

Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : un guide pratique

*The health diagnosis of a population
and humanitarian action: a practical guide*

M. Baumann ⁽¹⁾, **M.-M. Cao** ⁽¹⁾

Résumé : L'identification des problèmes de santé publique prioritaires est le but du diagnostic de santé d'une population ; nous proposons quatre étapes pour son élaboration. 1 - La description de la situation donne des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les indicateurs sociologiques, économiques, sanitaires et les déterminants culturels et économiques qui influencent la santé de la population dont il est question. 2 - L'analyse des consultations auprès de la population et des professionnels apporte des indications sur l'existence ou non de problèmes collectifs de santé importants (diagnostic de perception). 3 - À partir des chiffres disponibles, l'étude des données épidémiologiques corrobore ou non les résultats obtenus précédemment (diagnostic objectif). 4 - Le bilan de ces deux approches fait apparaître ou non des superpositions entre le diagnostic de perception et le diagnostic objectif, et permet à l'aide des critères de priorité de déterminer les problèmes prioritaires. La démarche et l'outil présentés ici ont été testés auprès d'une trentaine d'équipes responsables de programmes humanitaires, ils sont le résultat de 3 ans de collaboration avec Médecins du Monde. Le but de ce propos est de fournir les bases d'une réflexion conceptuelle sur l'intervention humanitaire en tant que démarche communautaire et de proposer des éléments de méthodes.

Summary : *The identification of priority public health problems is the objective of a population health diagnosis. We propose four stages for its development. 1 - A description of the situation gives information about the socio-demographic characteristics, sociological, economic, and health indicators, and cultural and economic determinants that influence the health of the population in question. 2 - The analysis of consultations among the population and professionals gives indications as to the existence, or lack, of significant collective health problems (diagnosis of perception). 3 - From the available statistics, the study of epidemiological data may corroborate the previously obtained results (objectified diagnosis). 4 - The outcome of these two approaches may lead to a*

(1) Faculté de Médecine - École de Santé Publique, BP 184, 54505 Vandœuvre-lès-Nancy.

combination of the diagnosis of perception and the objectified diagnosis and permits, with the help of priority criteria, to determine the priority problems. The approach and the tool presented here were tested among thirty teams responsible for humanitarian programmes and are the result of three years of collaboration with Médecins du Monde. The objective of this approach is to provide the base for conceptual reflection on humanitarian interventions as community action and to propose some elements of methods.

Mots-clés : diagnostic de perception - outil - programme humanitaire.

Key words : diagnosis of perception - tool - humanitarian programme.

La planification des actions de santé s'inspire de la démarche de résolution de problèmes dont l'identification des problèmes de santé publique ⁽²⁾ prioritaires est la phase initiale de ce que l'on appelle le diagnostic de santé d'une population. Cette phase légitime la poursuite d'un programme, c'est sur elle que se fonde la formulation des objectifs, le choix des stratégies, la programmation des interventions qui seront proposées pour déboucher sur l'évaluation des résultats, du processus, des ressources, sans oublier celle de la participation communautaire. La démarche et l'outil présentés ici ont été testés auprès d'une trentaine d'équipes responsables de programmes humanitaires. Ils sont le résultat de 3 ans de collaboration avec Médecins du Monde. Le but de ce propos

est de fournir les bases d'une réflexion conceptuelle sur l'intervention humanitaire en tant que démarche communautaire et de proposer des éléments de méthodes.

Le diagnostic de santé d'une population n'est pas une étude démographique, ni épidémiologique, ni sociologique, mais tous ces aspects sont indispensables par l'éclairage qu'ils apportent. Faire un diagnostic, c'est avant tout susciter l'expression, la parole des groupes et la démarche communautaire.

Pour ce faire, il est conseillé de :

- recueillir des informations pour décrire la situation. Ces informations portent sur les déterminants politiques, culturels, etc., et les indicateurs ⁽³⁾ démographiques, sanitaires, sociologiques, etc. ;

(2) Le problème de santé se définit par sa nature et représente l'écart entre un état de santé physique, mental, social constaté, observé, exprimé et un état de santé considéré comme souhaitable, attendu, défini par des références médicales élaborées par des experts, le législateur, etc. ou des normes sociales élaborées par des équipes, la société, etc.

Lorsqu'il s'agit d'un problème (collectif) de santé publique, l'écart se mesure pour une population donnée à l'aide d'indicateurs qui recourent à l'expression (indicateurs de perception) de la population ou des professionnels (exemple : nombre ou pourcentage ou encore proportion de personnes ou de groupes qui cite un problème de santé comme important), et d'autres indicateurs qui se réfèrent à des données observées (indicateurs objectivés) (exemple : taux d'incidence, taux de prévalence, etc.).

La nature des indicateurs peut être la fréquence, la gravité (taux de mortalité, etc.), l'importance accordée par la population, l'importance accordée par les professionnels, l'évolutivité (accroissement exponentiel, phénomène récent), les conséquences économiques (coût, nombre d'heures de travail perdues, etc.) et sociales (nombre d'handicapés, manque à gagner, etc.), etc. La comparaison avec d'autres situations (internationale, nationale, régionale, locale) ou des indicateurs obtenus pour d'autres problèmes permet d'avoir des précisions sur l'ampleur des écarts identifiés.

(3) Rappelons que l'indicateur est une mesure approchée d'un déterminant ou d'un phénomène complexe, exemples : la situation de l'emploi peut être approchée par le taux de chômage ; la situation familiale par le nombre de mariages ; la fécondité par le nombre de naissances ; le vieillissement par la proportion des personnes de plus de 65 ans ; l'équilibre médecins généralistes et médecins spécialistes par la répartition médecins généralistes sur 100 médecins toutes disciplines confondues, etc.

- identifier les problèmes de santé exprimés comme importants par la population et les professionnels ;
- recenser les données épidémiologiques relatives aux problèmes de santé identifiés ;
- dresser un schéma d'ensemble pour cerner les problèmes de santé publique prioritaires et les groupes de population considérés vulnérables.

Nous proposons quatre étapes pour l'élaboration d'un diagnostic de santé dans le cadre d'une action humanitaire. 1 - La description de la situation nationale, régionale, locale donne des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les indicateurs sociologiques, économiques, sanitaires et les déterminants culturels et économiques qui influencent la santé de la population dont il est question. Toutes ces données fournissent une photographie un peu figée de la réalité. À cet aspect, il faut bien sûr associer la prise en compte des interprétations et des savoirs des personnes ressources et l'observation sur le terrain des comportements de la population à l'égard de leur mode de vie. 2 - L'analyse des consultations issues de rencontres avec la population et les professionnels apporte des indications sur l'existence ou non de problèmes ainsi que sur la manière dont ces groupes ressentent et expriment l'importance de ces problèmes (diagnostic de perception). 3 - À partir des chiffres disponibles, l'étude des données épidémiologiques (diagnostic objectif) corrobore ou non les résultats obtenus précédemment. 4 - Le bilan de ces deux approches fait apparaître ou non les superpositions entre le diagnostic de perception et le diagnostic objectif, et permet à l'aide des critères de priorité de déterminer les problèmes prioritaires.

Le diagnostic comporte donc à la fin de son processus, une procédure de détermination des problèmes de santé publique prioritaires. La seconde procédure qui vise à faire le choix des interventions prioritaires appartient à la programmation. Les critères de faisabilité et d'acceptabilité sont alors à élaborer afin que les stratégies et les actions retenues soient viables et adaptées au contexte. Ces deux procédures celle du diagnostic et celle de la programmation sont des moments importants où la sensibilité des uns et des autres peut entraîner « le détournement » des résultats obtenus, et ceci en toute bonne foi. D'autre part les rapports de force qui s'exercent au sein d'une équipe, avec des partenaires ou encore avec des bailleurs de fond peuvent également être des obstacles non négligeables à la réalisation du choix des priorités. Ces procédures faisant souvent défaut dans les programmes humanitaires ont amené les équipes de l'École de Santé Publique et de Médecins du Monde à créer une démarche structurée basée sur un outil de recueil d'informations systématisé. Cette démarche conduit, étape après étape, l'équipe de terrain vers un algorithme décisionnel simple; des extraits du guide de diagnostic illustrent cette progression.

La description de la situation nationale, régionale, locale

Toute action de santé doit s'appuyer sur la connaissance de la situation, de la culture, des relations sociales et des ressources qui interviennent dans les conditions de vie d'une population.

Le premier volet d'un diagnostic se construit à partir de données de la

littérature sur le pays ou sur une région, de travaux antérieurs d'observations (ouvrages, articles, rapports, synthèses, etc.), d'informations venant de personnes ressources (responsables politiques, acteurs locaux, etc.). Elle permet d'aborder les déterminants dont on sait, par des recherches déjà menées, qu'ils ont une influence sur la santé d'une population.

Les informations qu'il est possible de collecter sont de trois ordres :

- Les informations de « routine » qui proviennent d'enregistrements relatifs aux activités des services.
- Les informations recensées à l'aide des enregistrements systématiques comme les causes de décès, les certificats de santé des enfants, les vaccinations, etc.
- Les informations obtenues à l'aide d'enquêtes *ad hoc* sur la malnutrition, les maladies cardio-vasculaires, les conséquences des interruptions de grossesses, etc.

D'une façon générale, avant d'utiliser des données quelles qu'elles soient, il est utile de se poser quelques questions : qui a recueilli cette information ? Suivant quelle méthode ? Dans quel but ? Pour quel destinataire ? Pour quelle utilisation ? Quel circuit existe-t-il entre ceux qui génèrent l'information, ceux qui l'enregistrent et ceux qui l'utilisent ? Quel délai s'est écoulé entre les événements recueillis et la mise à disposition de l'information ? (Par exemple, les certificats de décès et les statistiques de mortalité suivent en France un itinéraire administratif compliqué et long). Sous quelle forme de stockage (fichier manuel ou fichier informatique – et se posent alors des problèmes de temps de traitement des données, des questions d'accessibilité comme en France l'application

de la loi informatique et liberté – ou encore dossiers individuels sans constitution de fichiers...) ? Ces questions permettent de relativiser l'utilité et la fiabilité de certaines informations, de certaines données statistiques et d'éviter des pertes de temps.

L'expression des gens à propos des déterminants qui influencent leur santé peut prendre des formes variées, et pas seulement celle de la parole. Bien des attitudes et des pratiques de la population à l'égard de leur mode de vie renseignent également sur leurs conditions de vie et leurs besoins, exemples : observer leur choix alimentaire, les dispositifs de l'évacuation des eaux usés ou de l'assainissement du milieu. Observer ces comportements permet de mieux connaître la population et son environnement.

Les agrégats nationaux et régionaux

Les informations doivent être recueillies et organisées de façon à disposer également d'indicateurs facilement utilisables fournissant une photographie de la situation à un moment donné. Ils seront des points de repère fort utiles en phase d'évaluation où il s'agira d'analyser le chemin parcouru.

Certains indicateurs ne renseignent pas seulement sur une situation sanitaire, mais ils représentent un regard indirect sur un ensemble de conditions d'accès aux soins. Par exemple, le taux de mortalité maternelle donne une information sur la fréquence des décès, mais également sur la qualité du dispositif de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. De même, le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de 1

À titre d'illustration, voici quelques indicateurs que nous avons retenus pour leur disponibilité dans la littérature et pour la lecture qu'ils donnent de la réalité socio-économique et sanitaire d'un pays ou d'une région (liste non exhaustive).

Indiquez les chiffres, les sources et les références utilisés, de comparer les données avec celles d'une autre région ou d'un autre pays afin de mettre en évidence les écarts observés. (Pays ou région de référence à définir en équipe)	Chiffres et année d'observation du pays ou de la région en question	Chiffres et année d'observation qui servent de comparaison
<ul style="list-style-type: none"> • Taille de la population • Proportion des moins de 15 ans ou de 20 ans dans la population • Taux de croissance du PNB pour les 5 dernières années • Espérance de vie pour les hommes • Espérance de vie pour les femmes • Taux de mortalité maternelle • Taux de mortalité infantile • Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) • Taux brut de mortalité • Taux d'alphabétisation des femmes • Indice de développement humain (IDH)* : mesure composite du développement humain contenant des indicateurs distincts représentant trois éléments du développement humain affectés d'une pondération égale : longévité (espérance de vie à la naissance), connaissances (alphabétisation des adultes et moyenne d'année d'études) et revenu (en parité de pouvoirs d'achat exprimés en dollars par habitant) • Classement de l'indice de développement humain (IDH) par rapport à l'ensemble des pays du monde • Autre indicateur 		

Indiquez vos sources :

* IDH : source rapport du PDNU (Programme de Développement des Nations Unies)

an à 5 ans renseignent sur la qualité du dispositif de prise en charge de la petite enfance, mais aussi sur les conditions de vie de la population.

Pour conclure, ne pas oublier que les comparaisons sont indispensables et vivement conseillées pour mettre en évidence les écarts observés. N'hésitez pas à faire des comparaisons avec d'autres situations, d'autres régions,

d'autres pays. Trop souvent, faute de faire cette mise au point, l'équipe a tendance à prendre comme référence la France ; or c'est une utopie si l'on veut travailler avec lucidité.

Les données locales

Elles sont souvent sommaires et recouvrent rarement le secteur

géographique concerné. Aussi, peut-on être amené à rechercher soi-même pour la population étudiée, les moyens de soins disponibles et leur accessibilité. Ces informations nécessitent un recueil spéci-

fique qui peut s'envisager à plusieurs niveaux et selon diverses méthodes : recherche documentaire, observations de terrain, entretiens avec les personnes ressources locales.

À partir d'entretiens avec des personnes ressources, des membres de la population et des professionnels locaux, il s'agit de :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques de la population locale choisie par l'équipe ;*
- mettre en évidence, de façon synthétique, les déterminants géographique, sociologique, culturel, législatif, économique, sanitaire, etc. qui influencent la santé de la population dont il est question ;*
- illustrer les informations recueillies par des indicateurs ;*
- préciser les constats déjà faits par les partenaires, les acteurs locaux.*

Voici quelques exemples de déterminants et d'indicateurs locaux :

- Déterminant géographique : millimètres de pluie tombés par an ou par mois, % de la superficie cultivée sur la superficie cultivable, nombre d'endroits de collecte de détritrus/superficie, quantité (hl) de réserve en eau, quantité (litre) de réserve en eau par habitant.
- Déterminant sociologique : taille de la population, proportion d'hommes et de femmes, proportion d'enfants ayant moins de 8 ans qui travaille, nombre d'enfants par famille, nombre de pièces par habitant, % de la pop. ayant moins de 9 ans de scolarité (pop. des plus de 15 ans), % de naissances des mères ayant moins de 3 ans de scolarité (total de naissances vivantes).
- Déterminant économique : % d'individus sous le seuil de faible revenu, % du revenu consacré à l'alimentation, taux d'endettement, rendement (kg) agricole par famille.
- Déterminant politique : % d'habitations détruites, % de mètres carrés détruits d'installations sanitaires, den-

sité de la pop. avant et après les mouvements sociaux, % de la pop. ayant déménagé depuis moins de 2 ans, proportion d'immigrants récents (depuis moins de 6 mois).

- Déterminant culturel : % de la pop. parlant la langue maternelle du pays (pop. ayant déclaré une seule langue maternelle) ; % de la pop. ne connaissant que le dialecte du pays, % pop. d'origine ethnique autre que celle du pays, % de la pop. pratiquant une religion, % de la pop. pratiquant des rites particuliers.

Les problèmes de santé exprimés par la population et les professionnels

Nous voici donc au deuxième volet du diagnostic. C'est l'ensemble de ce cheminement qui nous amène à l'identification des problèmes de santé publique. Le parcours est utile d'autant plus qu'il ne peut pas se résumer par une simple promenade d'observation : en voulant mieux connaître la population, on va aussi

agir dans le sens d'une stimulation de la communauté afin de lui donner l'envie de faire quelque chose ensemble. Stimulation plus que nécessaire si l'on veut susciter une véritable dynamique collective, si elle n'existe pas spontanément.

Le recueil des problèmes collectifs se fait à partir de deux consultations directes : l'une destinée à recueillir les problèmes exprimés par la population et/ou de ses représentants, et l'autre ceux des professionnels. Ces consultations doivent leur permettre grâce à leurs vécus, leurs expériences et leurs

connaissances de la situation, d'identifier les problèmes les plus importants qui affectent tant physiquement que moralement la population dont il est question. L'exploration des problèmes passe d'abord et avant tout par l'écoute. Susciter la parole des groupes à propos de leurs problèmes est le fondement même de l'approche communautaire.

Pour ce travail d'enquête, il est indispensable de poser les mêmes questions à la population et aux professionnels afin de permettre la comparaison des réponses obtenues et leur hiérarchisation.

1^{re} étape

Consultez de préférence en groupe (5 à 8 personnes) la population et les professionnels.

Repérez les problèmes collectifs de santé exprimés, en répondant à la question : quels sont les problèmes de santé les plus importants de la population dont vous faites partie ? Et le groupe le plus vulnérable ou le plus concerné pour chaque problème cité ?()*

Indiquez les 3 problèmes collectifs les plus cités et les groupes concernés.

- Pb (a) :
- Pb (b) :
- Pb (c) :

2^e étape facultative, elle permet de différencier les problèmes cités précédemment

Après chaque question ci-dessous, attribuez au problème le plus important un nombre de points de 1 à 10 pts.

(Les questions ne sont que des pistes de travail, à vous de les adapter)

Pb(a) Pb (b) Pb (c)

- Parmi les 3 problèmes de santé, quel est celui qui touche / affecte le plus de personnes ? (le moins = 1 ; le plus = 10 points)			
- Parmi les 3 problèmes de santé, quel est celui qui laisse le plus de personnes handicapées ? (le moins = 1; le plus = 10 points)			

* Faites la différence entre un problème lié à un déterminant (ex : accès aux soins), un thème ou une population (ex : alcool, enfants des rues, etc.) et un problème collectif lié à un état de santé (voir note).

- Parmi les 3 problèmes de santé, quel est celui qui fait mourir le plus de personnes ? (le moins = 1 ; le plus = 10 points)			
- Parmi les 3 problèmes de santé, quel est celui qui entraînerait le plus de dépenses (paupérisation de la collectivité ou de la famille, ex : jours de travail perdus, manque à gagner, coûts) ? (le moins = 1 ; plus = 10 points)			
- Parmi les 3 problèmes de santé, quel est celui qui a le plus de conséquences (pertes sociales ou fragilisation) sur la structure familiale ? (le moins = 1; le plus = 10 points)			
- Autre :			
<i>TOTAL</i>			

Qui avez-vous interrogé ? Et comment avez-vous déterminé le problème de santé le plus important en faisant appel à la méthode de consensus (accord collectif de tous) ou à la méthode de pondération (attribution de points de façon collective ou individuelle voir ci-dessus) ?

Tableaux de synthèse des problèmes collectifs de santé selon le nombre de points obtenu

Les problèmes de santé les plus importants et les groupes concernés	Classement ou points attribués par la population	Classement ou points attribués par les professionnels	Total du diagnostic de perception

Remarques sur la pratique des consultations en santé publique

Il existe un écart important entre les possibilités offertes par les innovations méthodologiques et leur application dans le cadre de la planification des actions de santé. Malgré la panoplie des méthodes disponibles (structurée/peu structurée, individuelle/collective), on peut regretter que les promoteurs de diagnostic se cantonnent à des techniques routinières et se satisfont de modèles simples. Ainsi lorsqu'ils consultent une population, ils privilégient souvent l'interrogation des personnes en

tant qu'individus (en leur demandant, par exemple : quels sont vos problèmes de santé ?) au lieu de les interroger en tant qu'acteurs faisant partie d'une communauté ou de groupes sociaux (en leur demandant : quels sont les problèmes de santé que rencontre la communauté à laquelle vous appartenez ?). Pourquoi ces choix non seulement méthodologiques, mais aussi conceptuels (à savoir : consultation individuelle au détriment de la consultation collective, questions centrées sur l'individu au détriment des questions centrées sur la communauté) sont-ils si souvent privilégiés ? Favoriser le discours individuel au détriment du discours

collectif n'est-ce pas omettre que l'expression communautaire a besoin de ses propres canaux de communication pour exister.

Bien des méthodes comme les consultations de groupes sont encore trop peu utilisées par manque de familiarité, de formation ou pour des raisons culturelles ou économiques. L'utilisation des consultations individuelles au détriment des consultations collectives reste cependant un paradoxe qui mérite que l'on s'interroge notamment lorsque l'on parle de programmes communautaires, de démarche participative de ceux qui doivent être partie prenante dans les processus décisionnels qui les concernent.

La logique biomédicale appliquée à la planification des actions de santé a favorisé par le poids de l'épidémiologie, l'approche individuelle basée sur le postulat selon lequel une population est un regroupement de personnes qui se réduit à leur somme et s'agrège à des fins analytiques. Mais ce type d'approche oublie qu'une population est un corps social, économique, politique constituée de familles et de groupes sociaux. Les techniques de consultation collective existent, mais sont rarement utilisées. Des dispositifs nouveaux sont donc à trouver pour développer ces capacités d'écoute et d'expression. Car la possibilité d'exprimer son opinion grâce au groupe n'est pas seulement un aspect de la liberté : elle est essentielle à la quête de la vérité et à la vitalité du corps social tout entier.

D'autres obstacles à l'innovation méthodologique subsistent et tiennent au conservatisme inhérent aux critères de jugement des programmes par les organismes financeurs. Qu'il s'agisse d'apprécier la valeur d'un protocole ou de l'opportunité de poursuivre, de modifier ou d'interrompre

un programme, le recours à des procédures classiques est souvent préféré à des approches innovantes. Le caractère pragmatique de la planification devrait pourtant favoriser la créativité méthodologique. Mais tant que les modèles individuels serviront de référence, voire de contrainte implicite, les analyses, quelles qu'elles soient, resteront limitées voire incomplètes. Il est dès lors important aujourd'hui de développer l'approche collective et de reconnaître à la sociologie son apport dans l'analyse des informations ainsi recueillies.

Les problèmes de santé publique exprimés comme importants et les indicateurs objectives

Les indicateurs de perception obtenus précédemment permettent d'établir la liste des problèmes retenus comme importants par la population et par les professionnels. Ce classement des problèmes fournit un premier bilan (diagnostic de perception) qui va pouvoir être corroboré par des données disponibles ou un recueil d'informations spécifiques (diagnostic objectif).

Le troisième volet du diagnostic est donc une création de données ou une récolte d'informations disponibles dans les dossiers, les rapports d'activités, les synthèses de réunions, les publications. Il arrive parfois que l'on « revitalise » des chiffres endormis que personne n'a encore examinés. On cherche à les analyser, à les comprendre, et cela évite parfois des recherches coûteuses. Mais il arrive, en fonction des ressources et des compétences de l'équipe, qu'il soit nécessaire de créer des données en élaborant des enquêtes spécifiques.

L'approche des problèmes de santé publique passe alors par un aspect métrique et leurs mesures (taux de prévalence, taux d'incidence, etc.) sont transcrites sous la forme d'indicateurs objectivés, obtenus notamment au moyen des études épidémiologiques. Selon l'échelon géographique auquel on s'adresse, les données disponibles sont différentes. Plus la taille de la population concernée est restreinte, plus il est difficile d'obtenir des données non-agrégées ; il est alors nécessaire de recueillir des informations par des enquêtes spécifiques. Une autre difficulté est constituée par la non-concordance habituelle des secteurs géographiques définis par les différents services. Ainsi, les découpages administratifs n'ont souvent aucune limite commune. De plus, le secteur géographique sur lequel se trouve la population avec laquelle on travaille ne représente pas forcément l'unité de vie de cette communauté ; par exemple : les données relatives à une commune peuvent ne pas refléter du tout la

situation de certains quartiers où vivent plus de la moitié de ses habitants. Enfin, il est fréquent que les données sur le même phénomène fournies par plusieurs services soient différentes : ainsi, le nombre de personnes appartenant à une ethnie particulière n'est pas le même selon qu'on s'adresse à l'un ou l'autre des services de recensement statistiques. Ces difficultés courantes ne doivent pas faire obstacle au recueil épidémiologique.

À l'aide de la lecture de documents, de rapports d'études, de données recueillies de façon spécifique (ex : registres de consultation), il est possible de corroborer les informations obtenues précédemment sur les problèmes exprimés comme importants, en répondant aux questions :

Au niveau local :

Quel est le % de cas (taux de prévalence) ?

Quel est le % de nouveaux cas (taux d'incidence) ?

Quel est le taux de mortalité ?

Problèmes collectifs de santé	Indicateurs objectivés

Les deux démarches décrites précédemment sont à mener l'une après l'autre afin de ne pas recueillir trop de données à la fois dont on ne saurait que faire. La première permet de connaître les problèmes collectifs exprimés, la seconde permet d'accréditer les résultats obtenus. En d'autres termes, les indicateurs épidémiologiques corroborent les problèmes issus des indicateurs de

perception obtenus en consultant la population et les professionnels. Il est nécessaire d'insister sur la signification du mot « perceptuel » qui ne s'oppose pas ici à un aspect « objectif » mis en évidence par les études épidémiologiques. Il faudrait parler plutôt de problèmes ressentis d'une part, de problèmes observés d'autre part. Le discours des personnes n'est pas moins important que l'observa-

tion des techniciens ; il n'est pas question de valider celui-là par celle-ci, il s'agit de deux démarches différentes, mais convergentes et complémentaires.

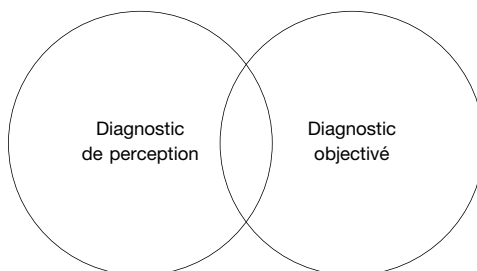
La détermination des problèmes de santé publique prioritaires

Il arrive que le bilan ne montre aucune superposition entre ce que

disent la population et les professionnels et les données épidémiologiques. De même il arrive que le discours de la population diffère de celui des professionnels, les mots des uns et des autres ne faisant toujours pas appel aux mêmes vécus.

Le choix fait par les membres de l'équipe à l'aide des critères de priorité est capital pour différencier ce qui est prioritaire de ce qui est urgent ; l'urgence n'étant pas un critère, mais

Recouvrement entre le diagnostic de perception et le diagnostic objectif



- Faites la synthèse des éléments recueillis qui décrivent un « problème » c'est-à-dire un écart entre une situation initiale et une situation souhaitée ou de référence.
- Comparez les problèmes entre eux à l'aide de ce que l'on appelle les critères de priorité tels que la fréquence, la gravité, l'importance accordée par la population, l'importance accordée par les professionnels, l'évolutivité, les conséquences économiques et sociales, etc. pour déterminer les problèmes prioritaires n°1 et n°2.

Problèmes prioritaires de santé publique et groupes concernés
Problème prioritaire n° 1
Problème prioritaire n° 2

une combinaison de critères car il peut être à la fois la mortalité, l'évolutivité, la fréquence, etc. Grâce aux procédures de classements successifs, les problèmes cités deviennent ou non prioritaires et les groupes de population identifiés des groupes vulnérables ou non.

Les réponses existantes, les solutions et les demandes d'intervention liées aux problèmes prioritaires.

Ce travail facilite la réflexion sur le choix des interventions à mettre en place par la suite comme l'éducation

Pour le problème prioritaire n° 1 : Facteurs comportementaux	
<i>Réponses existantes</i>	<i>Solutions et demandes proposées</i>
Pour le problème prioritaire n° 1 : Facteurs non comportementaux	
<i>Réponses existantes</i>	<i>Solutions et demandes proposées</i>

à la santé, la prévention, les soins curatifs, la formation des personnels de santé, etc.

Au moment des rencontres avec la population, les professionnels locaux, il est conseillé :

- De recueillir les réponses existantes, les solutions, les demandes d'intervention proposées qui interviennent sur les problèmes prioritaires.
- De les classer selon qu'elles sont plutôt de type comportemental (connaissances/croyances - attitudes - pratiques (CAP) déclarées, gestes, affect/sentiment éprouvé) ou non - comportemental (textes de réglementation, matériel, etc.).

Remarque à propos de l'intervention en éducation à la santé.

Dans le cadre d'une intervention en éducation à la santé, les facteurs sociologiques et anthropologiques (représentations et modèles sociaux, valeurs et normes culturelles) qui influencent un problème prennent une importance toute particulière. Ils font alors l'objet d'études spécifiques qui portent sur les composantes du comportement comme les gestes observables ou l'affect (les sentiments) ou encore les connaissances / croyances - attitudes - pratiques (CAP) déclarées. Ainsi découvrir ce que représente pour les gens le plaisir de manger, de fumer : ce sont là des éléments qui complètent fondamenta-

lement la connaissance que les équipes de terrain peuvent avoir sur les déterminants du problème.

Les études CAP permettent d'appréhender voire d'approfondir le registre des connaissances ou des croyances (« ce que l'on sait ou croit savoir »), celui des attitudes, des opinions fortes sur un sujet donné (« ce que l'on pense ») et enfin, celui des pratiques déclarées (« ce que l'on dit faire et non ce que l'on fait »). On est aujourd'hui convaincu que ces dimensions cognitives doivent être explorées, car il est illusoire de croire que les gens ne savent rien et sont vierges de toutes croyances et de toutes pratiques à l'égard des problèmes qu'ils rencontrent. C'est ainsi que lors des consultations, on peut découvrir qu'un problème évoqué par les professionnels n'est plus un problème pour la population qui y pallie par des réponses traditionnelles.

En conclusion

À ce stade, de nouvelles questions vont émerger et permettre la construction des phases de programmation et d'évaluation, à savoir :

- Quelles sont les interventions possibles (éducation à la santé, prévention, soins curatifs, etc.) à élaborer et les objectifs à fixer ?
- Quel est le plan opérationnel prévisionnel envisagé pour le déroulement des activités, la répartition des ressources, l'implication de la commu-

nauté, la contribution du partenariat et la mise en place et la réalisation des évaluations ?

- Quels sont les indicateurs et les éléments facilitant la compréhension de

l'évaluation des résultats et du processus ?

- Quels sont les impacts c'est-à-dire les retombées positives et négatives non prévues par le programme ?

BIBLIOGRAPHIE CONSEILLÉE AVANT LE DÉPART EN MISSION

BANQUE MONDIALE. De l'économie planifiée à l'économie de marché. Rapport sur le développement dans le monde 1996 Washington : Banque Mondiale, 1996, 275 p.

BANQUE MONDIALE. Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé ; indicateurs du développement dans le monde Washington : Banque Mondiale, 1993, 339 p.

GRANT James P. La situation des enfants dans le monde, 1997, Genève : Unicef, 1994, 94 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, 1995 Genève : OMS, 1996, 821 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Rapport sur la santé dans le monde 1995 : réduire les écarts Genève : OMS, 1995, 118 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Rapport sur la santé dans le monde 1996 : combattre la maladie et promouvoir le développement Genève : OMS, 1996, 137 p.

L'état du monde 1995 : annuaire économique et géopolitique mondial Paris : La Découverte, 1994, 686 p.

Les extraits du guide donnés à titre d'illustration ont été conçus et testés par : M. Baumann ; M.M. Cao ; M.M. Avella-Labbé ; C. Cohidon (Faculté de Médecine, École de santé publique, Nancy) et les membres de la cellule d'évaluation : D. Cannet, S.Châlons, A. de Calan, P. Michelletti, avec la participation de : C. Trevgodà, T. Comte, M. Bennour, S. Krawiec, C. Vandheer, L. Bourgeois, C. Giboin, C. Maghsoudnia, J. Nallet (Médecins du Monde, Paris).
