professionnelles et bénévoles. Rechercher le financement de la cellule de coordination auprès du Ministère de la Santé de la Communauté française et d'autres organismes.	Contact personnel avec l'Echevin. Contact avec la Députation permanente. Contact personnel et lettres officielles.
<u>Février</u> 1	Contactar les autorités de la Faculté de Médecine pour demander l'ouverture d'un cours libre sur la décision médicale et sur la quantification de la qualité de la vie dès l'année académique 1985 - 1986. Informar le comité de gestion et la Direction du C.H.U.	Contact personnel et lettres officielles.
<u>Mars</u> 1	Inviter les médecins hospitaliers de la Province à une réunion d'information et leur demander un accord de principe.	Evaluer le nombre potentiel de partenaires hospitaliers.
<u>Avril</u> 1	Affiner l'évaluation du coût du projet.	S'assurer que le financement de la cellule de coordination sera obtenu.
<u>Mai</u> 1	Inviter les médecins praticiens à une réunion d'information et solliciter leur participation.	Evaluer le nombre de partenaires participants potentiels.

<u>Mai</u> 3	Obtenir un accord de principe pour compléter la cellule de coordination.	Contacts personnels.
<u>Juin</u> 1	Obtenir une assurance de financement. Obtenir un consensus général de tous les intervenants.	

EVALUATION (E1)

- Indicateurs de réussite :
 - . accord sur le financement ;
 - . nombre de participants hospitaliers ;
 - . nombre de participants généralistes ;
 - . désignation des membres de la cellule de coordination.
- Cote d'alerte : pas de financement.

III.2.2 Phase 2 - LANCEMENT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>Septembre</u> 1	Installer la cellule de coordination et la charger d'établir : . un arbre de décision tenant compte de la qualité de la vie ; . la liste des informations à transmettre à la cellule de coordination pour chaque nouveau malade ; . les modalités de la participation du psychologue ; . les modalités de la surveillance des patients et de leur enregistrement informatisé.	Utiliser la masse d'informations déjà présente.
<u>Octobre</u> 1	Commencer une expérience Pilote au C.H.U.	Cette première phase ne doit pas nécessairement être informatisée.
3	Commencer les cours libres prévus à la phase de préparation.	
<u>Novembre</u> 1	Envoyer le projet affiné à tous les participants.	
<u>Décembre</u> 1	Réunir tous les médecins hospitaliers et généralistes du FIGEPS pour entendre le projet à l'ensemble des participants.	

EVALUATION (E₂) Fin décembre

- Indicateurs de réussite :
- . accord des participants sur le protocole ;
 - . pourcentage des participants toujours disposés à appliquer le protocole.
- Cote d'alerte : échec de l'expérience pilote au C.H.U.

III.2.3 Phase 3 - ETAT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>Janvier</u> 1	Contacter les administrations communales de la Province et les inciter à apporter leur soutien aux praticiens et hôpitaux de leur secteur impliqués dans le FIGEPS. Contrôler la régularité et la qualité de l'information par les utilisateurs du protocole. Piloter la coordination des traitements curatifs et symptomatiques.	Par l'intermédiaire de l'Echevinat de la ville de Liège. D'abord par des méthodes manuelles.
<u>Février</u> 1	Enregistrer les paramètres choisis pour chaque patient. Programmer le microordinateur pour assurer la gestion quotidienne du FIGEPS.	Par le C.I.M.
<u>Mars</u> 1	Demander aux administrations communales et aux associations professionnelles et bénévoles de planifier une campagne publique d'information sur la "qualité de la vie" et d'inviter la population à se soumettre à un dépistage précoce du cancer bronchique.	
<u>Avril</u> 1	Associer les organisations de paramédicaux (kiné, etc.) au FIGEPS.	Avec l'assistance du statisticien de la cellule d'organisation et du C.I.M.
<u>Mai</u> 1	Faire un premier bilan des résultats obtenus et proposer une éventuelle réforme de l'arbre de décision.	Avec l'assistance du statisticien de la cellule d'organisation et du C.I.M.

Octobre 1

Faire le bilan de la première année d'enseignement.
Faire le bilan global de la première année du PIGEPS.
Evaluer les possibilités d'étendre le PIGEPS " qualité de la vie " à d'autres types de cancer.

EVALUATION (E₃)

- Indicateurs de réussite :

- bonne participation en nombre et qualité des participants extérieurs au C.H.U. ;
- bon fonctionnement de routine du microordinateur ;
- succès de l'enseignement organisé.

- Cote d'alerte : diminution du flux de patients enregistrés.

annexe

LES MOYENS D'EXECUTION

ESTIMATION DU COUT D'UNE EQUIPE " QUALITE DE LA VIE "

Pour placer cette estimation dans son contexte, nous renvoyons le lecteur au premier chapitre pour le coût du diagnostic et du traitement d'un cancer bronchique. L'intervention d'une équipe " Qualité de la Vie " va entraîner un coût supplémentaire que nous nous efforçons de préciser.

Faisons remarquer que la prise en considération de la qualité de la vie pourrait inciter à ne pas entreprendre un traitement sérieux et peut-être inutile ou peu utile, et par conséquent diminuer le coût global des traitements par cancer bronchique.

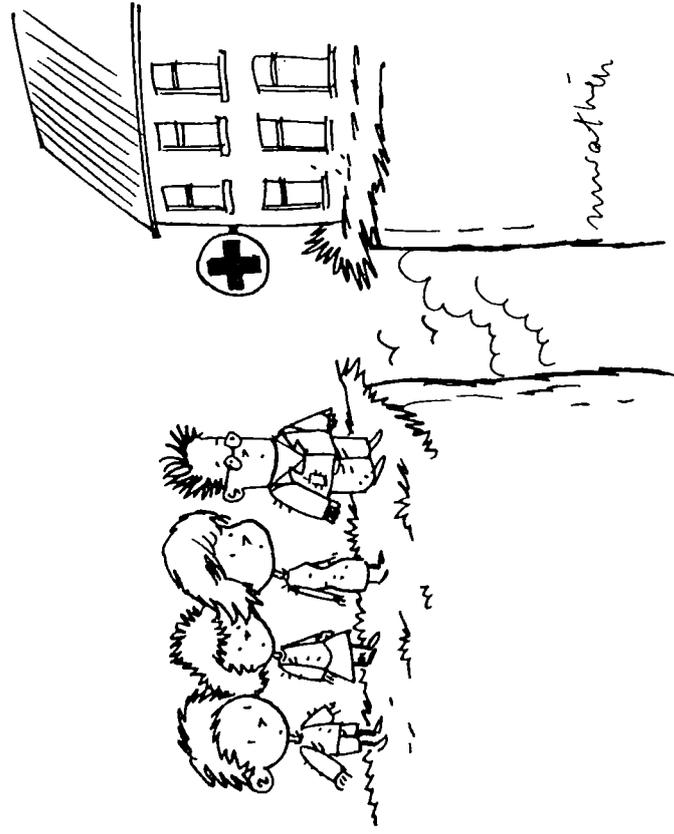
1. D'après le tableau de décision, nous avons estimé le coût moyen d'un traitement à 160 000 FB.

2. Coûts liés à la mise en place d'une équipe " Qualité de la Vie "

a) Salaires	1 Médecin	± 800 000
	1 Psychologue social mi-temps	± 400 000
	1 Informaticien quart-temps	± 200 000
	Prestations statisticiens	± 100 000
	Secrétariat mi-temps	± 300 000
b) Frais de fonctionnement		
	Temps machine	
	Frais de bureau	± 200 000
c) Investissement en 5 ans		
	1 Microordinateur	± 40 000
	TOTAL	2 040 000

Le coût d'une équipe " Qualité de la Vie ", sur la base des 150 patients examinés chaque année, est donc de ± 2 000 000 : 150 = 13 000 FB, soit moins de 10 % du coût moyen du traitement avec pour objectif la survie.

PAUVRETE ET SANTE FAMILIALE :
DIFFICULTES D'ACCES AUX SERVICES DE SANTE,
COMMUNICATION,
INCERTITUDE DE LA CONTINUITE DES INTERVENTIONS



M. BORN
V. HALLEY des FONTAINES
A. SAND
G. SCHABER

I. PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DE SANTE

I.1 CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

La pauvreté est un problème social important qui touche à 10 % de l'importe quelle population des pays développés. L'accès aux soins de santé des personnes en situation de pauvreté est difficile alors que précisément cette population présente des taux de maladie, d'accidents et de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population (cfr Rapport final du programme européen de lutte contre la pauvreté, CEE, 1981) :

- le taux de mortalité est multiplié par 2, voire 3 ;
- le nombre d'enfants handicapés par famille est plus du double ;
- les troubles physiques et psychologiques sont plus fréquents chez les personnes vivant en situation de pauvreté ;
- les grossesses à risques sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes en situation de pauvreté ;
- l'évolution de toutes les pathologies est plus sérieuse.

L'accès aux services de santé des familles en situation de pauvreté est un problème nécessitant une approche pluridisciplinaire et multisectorielle, car, par définition, la pauvreté est le cumul de situations défavorables :

- logement ;
- alimentation ;
- revenu et autres ressources ;
- participation sociale (processus de décision) ;
- insertion dans un réseau de soutien social ;
- éducation.

Les structures et les moyens existent souvent, mais leur fonctionnement est aussi souvent inadapté aux besoins comme aux demandes.

Il est financièrement possible d'envisager un programme d'action sur ce thème, car il s'agit en grande partie de réorienter les structures existantes. Toutefois, la population n'attend probablement pas grand-chose des services de santé et ceci constitue une des difficultés de l'entreprise.

BORN M.

Docteur en Psychologie
 Assistant à l'Université de Liège
 Service de Psycho-pédagogie des inadaptations sociales
 Institut de Psychologie - Université de Liège
 Sart-Tilman B 18 - 4000 LIEGE
 TEL : 041 / 56 22 72

BELGIQUE

HALLEY des FONTAINES V.

Assistante à la Faculté de Médecine Saint Antoine
 Service de Médecine Préventive et Sociale
 Rue de Chaligny, 27
 75570 PARIS CEDEX 12
 TEL : 345 10 49 - 344 33 33 poste 2697

FRANCE

SAND A.

Professeur ordinaire
 Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles
 Route de Lennik, 808
 1070 BRUXELLES
 TEL : 02 / 56 84 66

BELGIQUE

SCHABER G.

Professeur de Psychologie Clinique à l'Université de Liège
 Université de Liège
 Sart-Tilman B 18 - 4000 LIEGE
 TEL : 041 / 56 22 71
 et Institut Supérieur d'Etudes et de Recherches Pédagogiques
 7220 WALFERDANGE

BELGIQUE

LUXEMBOURG

I.2 CAUSES DU PROBLEME

I.2.1 Enumération des facteurs responsables

La non-adéquation des services

Les services de santé fonctionnent selon une logique qui est souvent différente de celle des populations pauvres. Par exemple :

- consulter à l'hôpital pour une rhino-pharyngite bénigne ;
- pratiques des heures de rendez-vous.

L'accessibilité des services

Il s'agit ici de discuter :

- la distance géographique (répartition des équipements, y inclus les problèmes de transports) ;
- la garde des enfants ;
- le coût des prestations ;
- la non-maîtrise des formalités administratives.

La relation professionnels - patients

- difficultés de communication (perception du corps, vocabulaire, concepts, ...)
- difficultés de coopération (pudeur, prescriptions, ...)

La plainte

Parce qu'elle n'est pas circonscrite, elle n'est pas souvent exprimée auprès du service compétent (isolement du médecin, compétences trop sectorisées et trop spécifiques).

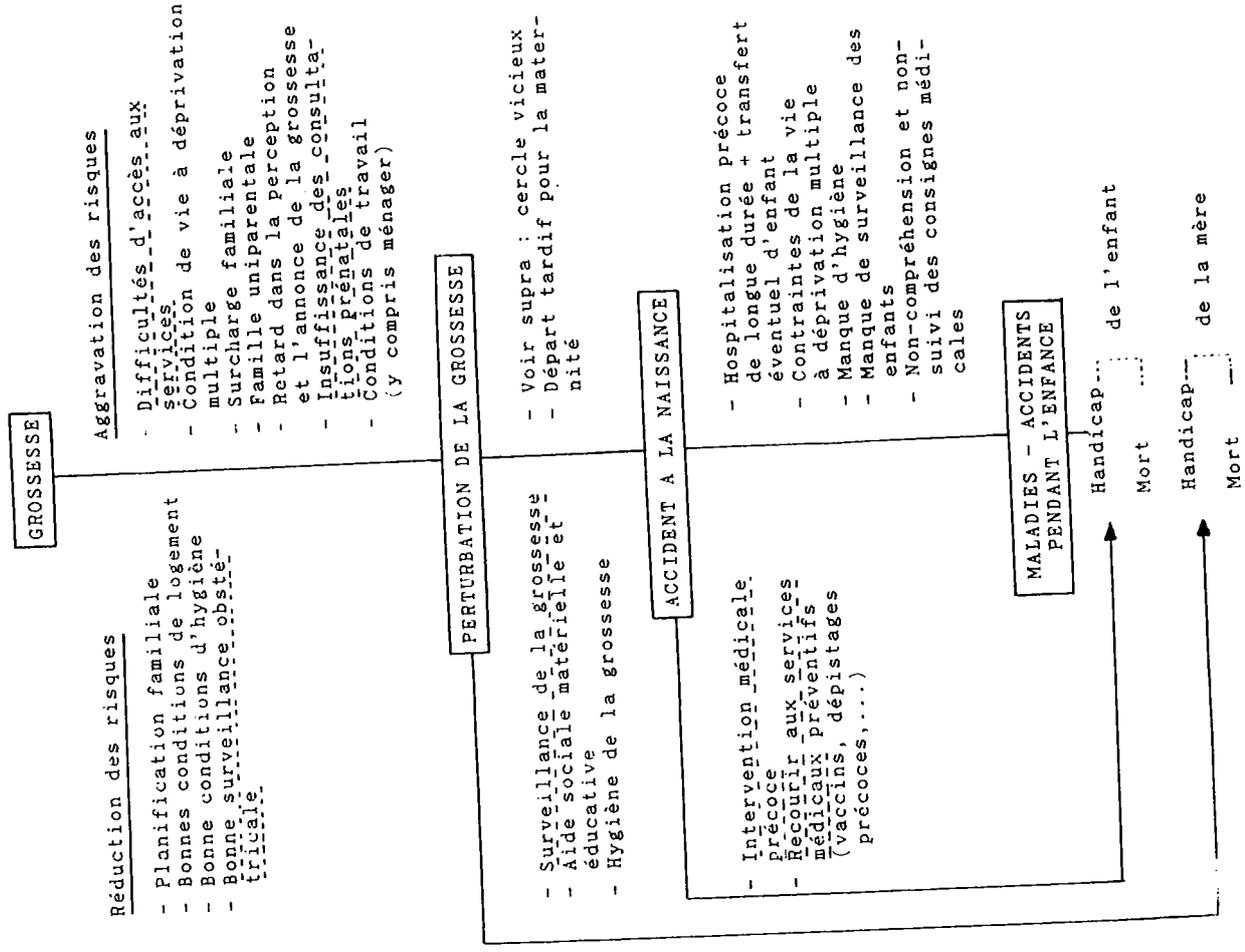
I.2.2 Histoire naturelle du problème de santé (*)

I.2.3 Le modèle épidémiologique (cfr tableau page suivante)

ILLUSTRATION du thème à propos de la grossesse et de la naissance

Population générale : Liège
 Population en situation de pauvreté : ± 10 %
 Population mère-enfant pauvre = 15 % de familles ayant un enfant entre 0 et 10 ans.

(*) Rubrique non abordée dans cc PIGEPS



I.2.4 Le portrait - robot

Madame C est âgée de 35 ans et a deux enfants dont un suit l'enseignement spécial et l'autre est placé (Institut médico-pédagogique) en raison de son handicap mental. Elle est séparée de son mari et a un compagnon occasionnel qui vient de la rendre enceinte. Elle reçoit le minime (allocation pour un minimum d'existence) et des aides ponctuelles du CPAS. Elle habite un logement au fond d'une cour et va devoir déménager parce qu'elle paye trop irrégulièrement le loyer. Elle a cessé de travailler comme ouvrière dans une usine lors de son mariage il y a 10 ans. Elle se sent lasse et déprimée et souffre de bronchite chronique. Elle fume un paquet de cigarettes par jour. Le début de sa grossesse se passe sans problème, mais....

I.3 DESCRIPTION DE LA POPULATION EXPOSEE

Pour la ville de Liège, on peut évaluer le nombre de pauvres à 40 000 personnes.

La probabilité de trouver des femmes seules est plus élevée dans les milieux défavorisés. C'est un phénomène complexe lié, plus qu'on ne le pense, au taux de chômage masculin dans des zones structurellement défavorisées.

Dans de telles conditions, le fait d'être parent seul implique des contraintes graves.

La pyramide des âges en milieu défavorisé est à base élargie.

L'habitat est urbain, comportant quelques quartiers où la concentration d'habitations vétustes et plus ou moins insalubres est plus forte (quartier Nord, Outremeuse,...).

L'infrastructure sanitaire est très complète, de même que l'infrastructure scolaire ; cependant, elle est souvent mal adaptée aux besoins des enfants socialement défavorisés.

La crise de l'emploi est nette et surtout pour les travailleurs sans qualification.

L'appareil social et l'appareil administratif sont bien développés, mais entravés par un lourd déficit des finances tant de la ville que du CPAS.

Le COUT DU PROBLEME

Actuellement, on ne dispose pas des éléments de calcul suffisants pour une appréciation globale de coût incluant les coûts sociaux et le déplacement des coûts sur d'autres secteurs.

II. DEUXIEME PARTIE : LES INTERVENTIONS

II.1 LISTE DES INTERVENTIONS

II.1.1 Sur le plan individuel

Que les enseignants et les étudiants en Faculté de Médecine et autres écoles de personnels soignants, apprennent à être attentifs à certains signes, par exemple :
 . l'inhibition des gens dans le cabinet médical ;
 . l'expression non-verbale des patients.

Favoriser les associations, de préférence des groupes informels, qui peuvent être des médiateurs, qui savent transmettre le message éducatif qui est de l'ordre de l'apprentissage simple (par le contact...), par exemple :
 . groupement de femmes dans un immeuble ;
 . comité de quartier ;
 . associations de locataires.

Aménager les conditions d'attentes et d'accueil, de manière à ce que, à cette occasion, des messages et des informations d'éducation pour la santé soient transmis.

A l'occasion d'un contact avec un service de santé, favoriser la mise en oeuvre d'interventions dans le champ social :

- . logement ;
- . éducation ;
- . conditions d'emploi et de non-emploi ;
- . équipement.

Pour réaliser cet élargissement, il faut :

- connaître les ressources du milieu ;
- donner aux familles les informations pour qu'elles réussissent à se servir effectivement des ressources qui leur seraient utiles.

Au sein des structures de prévention (P.M.I., dispensaires, consultations, O.N.B., ...) qu'il existe une possibilité d'archivage des données de surveillance (exemple : carnet de vaccination,...), qui soit le support de la communication entre les familles et les services.

Développer dans les services ouverts à la population générale, une perception - sensibilité - différenciée ;

- A cet effet, développer dans les Facultés de Médecine et les écoles de formation de personnel paramédical des programmes de formation appropriés (formation à l'accueil et la communication, approche par populations,...) ;

Recherches

" Evaluation interne du programme d'intervention " .

Pour améliorer la qualité des soins, on peut s'inspirer des pratiques et des attitudes de services dont les bases administratives ne sont pas les mêmes. Pour ce faire, il serait intéressant de mesurer les modifications induites par le passage du " pélerin " .

Pour toute enquête sociale (consommation, éducation, utilisation de services publics,...), que soient incluses dans le plan d'échantillonnage et dans les questions posées les préoccupations relatives aux populations défavorisées.

Planification

On attend des Pouvoirs Publics qu'ils facilitent des actions de sensibilisation et l'octroi de crédits appropriés pour la formation du personnel, les déplacements et le soutien logistique.

Formations continues

Dans le cadre des formations continues existantes, inclure les objectifs définis ci-dessus.

Dans le cadre de la pratique professionnelle, organiser la création de groupes de type Balint.

II.2 LISTE DES INTERVENANTS

La mise en oeuvre d'un PICEPS concernant la pauvreté doit mobiliser les Aires de Responsabilités et les intervenants suivants :

1. Les Pouvoirs Publics.
2. L'administration de la Santé Publique.
3. Les praticiens.
4. Les Facultés de Médecine.
5. Ecoles de Santé Publique.
6. Ecoles de personnel paramédical.
7. Les Associations formelles et informelles.

- En polyclinique, on peut prévoir des rencontres régulières concernant les familles pauvres reçues dans les services ;
- Dans les situations d'impasse administrative, identifier, même a posteriori, les moyens qui auraient pu être utilisés ;
- Etablir, autour des services de santé, des réseaux de collaborations à la fois formelles et informelles.

Partout où il y a un inventaire de l'impact social à propos d'un problème de santé, que les mesures ainsi disponibles soient appliquées (par exemple, le C.R.A.P. *) par le médecin généraliste et l'équipe obstétricale.

Il faudrait que les médecins en contact avec une famille en situation de pauvreté se mettent en rapport avec un organisme de prévention privilégié tel que l'O.N.S.

II.1.2 Sur le plan collectif

Les municipalités devraient, par exemple à l'occasion d'un contact administratif, s'assurer que les familles pauvres soient couvertes réellement par une assurance maladie, même en l'absence d'un problème de santé déclaré.

Promouvoir auprès des municipalités une perception des implications pour la santé et, en conséquence, une politique d'amélioration de l'habitat des familles pauvres.

Eviter d'inventer un organe spécifique de coordination (qu'il s'agisse de personnel ou de supports écrits), car la coordination doit exister dans le modus operandi habituel de chaque service.

La mobilisation de la vie associative est indispensable à la continuité du travail entrepris avec les familles pauvres.

Pour enclencher cette mobilisation et, simultanément, créer une contagion des attitudes favorables à la communication, une personne - ressource aura l'initiative des contacts avec les équipes de terrain (fonction de pélerin). Les modalités de fonctionnement et les caractéristiques administratives des équipes autour desquelles s'organise le travail préventif peuvent être différentes d'un quartier à l'autre.

(*) Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro

II.3 LES ROLES

Ce chapitre n'a pas été structuré selon le canevas du PIGEPS

Intervenants

Les Pouvoirs Publics rendront possible :

Administration de la Santé Publique

Education à la santé des familles.

Surveillance médicale.

Amélioration de la couverture médico-sociale.

Coordination des services.

Recherche-évaluation interne de l'intervention PIGEPS.

Surveillance épidémiologique et analyses des données.

Planification.

Education à la santé des familles.

Protection médicale de l'entourage.

Surveillance médicale préventive.

Formation à la perception des problèmes psycho-sociaux en milieu de pauvreté.

Formation continue.

Organisation de groupes de type Balint.

La formation.

La formation continue.

Faculté de Médecine
Ecoles de Santé Publique
et de Personnel Paramédical

Les associations formelles et informelles.

Les moteurs de l'ensemble du projet.

Les médiateurs.

Interventions

Les Pouvoirs Publics rendront possible :

Administration de la Santé Publique

Education à la santé des familles.

Surveillance médicale.

Amélioration de la couverture médico-sociale.

Coordination des services.

Recherche-évaluation interne de l'intervention PIGEPS.

Surveillance épidémiologique et analyses des données.

Planification.

Education à la santé des familles.

Protection médicale de l'entourage.

Surveillance médicale préventive.

Formation à la perception des problèmes psycho-sociaux en milieu de pauvreté.

Formation continue.

Organisation de groupes de type Balint.

La formation.

La formation continue.

Faculté de Médecine
Ecoles de Santé Publique
et de Personnel Paramédical

Les associations formelles et informelles.

Les moteurs de l'ensemble du projet.

Les médiateurs.

III. TROISIEME PARTIE : LA PROGRAMMATION

III.1 EVALUATION DE LA FAISABILITE

III.1.1 Motivation

	<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
<u>Crédibilité</u>	Arguments statistiques (% non négligeable de la population). Dysfonctionnement perceptible des services de santé. Lourdeur de la prise en charge des cas médico-sociaux. Obligation morale pour démocratie éclairée.	Population par dénotation ignorée. Problème vaste et diffus. Tendance à dénier le problème.
<u>Prestige</u>	Option d'une politique sociale (maintien du réseau social et des structures familiales). Intérêt des mass media. Appui de groupes informels. Occasion de répondre à une demande exprimée d'améliorer la communication. Réponse aux besoins des habitants d'un quartier.	Auto-justification des systèmes existants. Risque de déséquilibre des liens inter-services. Thème non-électoral.
<u>Intérêt matériel</u>	Utilisation de systèmes existants. A long terme, désencombrement des services. Mobilisation aisée d'un petit nombre de gens très motivés.	Coûts de fonctionnement liés à l'introduction d'une nouvelle logistique.
<u>Disponibilité</u>		Inertie des institutions et de la plus grande partie du personnel.

III.2 TABLEAU DE PROGRAMMATION

III.1.2 Moyens d'exécution

<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
<u>Budget</u> Inscription possible sur d'autres postes budgétaires.	Absence de ligne budgétaire. Financement soumis à la décision politique.
<u>Matériel</u> Disponible.	Répartition inégale.
<u>Personnel</u> Effectif quasi suffisant.	Absence de formation de personnel en place. Nécessité de trouver les personnes-ressources disponibles à assumer des fonctions de médiation.
<u>Eléments POSITIFS</u>	
<u>Modèle</u> Structures de prévention très développées dans le secteur médico-social (ex. décentralisation). Structures associatives existantes. Organismes à but non lucratif déjà actifs. Structures de formation organisées (Universités).	<u>Eléments NEGATIFS</u> Biais introduit par les modèles de coordination déjà en place.
<u>Information</u> Disponibilité de l'information nécessaire à la formation de personnel. Population identifiée.	Absence d'informations spécifiques sur le problème du PIGEPS.
<u>Equipe</u> Existence d'une commission "municipale" sur le thème de la pauvreté. Equipes de prévention en place.	Charge de travail mal répartie. Résistance au travail en équipe pour certains intervenants.

III.2.1 Phase 1 - PREPARATION

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>
<u>1er mois</u>	Contacter le collège des Bourgmestres et Echevins pour obtenir : - qu'il prenne l'initiative du projet ; - les soutiens nécessaires ; - les autorisations ; - une participation à la charge financière.
<u>2e</u>	
<u>3e</u>	
<u>4e mois</u>	Le collège instaure un comité de pilotage du projet.
<u>5e mois</u>	L'inscription budgétaire est réalisée.
<u>6e mois</u>	L'équipe responsable du projet est constituée en accord avec le comité de pilotage : cette équipe comprend quelques personnes motivées issues des services concernés et de l'Université.
	Contacteur le Ministère de la Santé pour obtenir sa participation.
	Contacteur les Communautés Européennes pour obtenir leur participation.
	Contacteur le Ministère de l'Education Nationale et les pouvoirs organisateurs pour que la Faculté de Médecine et les Ecoles de formation de personnel paramédical aient les facilités nécessaires pour assurer la formation et le suivi épidémiologique.
<u>7e mois</u>	Rassembler l'équipe d'évaluation et de surveillance épidémiologique.
	<u>III.2.2 Phase 2 - LANCEMENT</u>
<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>
<u>8e mois</u>	L'équipe d'évaluation élabore le plan et la méthodologie d'évaluation ; elle réalise le pré-test. Elle identifie les instruments de mesure de

familles défavorisées.
 Les associations formelles et informelles d'habitants font pression sur les services médicaux pour :

- qu'ils pratiquent une " ségrégation positive " ;
- qu'ils aménagent les conditions d'attente et d'accueil pour les familles défavorisées ;
- qu'ils collaborent.

Les associations formelles et informelles d'habitants agissent pour l'amélioration de l'habitat et l'amélioration générale des conditions de vie.

La participation des familles pauvres au projet est régulièrement évaluée et réactivée.

Au niveau de la ville

Informé périodiquement les instances impliquées dans le champ social ;

- Sociétés de Logements sociaux ;
- Echevinat des Affaires Sociales ;
- Instances médicales.

Dans certains cas, les dossiers illustratifs parallèles aux dossiers médicaux sont transmis aux instances décisionnelles pour que les décisions se fondent sur une perception du réel social.

Le Comité de pilotage instaure une réflexion novatrice à propos de dossiers clos sans solution qui lui viennent du quartier.

Le Comité de pilotage s'assure que les structures de coordination existantes ne vont pas à l'encontre du projet.

Le Comité de pilotage s'assure que la prise en charge des familles pauvres comprend une surveillance médicale suivie de chacun des problèmes précis (par exemple de la grossesse, des maladies infectieuses des enfants...).
 Il organise l'archivage des données qui pourraient être perdues par les familles défavorisées (en collaboration avec l'ONE).

9e mois
et suivants
 (suite)

santé de déprivation multiple, de réhabilitation. L'administration communale commence à s'assurer de la couverture des familles en situation de pauvreté.

Le comité de pilotage choisit le quartier qui sera le premier terrain d'opération et la personne qui jouera le rôle de personne-ressource (pélerin).

Dans le quartier cible

Les associations d'habitants du quartier sont contactées.

9e mois
et suivants

La personne-ressource :

- 1° identifie les différents interlocuteurs du quartier ;
- 2° contribue à la mise en place des réseaux de collaboration ;
- 3° sert de médiateur entre les professionnels et la " vie associative " du quartier.

Placer des animateurs dans les réunions susceptibles de servir de support au programme

- en Polyclinique ;
- en service ONE ;
- en antenne du CPAS.

Sensibilisation et information personnalisée auprès des praticiens du quartier (médecins généralistes, gynécologues, infirmières,...).

Les praticiens et les services sociaux prennent connaissance du plan d'action, des instruments et des caractéristiques de la population définie, (les familles en situation de pauvreté).

Dans le quartier, les facilitateurs de la communication entre les services sont identifiés et ils reçoivent des moyens appropriés pour exercer cette fonction (par exemple pour la disponibilité téléphonique).

S'assurer que les praticiens connaissent les droits et les procédures en matière médico-sociale pour les familles et qu'ils transmettent l'information à leurs patients.

S'assurer que l'appui des praticiens est sollicité pour faire avancer les procédures d'intervention dans le champ social (logement, justice, éducation, emploi,...) en faveur des

- Au niveau de la formation :
- élaborer les programmes de formation ;
 - diffuser le mode d'emploi des instruments de mesure ;
 - contribuer à l'apprentissage des attitudes ;
 - adopter les moyens pédagogiques adaptés ;
 - utilisant des supports élaborés ;
 - articuler la formation et la post-formation.

15e mois

Enclenchement de la même procédure dans les autres quartiers.

III.2.3 Phase 3 - ETAT

DATE

Mois/Semaine

ACTIVITES

30e mois
Jusqu'au

36e mois

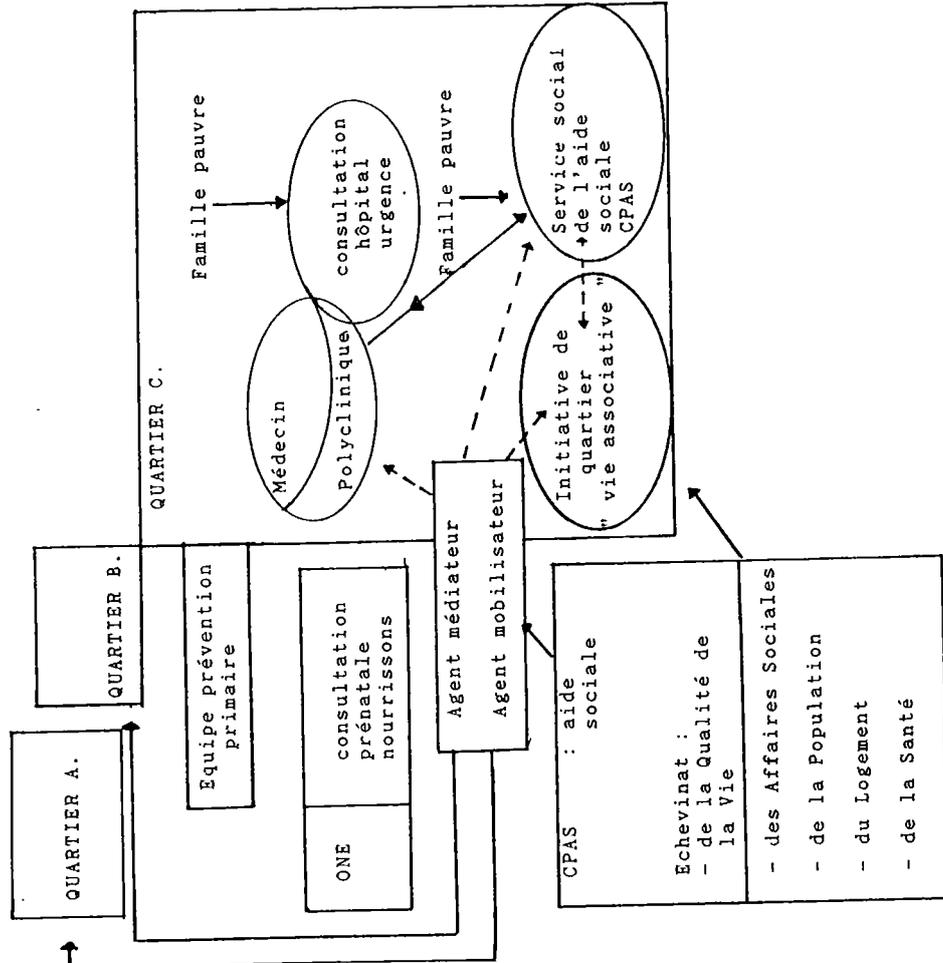
Evaluation interne et externe réalisée par l'équipe d'intervention et d'évaluation.
Analyse des résultats.
Diffusion des résultats auprès des intervenants et des pouvoirs politiques et administratifs.

EVALUATION

Indicateurs de réussite

- Par rapport aux services :
 - . augmentation du nombre de consultations prénatales ;
 - . diminution du nombre de consultations redondantes ;
 - . diminution des plaintes chez les patients connus ;
 - . stabilité du personnel en contact direct avec les familles pauvres.
- Par rapport à la population cible :
 - . diminution du nombre de handicapés ;
 - . diminution du nombre d'accouchements à risque et prématurés ;
 - . diminution du taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile.

PIGEPS PAUVRETE ET SANTE
FAMILIALE
LIEGE



BIBLIOGRAPHIE

- CARLIS, M.L., MANNI, G., Prévention et petite enfance : trois scénarii, Revue internationale d'action communautaire, 11/51, 1984, p.135.
- CARRINO, L., Pauvreté et coordination des services, CEE, 1982.
- COLLECTIF, Rapport final du programme européen de lutte contre la pauvreté, CEE, 1981, COM (81) 769 Final.
- COLLECTIF, Information, Périnatalité en région hutoise, Ville de Huy, 1984.
- DAMAS, STRAUS-GODET, VANDERHOFSTADT, VERLAINE, La périnatalité en Wallonie et à Bruxelles capitales, Société de Développement régional wallon, 1980.
- DEBIONNE, F.P., LARCHER, P., Pour une politique de la maternité, Ed. HTD, Pierrelays, 1981.
- MARSDEN, D., Mothers Alone, Penguin Books, 1969.
- LEHMANN, P., DORMOND, Y., Promotion de la santé en milieu urbain, Revue internationale d'action communautaire, 11/51, 1984.
- PAGE, J.C., MASCILLI, N., Théorie des besoins, lutttes pour la santé et expériences de médecine critique dans la région de Naples, Revue internationale d'action communautaire, 11/51 1984, p. 111.
- RIBEAUD, M.C., La maternité en milieu sous-prolétaire, Stock, Paris, 1979.
- SCHABER, G., BORN, M., GAILLY, B., DICKES, P., HAUSMAN, P., Le processus de paupérisation, GEPP, Walferdange, Luxembourg.
- VUYLSTECK, K., Inégalité sociale devant la maladie et la mort, Archives belges d'Hygiène et de Médecine Sociale, 1982, 3-3.
- WEDGE, P., PROFFER, H., BROOKS, A., Born to fail, National Children Bureau, 1973.

DEPISTAGE DU DIABETE



P. LEFEBVRE

C. CABUT

D. OLGIATI

A. STROOBANT

I. PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DE SANTE

I.1 CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

I.1.1 Critères de DEFINITION du problème de santé

Dépistage précoce et suivi du diabète sucré dans une population adulte d'une communauté de 10 000 habitants.

A. Le problème de santé a été DEFINI en TERMES SPECIFIQUES	3
B. Il existe une EXPERTISE du sujet	3
C. Une ACTION PLURIDISCIPLINAIRE a été envisagée	3
D. La DIMENSION COMMUNAUTAIRE a été perçue	3
TOTAL	12

I.1.2 Critères de PRIORITE

I.1.2.1 Problème courant

- Incidence et prévalence

Les données épidémiologiques précises en ce qui concerne le diabète ne sont pas disponibles en Belgique.
De nombreuses enquêtes réalisées dans d'autres pays ont pu estimer :

- L'incidence du diabète :

~ 8 cas/100 000 type I (Insulino - dépendant)
~ 260 cas/100 000 type II (Non insulino - dépendant)

extrapolation à la population belge :

800 cas/an type I
26 000 cas/an type II

extrapolation à la Province de Liège :

80 cas/an type I
2 600 cas/an type II

LEFEBVRE P.

Professeur ordinaire à l'Université de Liège - Titulaire de la chaire de Polyclinique médicale
Hôpital de Bavière
Boulevard de la Constitution, 66
4020 LIEGE
TEL : 041 42 61 90 ext 278 ou 645
BELGIQUE

CABUT C.

Médecin généraliste attaché au Centre Universitaire de Médecine Générale
Université de Liège
Quai de Maestricht, 5
4020 LIEGE
BELGIQUE

OLGIATI D.

Médecin interniste
Unité de Médecine Tropicale et de Santé Communautaire
Hôpital Cantonal Universitaire de Genève
1200 GENEVE
TEL : 022 / 22 61 11
SUISSE

STROOBANT A.

Médecin épidémiologiste
I.H.E. (Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie)
Rue Juliette Wytman, 14
1050 BRUXELLES
TEL : 02 / 647 99 80
BELGIQUE

- La prévalence du diabète :

- . Type I (connu) 0,20 % soit 200/100 000
extrapolation à la population belge : 20 000
à la Province de Liège: 2 000
- . Type II (connu) 2 200/100 000
extrapolation à la population belge : 220 000
à la Province de Liège: 22 000
- . Type II (méconnu) : Prévalence estimée 1,8 %
extrapolation à la population belge : 180 000
à la Province de Liège: 18 000
- . Diminution de la tolérance au glucose

I.1.2.2 Ce problème entraîne des suites graves pour l'état de santé

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est admis que la survenue des complications tardives du diabète est le résultat de l'importance et de la durée du désordre métabolique et, en particulier, de l'hyperglycémie.

De même, chez la femme enceinte, il est établi que les malformations congénitales du fœtus peuvent être la conséquence d'une hyperglycémie maternelle pendant les 3 à 8 premières semaines de la gestation.

Les conséquences de cette situation sont les suivantes (OMS, 1980) :

- Le diabète : augmente
 - la mortalité d'un facteur 2 - 3
 - la morbidité cardio-vasculaire d'un facteur 2 - 3
 - la cécité d'un facteur 10
 - les gangrènes et amputations d'un facteur 20.

De même, le risque de donner naissance à un enfant malformé est multiplié par 8 - 10 en cas d'hyperglycémie soutenue chez la mère.

Deux études récentes réalisées en Angleterre ont révélé qu'un pourcentage important de patients admis à l'hôpital pour infarctus du myocarde souffraient d'un diabète méconnu.

Ainsi, un diabète non diagnostiqué peut favoriser insidieusement de nombreuses complications.

I.1.2.3 Populations déjà défavorisées

Un niveau socio-culturel bas contribue à un manque d'information et certains facteurs de risque de diabète de type II tels que de mauvaises habitudes alimentaires entraînant un excès pondéral.

I.1.2.4 Technologie et moyens propres

La technologie très simple est basée sur la détermination peu coûteuse de la glycémie capillaire. Celle-ci peut être déterminée à l'aide de tigettes réactives et d'appareils de lecture appropriés. Dans la mesure où cette détermination est faite par un personnel entraîné, respectant une méthodologie rigoureuse, la précision de ces méthodes est suffisante pour l'objectif considéré. Des erreurs par défaut sont fréquentes aux glycémies basses qui sont très exceptionnellement rencontrées dans les conditions d'un dépistage. En règle générale, la précision est excellente dans la zone des glycémies cruciales (seuil de normalité et seuil de diabète), elle est moins bonne pour les glycémies dépassant 250 à 300 mgr/dl, mais ceci a peu d'importance dans le cas présent, toute valeur anormale par tigette devant être vérifiée par les méthodes traditionnelles.

I.1.2.5 Coût du programme

Le coût du dépistage apparaît modeste au regard du coût que représente l'hospitalisation pour acidocétose, coma hyperglycémique (50 000 FB pour 8 jours), ou encore la prise en charge du traitement des complications tardives (dialyse, transplantation rénale, amputation, etc.)

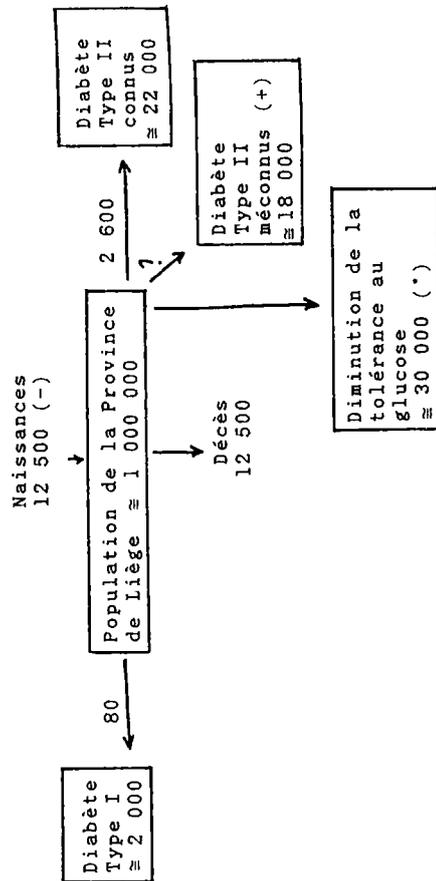
I.1.2.6 Attente de la population

Par manque d'information sur la maladie et ses conséquences, la population semble moins demander que pour d'autres maladies (cancer par ex.).

I.2 CAUSES DU PROBLEME

Ce chapitre n'a pas été développé selon le canevas du PIGEPS

Le modèle épidémiologique (appliqué à la Province de Liège)



- (-) incidence
- (+) selon une estimation faite sur 3 781 personnes se présentant au Service de dépistage de la Province de Liège, d'août à novembre 1984.
- (*) selon une estimation préliminaire faite sur 1 056 personnes des deux sexes, âgées de 40 à 70 ans dans la Province de Luxembourg en 1983-1984.

Population à risque

A considérer : uniquement pour le diabète de type II :

- a. hérédité diabétique (sujet ayant un diabétique dans ses ascendants ou collatéraux) ;
- b. excès de poids, sédentarité ;
- c. âge (sujet de plus de 40 ans) ;
- d. multiparité ;
- e. prise de certains médicaments : dérivés de la thiazide, oestrogénostatifs, corticostéroïdes.

I.3 DESCRIPTION DE LA POPULATION EXPOSEE

Les structures existantes avec le car itinérant de médecine préventive de la Province de Liège permettent de toucher, pour le dépistage du diabète, environ 10 000 personnes par année. On aurait donc besoin d'environ 50 ans pour faire le screening d'une population telle que celle de la Province de Liège. De là, la nécessité de choisir une sous-unité avec une population plus restreinte, définie géographiquement, faisant partie de la Province de Liège et ayant déjà fait l'objet d'un dépistage " tout-venant " par le car itinérant.

Dans cette population sélectionnée, on connaîtrait ainsi pour un nombre X de personnes testées, le nombre Y de cas de diabète découverts. Un pourcentage serait ainsi calculé qui, rapporté à l'ensemble de la population en cause, permettrait d'estimer le nombre total de cas de diabète méconnu. L'action envisagée viserait à mobiliser le maximum des ressources locales humaines et matérielles pour toucher l'ensemble de la population. Le diabète méconnu étant très rare chez l'enfant et l'adolescent, on pourrait limiter l'action aux sujets de plus de 20 ans. Si l'évaluation du modèle proposé est satisfaisante, ce dernier pourrait être progressivement élargi de façon à couvrir un éventail plus large de la population de la Province de Liège.

Nous avons choisi la commune de Waremme dont la population totale est de 11 907 habitants (I.N.S. 1980). Les personnes âgées de plus de 20 ans sont au nombre d'environ 8 800. Le dépistage par car itinérant, à l'automne 1984, a touché 342 personnes dont 10 avaient une glycémie anormale (soit 2,9%) et 28 (8,2%) une glycémie douteuse. Si l'on accepte les évaluations pré-citées, le nombre de cas de diabète méconnu dans la population de Waremme serait compris entre 150 et 250. L'action serait donc de les identifier dans un premier temps, puis de les motiver ensuite pour un suivi médical.

II. DEUXIEME PARTIE : LES INTERVENTIONS

Cette deuxième partie n'a pas été développée selon le canevas du PIGEPS

II.1 LISTE DES INTERVENTIONS

L'objectif de l'opération vise à identifier dans la population de plus de 20 ans de la commune de Waremmé :

- 1° Les 150 - 250 sujets présentant de fait un diabète de type II et dont le diagnostic n'a pas encore été posé;
- 2° Les 450 - 700 sujets présentant une diminution de la tolérance au glucose (facteur de risque cardio-vasculaire).

Il vise ensuite à proposer un suivi médical et une démarche thérapeutique pour les patients atteints de diabète (déjà connus ou découverts par l'action en cours) ainsi que pour ceux présentant une intolérance au glucose.

Le programme d'intervention comporte donc deux volets pouvant être détaillés comme suit :

- a) Initiation par l'Institut d'Hygiène et de Médecine sociale de l'Université de Liège : création par l'Institut d'un groupe formé d'experts chargés d'informer les milieux locaux du projet et de recueillir leur accord et leur participation.

La première mission de ce groupe sera de rencontrer les autorités communales pour obtenir leur adhésion au projet.

En cas d'accord non "équivoque", la deuxième intervention consiste à mettre en place un Comité d'action local regroupant largement tous les intervenants possibles.

La tâche prioritaire de ce Comité est de sensibiliser à l'intervention tous les intervenants d'une part, le grand public d'autre part.

Cette étape de sensibilisation doit être suivie rapidement par celle du dépistage proprement dit.

- b) Dépistage : les cas dépistés seront recensés par un Centre coordinateur dépendant directement de l'Institut d'Hygiène et suivis médicalement par leur médecin traitant.
La prise en charge globale, y compris l'attitude thérapeutique, fera l'objet d'un protocole discuté en commun.

Une opération d'éducation sanitaire des patients diabétiques et de leur famille sera menée parallèlement. Dès que possible, une première évaluation visera à préciser le profil du diabétique méconnu qui devra faire l'objet à l'avenir d'une attention particulière.

II.2 LISTE DES INTERVENANTS

1. Administration communale de Waremmes A/T.
2. Hôpitaux N/T.
3. Médecine du travail.
4. Faculté de Médecine (étudiants).
5. Faculté de Médecine (enseignants).
6. Ecole de Santé Publique.
7. Praticiens.
8. Autres professionnels de la santé.
9. Associations professionnelles.
10. Associations bénévoles.
11. Comité local de concertation.

II.3 LES ROLES (voir matrice des Aires de Responsabilités)

Ce chapitre n'a pas été développé selon le canevas du PIGEPS.

- 1) L'Institut d'Hygiène et de Médecine sociale de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège :
 - sera chargé de défendre le présent projet ;
 - désignera les responsables de celui-ci ;
 - obtiendra des autorités de tutelle les moyens propres à sa réalisation.

2) Les responsables :

- entreprendront au niveau de l'Administration communale les démarches nécessaires à la mise en route du projet ;
- établiront un Comité local d'action rassemblant des représentants de tous les intervenants concernés par le projet ;
- coordonneront les différentes phases de la programmation du projet ;
- assureront l'évaluation permanente du projet.

3) Le Comité local d'action :

- sensibilisera tous les intervenants à l'action de dépistage ;
- diffusera les modalités pratiques de réalisation de celui-ci ;
- coordonnera les modalités pratiques de l'éducation sanitaire.

4) Les médecins praticiens de la commune (tant généralistes que spécialistes non hospitaliers) :

- sensibiliseront leur clientèle à l'action de dépistage ;
- rechercheront systématiquement le diabète chez leurs patients en accordant une attention particulière aux sujets à risque ;
- rempliront la fiche prévue pour chaque malade dépisté et l'adresseront au centre coordinateur.

5) Les médecins du travail :

- sensibiliseront les travailleurs sous tutelle à l'action de dépistage ;
- rechercheront systématiquement le diabète chez tous les travailleurs sous tutelle en accordant une attention particulière aux sujets à risque ;
- organiseront éventuellement avec l'accord des entreprises une campagne de dépistage systématique locale dans les entreprises ;
- rempliront la fiche prévue par chaque malade dépisté et l'adresseront au centre coordinateur.

6) Les deux cliniques de la Commune de Waremmes

- apporteront leur concours au projet par l'intermédiaire de leur personnel médical et paramédical.

Les médecins hospitaliers :

- rechercheront systématiquement le diabète chez tous les patients hospitalisés ou consultants de tous les services ;
- rempliront la fiche prévue pour chaque malade dépisté et l'adresseront au centre coordinateur ;
- seront invités à développer des actions d'éducation sanitaire dans le domaine de la nutrition et celui de l'éducation des patients diabétiques.

Le personnel hospitalier paramédical :

- sera sensibilisé à la campagne ;
- sera invité à participer à celle-ci.

7) Le personnel paramédical extra-hospitalier :
sont ici visés :

- infirmières soignantes à domicile ;
- assistants sociaux ;
- diététiciennes ;
- kinésistes.

Ceux-ci :

- seront sensibilisés à la campagne ;
- seront invités à participer à celle-ci tout particulièrement pour l'éducation sanitaire.

8) Les Associations professionnelles médicales :

La S.S.M.G. (*) sera sollicitée pour :

- sensibiliser ses membres à participer à la campagne ;
- introduire le thème du diabète dans son programme d'enseignement post-universitaire ;
- participer à l'élaboration du protocole de suivi médical des patients découverts.

9) Les médecins généralistes en voie de formation :

Les groupes de formation complémentaire de jeunes généralistes :

- seront invités à centrer certains de leurs séminaires sur le dépistage et le traitement du diabète.

(*) Société Scientifique de Médecine Générale

10) La population en général :

La population de Waremmé doit être représentée au sein du Comité d'Action local par le biais de membres des diverses associations de la Communauté (mouvements de jeunesse, associations féminines,...). Les représentants auront droit d'initiative et d'intervention.

11) Les Associations bénévoles :

sont ici visées :

- la section locale de la Croix-Rouge de Belgique ;
- l'Association belge de diabète ;
- l'Association pour la promotion de l'Education sanitaire ;
- l'A.S.B.L. Environnement et Progrès ;
- l'Institut belge de l'Alimentation et de la Nutrition.

Ces associations :

- seront sensibilisées au projet ;
- seront invitées à participer à la campagne d'éducation sanitaire.

12) Les organisations mutuellistes :

- seront sensibilisées à la campagne de dépistage ;
- leur médecin-conseil sera sensibilisé au problème social de réinsertion sociale des diabétiques.

13) La Faculté de Médecine de l'Université de Liège :

- sera invitée à donner son patronage au projet ;
- sera sollicitée pour développer son enseignement dans le domaine de l'épidémiologie du diabète, tout particulièrement dans le cadre du certificat de médecine générale ;
- sera invitée par l'intermédiaire de son Service de Diabétologie à assurer la supervision scientifique du projet et son évaluation ;
- sera invitée à considérer le PIGEPS comme modèle pour d'autres actions dans le domaine de la santé.

III. TROISIEME PARTIE : LA PROGRAMMATION

III.1 EVALUATION DE LA FAISABILITE

III.1.1. Motivation

Eléments POSITIFS

Crédibilité Actualité du sujet.

Eléments NEGATIFS

Maladie chronique
inguérisable.
Réticence probable
de la population.

Prestige

Opération peu valo-
risante pour les
participants.

Intérêt matériel

Valorisation du médecin
généraliste.
Bénéfice à long terme
pour le système de santé.

Compétition pour les
bénéfices secondaires.
Coût de l'opération
à court terme.

Disponibilité

Eventail important de
possibilités locales
(médecins, cliniques,
associations,...).

Responsable reste à
trouver.

III.1.2 Moyens d'exécution

Eléments POSITIFS

Budget

Une partie de l'opération
peut s'inscrire dans les
structures existantes de
distribution de soins et
de surveillance organisée
de la santé publique.

Eléments NEGATIFS

Des moyens spécifiques
doivent être dégagés
dont l'origine n'est
pas encore trouvée.

Matériel

Disponible en partie dans les structures existantes.

Local à trouver pour héberger le Centre de coordination et de dépistage.

Personnel

Mobilisation des importantes ressources locales (médecins généralistes, paramédicaux, services hospitaliers).

Nécessité de recruter le personnel du Centre de coordination et de dépistage.

III.1.3 OrganisationEléments POSITIFSModèle

Le modèle est déjà pris en charge à des degrés divers par différents professionnels de santé et ce à des niveaux différents.

La spécificité et l'individualisme de chaque structure de santé sont jalousement défendus.

Information

Données déjà disponibles quant au dépistage du diabète dans deux provinces wallonnes (Luxembourg et Liège).

Difficultés habituelles de recueil de données épidémiologiques.

Equipe

Volonté politique de faire aboutir le projet de santé.

Difficulté de définir les rôles respectifs et complémentaires de chacun.

III.2 TABLEAU DE PROGRAMMATIONIII.2.1 Phase 1 - PREPARATIONRECOMMANDATIONS

DATE
Mois/Semaine

ACTIVITES

L'opération ne peut être engagée sans moyens si ceux-ci ne peuvent être dégagés, la lecture de ce qui suit est sans objet.

Mois 0

Constituer le groupe d'experts chargés de lancer le PIGEPS.

Désigner le Président.

Le contact avec les autorités locales pourrait être déterminant pour l'obtention d'un budget.

Informar la Faculté et en obtenir le patronage.

Etablir un contact préliminaire avec les autorités communales et les médecins de la ville.

Dégager les moyens en personnel et en frais de fonctionnement.

Mois 1

Rassembler la documentation sur les moyens existants d'éducation sanitaire.

Rechercher les informations épidémiologiques existantes sur le diabète en Belgique.

Rassembler la documentation scientifique sur les techniques de dépistage du diabète et en définir les modalités pratiques.

Etablir un profil aussi précis que possible du diabétique méconnu en se basant sur l'analyse des cas dépistés par le service itinérant de Médecine préventive dans la Province de Liège.

Etudier les différents modes de financement complémentaire possibles (INAMI, Services de médecine du travail, Province de Liège) et les différentes interventions qui en découlent.

Recruter un médecin responsable de l'opération sur le terrain.

Recruter le personnel du Centre de dépistage et de coordination.

Mettre au point une fiche de dépistage et de suivi à utiliser dans les hôpitaux, par les médecins généralistes, les médecins du travail et par le centre de dépistage.

Préparer les moyens de traitement informatique des données.

Contacteur tous les intervenants possibles et constituer le Comité d'action local.

Faire une première réunion d'information à l'intention des médecins de la Commune.

A cette occasion, définir les rôles et les complémentarités des intervenants.

Organiser un test d'évaluation de la pertinence des fiches utilisées.

Mois 4

Envisager un médecin de staff universitaire part-time.

Envisager CST.

Veiller à ce que cette fiche se prête aisément à un traitement informatique.

Prévoir l'aide d'un biostatisticien.

Bien définir les objectifs du projet.

Obtenir à cette occasion un consensus sur les modalités de traitement du diabète.

EVALUATION (E₁)

- Indicateurs de réussite :
 - Obtention des moyens matériels de réaliser l'action ;
 - Taux de participation parmi les intervenants possibles ;
 - Validité de la fiche proposée.
- Cote d'alerte :
- Solliciter l'intervention énergique des autorités locales et facultaires ;
- Remanier la fiche.

III.2.2. Phase 2 - LANCEMENT

DATE
Mois / Semaine

ACTIVITES

RECOMMANDATIONS

Mois 7
Deuxième réunion des médecins de la Commune.

Réunion de travail à but essentiellement pratique :
- comment réaliser le dépistage ?
- comment utiliser les fiches ?

Coordination avec le Centre de dépistage

Remise du protocole thérapeutique.

Première réunion des Paramédicaux.

Organiser une lère campagne de dépistage dans différents milieux de travail.

Ouverture de la campagne d'information du grand public :

- conférence sous le patronage des autorités communales et de l'Association belge du diabète ;
- établissement d'un dossier de presse et réalisation d'une conférence de presse ;
- contacts avec les radios locales.

Diffusion de la documentation d'éducation sanitaire.

Mise à la disposition des deux cliniques du matériel d'éducation des diabétiques.

EVALUATION (E₂)

- Indicateurs de réussite :

- . Taux de personnel médical et paramédical ayant participé aux réunions d'information ;
- . Taux de fréquentation de la campagne d'information du grand public.
- Cote d'alerte :
- . Relance de l'information par les médias.

III.2.3 Phase 3 - ETAT

DATE
Mois/Semaine

ACTIVITES

RECOMMANDATIONS

Mois 8 et suivants

Dépistage systématique du diabète parmi les patients hospitalisés ou ambulatoires fréquentant les deux cliniques de Waremmes.

Insister sur l'intérêt du dépistage précoce du diabète en tant que facteur de prévention des complications.

Insister sur la dramatisation du problème.

Mois suivants

Dépistage du diabète parmi les Patients consultant les médecins généralistes.

Attention particulière aux Patients à risque.

Ouverture du Centre de dépistage et de coordination.

Activité de dépistage orientée vers les "jets" bien portants ne fréquentant ni les cliniques, ni les médecins généralistes.

Envoi systématique des fiches au Centre de coordination.
Evaluation mensuelle du rendement du dépistage.

Evaluation annuelle :
- de la liaison entre les hôpitaux et les médecins généralistes ;
- de la régularité au traitement ;
- des groupes à risque dépistés.

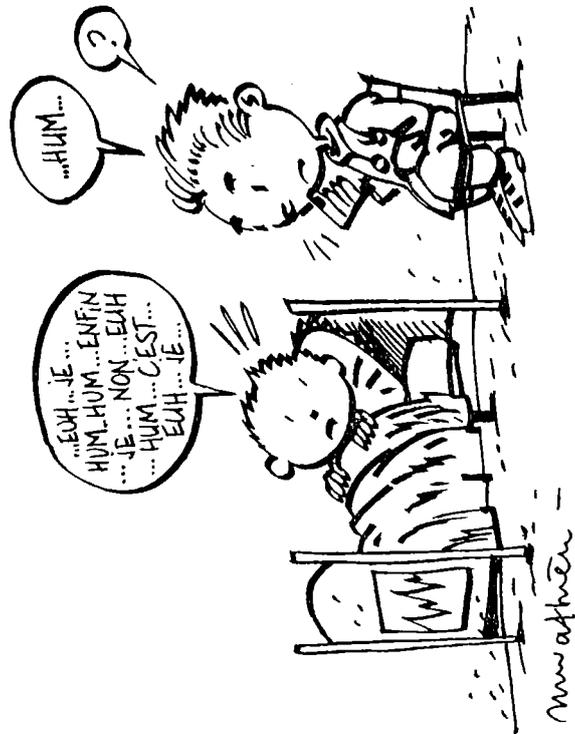
Publication semestrielle, par différents canaux, des informations sur l'avancement du programme à l'intention des professionnels de santé, des pouvoirs publics, de la population et des associations participant au programme.

Etablir le profil définitif du patient qui risque de présenter un diabète méconnu.

EVALUATION (E₃)

- Indicateurs de réussite :
 - . Taux de perte de vue :
 - entre dépistage et traitement ;
 - en cours de traitement.
 - . Taux de nouveaux cas dépistés :
 - diabète type II ;
 - sujets présentant une diminution de la tolérance au glucose.
 - . Taux de continuité dans la participation des professionnels.
- Cote d'alerte :
 - . Rétablir des contacts individuels avec les non-participants.

COMMENT AMELIORER LA COMMUNICATION ENTRE
LE PATIENT ET LE PERSONNEL DE SANTE
EN MILIEU HOSPITALIER?



M. MERCIER

J. DELVILLE-MERCIER

I. PREMIERE PARTIE : LE PROBLEME DE SANTE

I.1 CHOIX DU PROBLEME DE SANTE

I.1.1. Critères de DEFINITION du problème de santé

I.1.1.1 Définition en termes spécifiques

Il subsiste de nombreux problèmes de communication dans le cadre de l'hôpital. Ces déficits de la communication deviennent patents lorsqu'ils atteignent une ampleur qui fait déboucher sur l'erreur médicale : l'exemple caricatural en est la confusion entre deux malades à chacun desquels on administre les soins prévus pour l'autre. Bien heureusement, des déficits de cette portée sont rares. Cependant, une observation fine révèle que de nombreuses mailles du réseau de communication ne fonctionnent pas de manière optimale. Il semble que l'amélioration fonctionnelle de ce réseau devrait déboucher sur :

- un degré de satisfaction plus élevé du "consommateur" des soins de santé ;
- une plus grande "responsabilisation" du patient ;
- la réduction des coûts d'hospitalisation ;
- une amélioration de l'efficacité globale des soins de santé.

I.1.1.2 Expertise du problème

Si de nombreux travaux existent sur le problème de l'humanisation de l'hôpital, peu envisagent l'étude des phénomènes de communication et très rares sont ceux qui analysent ce problème de manière systématique.

Une expérience d'amélioration de la communication réalisée dans sept hôpitaux londoniens entre 1966 et 1972 aurait abouti notamment à une économie moyenne de 2,1 jours d'hospitalisation par malade (1).

Nos propres travaux nous fournissent des éléments d'expertise à la fois quantitatifs et qualitatifs.

(1) ULYATT M. et THIRY L., La gestion de l'hôpital : un problème fondamental de communications entre les individus, GERM, Lettre d'information No 66.

MERCIER M.

Professeur de Psychologie
Directeur du Département de Psychologie
Faculté de Médecine
Rue de Bruxelles, 61
5000 NAMUR
TEL : 081, 22 90 61 ext 2121, 2402 ou 2761

BELGIQUE

DELVILLE - MERCIER J.

Docteur en médecine - Premier assistant au Service de Psychologie Médicale
Département de Psychologie
Faculté de Médecine
Rue de Bruxelles, 61
5000 NAMUR
TEL : 081, 22 90 61 ext 2137, 2402 ou 2761

BELGIQUE

a) Expertise quantitative

Des jeux de rôle réalisés avec des praticiens et des étudiants en médecine ont été filmés et analysés de manière systématique sous l'angle de la communication (1).

On constate que l'émission d'information s'exerce surtout dans le sens médecin-patient ; elle est déficitaire dans le sens patient-médecin (mesure des temps de parole, des questions et des réponses, des gestes, des regards).

Les feedback sont peu nombreux ; la communication manque donc d'efficacité.

b) Expertise qualitative : observations sur le terrain

Des observateurs extérieurs ont été intégrés dans des services hospitaliers de la région namuroise pendant des périodes de quinze jours. Ils possédaient une grille d'analyse simple, à remplir quotidiennement.

Les problèmes de communication détectés relèvent de différents facteurs :

- une organisation insuffisante

- spatiale

Le patient peut ignorer le plan de l'hôpital ou même du service où il se trouve.

- temporelle

Le patient n'ose pas interrompre ou déranger les soignants qui lui paraissent perpétuellement pressés ; il ne sait pas à quel moment il pourra signaler au médecin ou à l'infirmier(e) quelque chose qui lui paraît important. Il peut attendre ce moment pendant des heures.

(1) DELVILLE J., Analyse psychologique de la pratique médicale, Mémoire non publié, Université de Liège, 1983.

- entre services

Le patient est amené dans un autre service et prié d'attendre sur place sans qu'il sache exactement pourquoi il attend ni à qui il doit s'adresser.

- une mauvaise transmission de l'information

- du bas vers le sommet de la hiérarchie

Les informations données par le patient aux soignants ne sont pas toujours transmises aux médecins. Un blessé affirme que si le médecin avait déjà été transporté sur un brancard, il se rendrait compte des chocs que l'on y subit. Cette information a été perçue comme mineure et n'a pas été écoutée. Le patient avait cependant détecté un réel facteur de risque.

- entre services

Le patient change de service, il sait que des résultats d'exams sont déjà dans son dossier et le signale. L'information n'étant pas transmise d'un service à l'autre, on lui refait des examens déjà effectués.

- décalée dans le temps

Suite à une intervention chirurgicale, un patient reçoit à la sortie de l'hôpital une feuille claire et lisible (transmise par l'assistante sociale) lui expliquant comment va se dérouler la préanesthésie et la préparation à l'intervention,...

- une mauvaise intégration du système de communication

- émetteur et récepteur ne sont pas clairement définis

Quand le patient est en situation d'émetteur actif (veut faire passer un message), son information entre difficilement dans le réseau de communication ; il ne situe pas clairement à quel récepteur son information doit être adressée (ex. : à qui doit-on demander des renseignements quant à sa maladie?)

Quand le patient est en situation d'émetteur passif, il ne sait pas à qui est destinée l'information qu'on lui demande (ex. : anamnèse faite par un stagiaire).

Quand le patient est récepteur d'une information, il ne sait pas qui est l'émetteur (ex. : changement de chambre, de traitement : qui l'a ordonné ?).

- la vitesse de transmission de l'information n'est pas contrôlée

Quand le patient demande que l'on informe le médecin, il ne sait pas quand cette information parviendra.

- le feedback n'est pas toujours prévu

Personne ne contrôle si les informations sont transmises à travers les différents intermédiaires.

- un déficit entre deux éléments entraîne une série de déficits à d'autres niveaux

Si deux médecins ou deux infirmiers ne s'entendent pas, tout le réseau peut être déstabilisé : le patient en est le plus souvent la victime.

Ces observations peuvent être complétées par les données issues de l'étude qui suit.

Notre insertion pendant plusieurs années dans une maison maternelle (maison d'accueil pour des jeunes mères avec enfants) a permis d'élaborer des analyses de cas en équipe pluridisciplinaire.

Pour ces femmes de milieux défavorisés, on observe que les déficits de la communication en milieu hospitalier sont liés

- à la représentation sociale que le personnel soigné a du patient ;
- aux différences culturelles entre le patient et le personnel soigné ;
- à l'insécurité du patient face au personnel soignant ;
- à la méfiance du personnel soignant face aux patients de milieux défavorisés que l'on considère comme patients " à risques ".

I.1.2 Critères de PRIORITE

I.1.2.1 Problème courant

Le problème est courant : il touche tous les patients qui n'ont pas de relais privilégié à l'hôpital. Mais il faudrait une étude approfondie évaluant la qualité des communications.

I.1.2.2 Ce problème entraîne des suites graves pour l'état de santé

Le problème peut entraîner des conséquences d'intensité variable depuis l'inconfort du patient, le stress, jusqu'à l'erreur médicale (erreur de diagnostic, erreur d'intervention).

I.1.2.3 Populations déjà défavorisées

Les populations socialement défavorisées sont d'autant plus touchées : différence de codes culturels et rejet.

I.1.2.4 Technologie et moyens

Pour résoudre le problème, il faudrait mener une analyse fine de l'organisation et des réseaux de communication et mettre en place des systèmes facilitant la communication.

L'action est possible à différents niveaux : au niveau de l'analyse, de la formation des médecins, des infirmières, des gestionnaires, de l'éducation du patient, de l'organisation de l'hôpital.

I.1.2.5 Coût du programme (*)

I.1.2.6 Attente de la population

Les enquêtes auprès des patients montrent le désir et le besoin de ces améliorations.

(*) Rubrique non abordée dans ce FIGEPS.

I.2 CAUSES DU PROBLEME

I.2.1 Énumération des facteurs responsables

Le patient

- immobilité, faiblesse physique
 - stress, manque d'initiative
 - niveau culturel peu élevé
 - statut social peu élevé
- = facteurs aggravants

Le médecin et le personnel soignant

- surcharge mentale, fatigue, stress
- déficit dans l'organisation du temps de travail
- manque de formation, méconnaissance des mécanismes de la communication
- surveillance du patient par des intermédiaires technologiques
- manque d'expérience aux différents niveaux de "l'entreprise-hôpital" et aux différents postes de travail
- absence de sélection du personnel selon des critères tenant compte des aptitudes à la communication

L'hôpital

- organisation de l'entreprise : dysfonctionnement par rapport à ses objectifs = soigner le patient
- mauvaise définition des rôles
- hiérarchisation des rapports
- absence de réseau d'information et de communication spécifique
- pas de préoccupation de "responsabilisation" du patient et d'éducation sanitaire.

I.2.2 Histoire naturelle du problème de santé

I.2.2.1 Stade " PRE "

- Le patient n'est pas préparé à être responsable de sa santé.

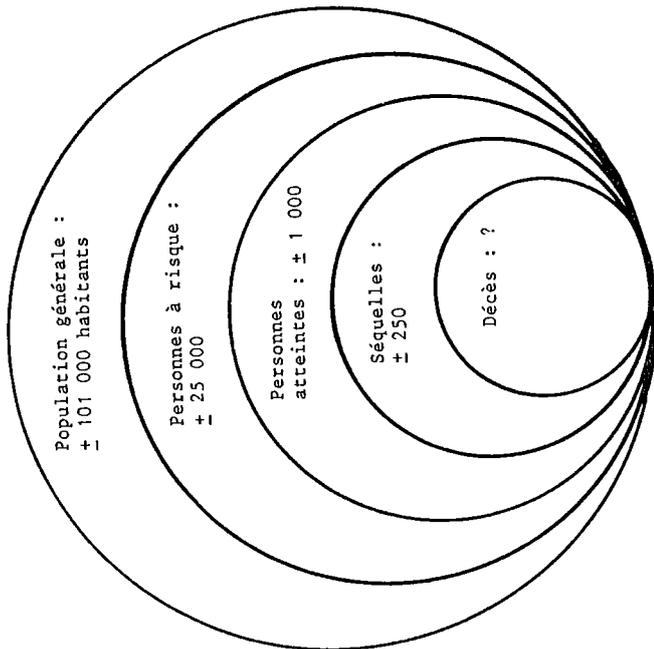
I.2.2.2 Stade " PER "

- Le malade est affaibli physiquement et psychologiquement.
- La médecine hospitalière curative a tendance à intervenir sur un patient passif.
- L'interaction malade-soignant favorise le processus de " déresponsabilisation " du malade.

I.2.2.3 Stade " POST "

- Guéri, stabilisé ou incurable, le malade ne possède pas d'instrument supplémentaire pour prendre sa santé en main. L'hôpital est un autre temps et un autre espace qu'il s'efforce d'oublier.
- Le manque de contact entre l'hôpital et le médecin traitant entrave la possibilité d'un feedback vers l'hôpital.

Séquelle : peut-être un retard dans le processus de guérison, parfois un stress superflu, un rejet de l'hôpital.



I.3.2.2 Le coût

Le coût devrait être exploré par une recherche adéquate.

L'évaluation pourrait se baser sur:

- Le coût des recherches;
- Le coût des pertes de temps et d'énergie dues aux erreurs de transmission et à l'organisation du travail;
- Le coût des actes techniques répétés sans justification;
- Le coût des effets iatrogènes dus à la mauvaise communication;
- Le coût des informations post-hospitalisation, devant suppléer au manque d'information au stade "per";
- Le coût des frais administratifs entraînés par une mauvaise gestion;
- Le non-amortissement du matériel non-sophistiqué par sous-utilisation, en raison du manque de transmission d'information;
- Le coût dû à l'augmentation de journées d'hospitalisation au-delà des nécessités à cause des difficultés de transmission des informations et d'organisation du travail.

II. DEUXIEME PARTIE : LES INTERVENTIONS

II.1 LISTE DES INTERVENTIONS (*)

II.2 LISTE DES INTERVENANTS

1. Les Pouvoirs Publics.
2. L'administration communale
3. Les Hôpitaux.
4. L'Enseignement.
5. La Faculté de Médecine (instances, enseignants et étudiants).
6. Ecole de Santé Publique (enseignants et étudiants).
7. Les Médecins Praticiens.
8. Les Paramédicaux.
9. Les Groupements Professionnels.
10. Les Associations Bénévoles.
11. Le Patient hospitalisé.

II.3 LES ROLES (voir matrice des Aires de Responsabilités)

COORDONNEES

B 3/11
B 17/18
B 20/21

OBJECTIFS

Proposer un programme d'éducation à la santé centré sur le malade hospitalisé "à risque", destiné à développer les possibilités de communication chez le patient.

Le programme serait lancé par des enseignants de la Faculté de Médecine et mené à bien par les médecins et les paramédicaux en rapport avec les résultats des enquêtes-bilan (K, L).

(*) Rubrique non abordée dans ce PIGEPS

K 3/11
K 17/18
K 21

Programmation par un hôpital-pilote d'une enquête sur les problèmes de santé liés au dysfonctionnement de la communication à l'hôpital.

Les praticiens (médicaux et paramédicaux) et les patients hospitalisés participeraient à cette enquête, lancée et évaluée par des enseignants de la Faculté de Médecine.

K 1/19

Obtenir un soutien budgétaire des pouvoirs publics ou des mutuelles pour élargir cette enquête.

L 3/11
L 17/18
L 21

Programmation par un hôpital-pilote d'une enquête sur l'influence de la communication sur la qualité des soins dispensés à l'hôpital.

Les praticiens (médicaux et paramédicaux) et les patients hospitalisés participeraient à cette étude, lancée et évaluée par des enseignants de la Faculté de Médecine.

L 1/19

Obtenir un soutien budgétaire des pouvoirs publics ou des mutuelles pour élargir cette enquête.

M 3/17
M 18

Surveillance par les praticiens du "groupe à risque", programmée par un hôpital-pilote, en utilisant des grilles issues des enquêtes K et L.

N 3/11

Traitement par des chercheurs de la Faculté de Médecine, des données de la surveillance M, à l'initiative de l'hôpital.

O 6/11
O 20

Elaboration d'un programme d'éducation à la santé destiné à des élèves d'école primaire sur le thème " la responsabilité face à son corps " et le thème de l'hôpital (planifié par des enseignants universitaires et des écoles intéressées) avec l'aide d'associations telles que associations de parents, associations d'écoles,...

P 6/11
P 21

Réalisation du programme O par les établissements scolaires, évaluation des résultats par ceux-ci et l'Université.

Q 10/11

Proposition, par des enseignants de la Faculté de Médecine, d'intensifier la formation des futurs médecins aux processus de communication et d'éducation du patient.

Q 11/13
Q 14

Proposition, par des enseignants universitaires aux écoles d'infirmières, d'introduire ou d'intensifier la formation aux processus de communication et d'éducation du patient.

R 11/12

Réalisation par les professeurs et les étudiants de la Faculté de Médecine de la formation proposée en Q 10, 11.

R 14/15

Réalisation par les professeurs et les étudiants de l'école d'infirmières, de la formation proposée en Q 11, 13, 14.

R 3/21

Evaluation, par l'hôpital et les patients, des formations réalisées avec les étudiants en médecine et les étudiants infirmiers.

S 3/11
S 17/18

A l'initiative de l'hôpital, mise en place par des enseignants de la Faculté de Médecine des médecins et des infirmières de l'hôpital d'un programme de formation pour les médecins et les infirmières de l'hôpital.

T 11/17
T 18

Réalisation du groupe de formation programmé en S3, 11, 17, 18.

T 3/21

Feedback et évaluation, par l'hôpital et les patients, des groupes de formation rassemblant universitaires, médecins, infirmières.

MATRICE des AIRES de RESPONSABILITES

PROBLEME de SANTE

COMMUNICATION ENTRE

LE PATIENT ET LE

PERSONNEL DE SANTE

INTERVENTIONS

TRAITEMENT CURATIF

A Usage de protocole

PREVENTION

B Educ. Sant. malade

C Educ. Sant. famille

D Protection entourage

E Surveillance

REHABILITATION

F Appareillage/Réduc.

G Réinsertion sociale

ORGANISATION SANIT.

■ Sur le PLAN COLLECTIF

H Amélioration couvert

I Coordination activ.

J Vie associative

RECHERCHE

K Enquête "Bilan Santé"

L Enquête "Qual. soins"

SURVEILLANCE EPIDEM.

M Surveillance groupes

N Traitement inform.

EDUCATION SANITAIRE

O Planification

P Réalisation

FORMATION de BASE

Q Planification

R Réalisation

FORMATION CONTINUE

S Planification

T Réalisation

Pouvoirs Sante Publ.

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

Publics

Admin. de la

Développement

Faculté de

Sciences de

Santé Publ.

Praticiens

Assoc-

Public

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14</

III. TROISIEME PARTIE : LA PROGRAMMATION

III.1 EVALUATION DE LA FAISABILITE

III.1.1 Motivation

	<u>Eléments POSITIFS</u>	<u>Eléments NEGATIFS</u>
<u>Crédibilité</u>	Recherches et formations déjà accomplies par l'équipe universitaire.	Difficulté de convaincre à la fois les responsables d'un hôpital, les médecins et les infirmières pour un travail en commun.
<u>Prestige</u>	Adhésion des paramédicaux pour un travail en collaboration avec médecins et université. Valorisation des patients.	Crainte de résultats stigmatisant des problèmes (pour l'hôpital, les médecins, les paramédicaux, l'université).
<u>Intérêt matériel</u>	Intérêt matériel à long terme probable pour la structure hospitalière. Diminution des coûts d'hospitalisation. Amélioration des performances des technologies en place.	Pas d'intérêt matériel direct aux participants pour une démarche qui prend du temps.
<u>Disponibilité</u>	Certains médecins, paramédicaux et gestionnaires d'hôpitaux, sensibles aux sciences humaines, à la qualité des soins et à l'humanisation de l'hôpital.	Difficulté de mobiliser des praticiens souvent surchargés de travail.

III.1.2 Moyens d'exécution

Eléments POSITIFS

Budget
Au départ, un budget de recherche de l'université peut être disponible.

Matériel

Le matériel universitaire de recueil et de traitement de données informatisées est disponible.
Le matériel audio-visuel mis en oeuvre dans le cadre de formations et d'enseignement universitaires est disponible.

Personnel

Du personnel universitaire de recherche peut être, dans un premier temps, détaché pour lancer les actions.

III.1.3 Organisation

Eléments POSITIFS

Modèle
Des pistes, notamment en éducation du patient, sont développées par certains hôpitaux.

Information

Des recherches ont déjà été menées à propos de l'humanisation des hôpitaux surtout dans les universités et par des organismes publics et privés d'assurance de soins de santé.

Equipe

Le noyau de l'équipe de départ est déjà constitué.

Eléments NEGATIFS

Pour une action élargie, notamment au niveau des enquêtes K et L, des budgets supplémentaires devraient être obtenus des pouvoirs publics ou des groupements professionnels.

Pour les phases d'éducation sanitaire individuelle et collective, des supports doivent être obtenus ou créés (B, O, P).

Un complément de personnel doit être obtenu par la suite.

Eléments NEGATIFS

Les hôpitaux et les pouvoirs publics pourraient reculer face à l'ampleur du projet.

L'information disponible actuellement est insuffisante.

L'adhésion doit encore être obtenue des par-tenaires (hôpitaux, médecins, infirmiers (ères), écoles...).

III.2 TABLEAU DE PROGRAMMATION

La programmation sera organisée suivant trois axes, correspondant à des actions qui peuvent être poursuivies indépendamment les unes des autres.

Axe I : Recherche et intervention dans un hôpital-pilote (correspond aux interventions K, L, S, T, M, N, B).

Axe II : Formation de base des praticiens (correspond aux interventions Q, R).

Axe III : Campagne d'éducation sanitaire dans les écoles (correspond aux interventions O, P).

Pour chacun des axes, les points suivants seront abordés :

III.2.1 Phase 1 - Préparation

III.2.2 Phase 2 - Lancement

III.2.3 Phase 3 - Etat

AXE I : RECHERCHE ET INTERVENTION DANS UN HOPITAL-PILOTE

III.2.1 Phase 1 - PREPARATION

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
Février 1	Prise de contact préliminaire avec des médecins, paramédicaux, gestionnaires d'hôpitaux, organismes concernés par la santé pour vérifier la faisabilité du projet.	ex : médecins et paramédicaux déjà connus, mutuelles, centres d'éducation du patient.

- 2 Recherche bibliographique rassemblant ce qui a déjà été fait dans le domaine.
- 3 Prise de contacts personnelle avec des responsables d'hôpitaux namurois pour leur proposer d'entrer dans le projet.
- 2 Elaboration de grilles de pré-enquête destinées aux patients
 . médecins
 . paramédicaux
 . administratifs
 . gestionnaires.
- 4 Lorsque l'accord d'un hôpital est acquis, lancer des invitations pour une réunion préliminaire avec différents membres du personnel de l'hôpital.
- 2 Réunion d'information avec le personnel de l'hôpital. Formation d'un petit groupe de travail avec des représentants de chaque fonction.
- 4 Mise au point définitive du document de pré-enquête par le groupe de travail.
- 2 Diffusion de la pré-enquête par le groupe de travail dans l'hôpital.
- 1 Analyse des informations collationnées par les pré-enquêteurs et élaboration de questionnaires d'enquêtes semi-ouverts. Mise au point de programmes d'analyse des données informatisées.
- Etablir des éléments clairs montrant les avantages du projet.
- Arriver à convaincre au moins une institution!
- A partir des données déjà disponibles et des contacts établis.
- Parallèlement aux invitations, toucher personnellement quelques membres du personnel.
- Veiller à une taille raisonnable du groupe de travail (+12 personnes); sinon scinder le groupe.
- Tenir compte des intérêts spécifiques du groupe.
- Contribution importante de l'équipe de recherche à ce niveau.

EVALUATION (E.)

- Indicateurs de réussite :
- . Taux de participation aux réunions préparatoires;
- . Nombre et qualité des pré-enquêtes effectuées.
- Cote d'alerte :
- . Nouvelle invitation générale en cas de baisse de la participation aux réunions.

III.2.2 Phase 2 - LANCEMENT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>Septembre</u> 1	Diffusion très large des enquêtes patients-paramédicaux-administratifs-médecins.	Appuyer par une campagne promotionnelle.
<u>Octobre</u> 1	Dépeuplement des enquêtes. Début de l'analyse des données.	
<u>Novembre</u> 1	Discussion avec le groupe de travail des résultats de l'enquête. Mise au point de stratégies de changement: . pour les médecins; . pour les paramédicaux; . pour les administratifs; . pour les gestionnaires; . pour les patients.	Arriver à déterminer des objectifs opérationnels.
<u>Décembre</u> 1	Bilan, avec le groupe de travail, des actions entreprises jusque-là.	

EVALUATION (E₂)

- Indicateurs de réussite :
- . Taux de participation aux réunions;
- . Nombre d'enquêtes reçues;
- . Eléments principaux ressortant du bilan.
- Cote d'alerte :
- . Mise en évidence, par les promoteurs, du chemin parcouru.

III.2.3 Phase 3 - ETATRECOMMANDATIONSACTIVITES

DATE
Mois/Semaine

- | | | |
|------------------|---|--|
| <u>Janvier</u> 1 | Invitation de tout le personnel à une réunion générale diffusant les résultats de la recherche.
Invitation à participer à des groupes de formation continue pour chaque secteur. | Appuyer par une campagne promotionnelle. |
| 2 | Mise en place d'une infrastructure d'éducation à la santé pour le patient hospitalisé. | Demander l'appui des organismes travaillant déjà dans ce sens. |
| <u>Février</u> 1 | Elaboration, par le groupe de travail, d'une procédure de surveillance et d'aide pour la population à risque. | |
| <u>Avril</u> 1 | Premier bilan du fonctionnement des groupes de formation continue, de l'éducation du patient et de la surveillance des groupes à risque. | |
| 15 | Diffusion à l'extérieur (presse, publications) de l'action entreprise. | |

EVALUATION (E₃)

- Indicateurs de réussite :
- . Taux de participation à la réunion générale;
- . Nombre de groupes de formation constitués;
- . Résultats du bilan de ces groupes.
- Cote d'alerte :
- . Maintien des différentes actions menées en parallèle.

AXE II : FORMATION DE BASE DES PRATICIENSIII.2.1 Phase 1 - PREPARATIONRECOMMANDATIONSACTIVITES

DATE
Mois/Semaine

- | | | |
|-------------------|--|--|
| <u>Novembre</u> 1 | Contact préliminaire avec des écoles d'infirmières de Namur. | Partir aussi des listes issues des contacts préliminaires. |
| 2 | Contact avec des enseignants des Facultés de Médecine de la Communauté Française. | |
| <u>Décembre</u> 1 | Réunion avec les écoles d'infirmières intéressées : diffusion des résultats de l'enquête et proposition de réflexion sur un programme de formation. | |
| 3 | Réunion avec des professeurs des Facultés de Médecine : diffusion des résultats de l'enquête, explication du programme de formation mené à Namur, confrontation avec d'autres programmes.
Proposition de la mise en place d'une coordination interuniversitaire pour la formation des étudiants en médecine à la communication. | |

EVALUATION (E₁)

- Indicateurs de réussite :
- . Taux de participation aux réunions;
- . Nombre de volontaires pour un travail de plus longue haleine.
- Cote d'alerte :
- . Envoi d'une synthèse des réunions aux groupes n'ayant pas participé avec invitation à la réunion suivante.

III.2.2 Phase 2 - LANCEMENT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>Janvier</u> 1	Mise en place d'un groupe de travail avec les écoles d'infirmières intéressées. Programmation de 4 réunions destinées à élaborer un programme de formation.	Soutenir le travail par des synthèses régulières et des convocations.
3	Mise en place du groupe de coordination interuniversitaire et mise au point d'un programme de 3 réunions.	Proposer l'explicitation des actions de formation entreprises par les différents intervenants.
<u>Mai</u> 1	Bilan du groupe "formation des infirmières" et projets concrets.	Rapport de synthèse écrit.
3	Bilan du groupe "formation des médecins" et projets concrets.	Rapport de synthèse écrit.

EVALUATION (E₂)

- Indicateurs de réussite :
- . Suivi des réunions;
- . Nombre de projets concrets.
- Cote d'alerte :
- . Envoi des rapports aux absents.

III.2.3 Phase 3 - ETAT

<u>DATE</u> <u>Mois/Semaine</u>	<u>ACTIVITES</u>	<u>RECOMMANDATIONS</u>
<u>AOÛT</u> 3	Réunion du groupe "Infirmières" et explicitation des projets. Décision d'un suivi du groupe ou non.	Adapter son intervention aux propositions concrètes du groupe.
4	Réunion du groupe "Médecins" et explicitation des projets, décision d'un suivi ou non.	Dynamiser le groupe en vue d'un suivi.
<u>Mai</u> 1	Réunion du groupe "Infirmières". Evaluation des actions de formation.	
3	Réunion du groupe "Médecins". Bilan du travail accompli.	

EVALUATION (E₃)

- Indicateurs de réussite :
- . Projets réalisés;
- . Volonté de poursuite des groupes.
- Cote d'alerte :
- . Envoi des rapports aux participants non réguliers et invitations.