

Méthode DELPHI

Dossier documentaire

SOMMAIRE

Présentation de la méthode Delphi	1
Outils de l'enquête Delphi 2005 pour le PRSP de Lorraine	7
Exemple :	
« Les priorités de prévention en santé mentale à Genève : Une enquête par méthode Delphi »	23
Guide pour l'utilisateur de la méthode Delphi publié par la Fondation Roi Baudouin	35

Présentation de la méthode Delphi

(Document de synthèse établi à partir de différentes sources)

1. Définition et objectifs

La méthode DELPHI est une méthode visant à organiser la consultation d'experts sur un sujet précis, souvent avec un caractère prospectif important.

Le terme « expert » ne doit pas faire croire que cette méthode est réservée à la consultation d'autorités scientifiques de haut rang. Il faut entendre par « expert » toute personne ayant une bonne connaissance pratique, politique, légale ou administrative d'un sujet précis et ayant une légitimité suffisante pour exprimer un avis représentatif du groupe d'acteurs auquel elle appartient. Dresser la carte des acteurs peut aider à identifier ces experts.

Très utile dans la phase d'analyse et d'étude d'opportunité d'un projet (par exemple, d'un projet de réalisation d'un site web ou d'un logiciel), la méthode DELPHI permet d'affiner le projet de départ via un questionnement sur son opportunité, sur sa faisabilité et sur les différentes contraintes auxquelles le projet sera confronté.

La méthode DELPHI a pour but de rassembler des avis d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences et des consensus sur les orientations à donner au projet en soumettant ces experts à des vagues successives de questionnements, qui génèrent des avis qui permettent de consolider les orientations à donner à un projet. Cette méthode trouve toute son utilité là où de nombreuses incertitudes pèsent sur la définition précise d'un projet et où de nombreuses questions se posent quant à son opportunité et sa faisabilité. Elle apporte un éclairage des experts sur ces zones d'incertitude en vue d'une aide à la décision et d'une vérification de l'opportunité et de la faisabilité du projet.

2. Contexte d'utilisation de la méthode

La méthode DELPHI aide à lever les incertitudes rencontrées dans le cadre d'un développement d'un projet. En principe, elle peut donc être utilisée à chaque phase du développement, mais elle trouve sans doute son utilité la plus directe lors du démarrage d'un projet, durant la phase d'analyse, là où les incertitudes sont nombreuses. Elle peut en effet contribuer à lever ces incertitudes et à prendre des décisions grâce aux avis autorisés sur le projet, son opportunité, sa faisabilité et les orientations à lui donner.

Dans certains cas, des variantes de la technique peuvent également être appliquées lors des phases ultérieures du développement du projet : lors de la conception de l'application, la méthode DELPHI permet d'organiser les consultations nécessaires pour rassembler des avis et générer des consensus sur les orientations prises par le projet ; lors de l'évaluation de l'application, la méthode DELPHI permet de lever certaines incertitudes révélées par les tests d'utilisabilité en questionnant les « testeurs » sur leurs divergences et en essayant, à travers des questionnements successifs d'arriver à un consensus.

3. Les acteurs

Deux types d'acteurs interviennent dans cette méthode : les analystes et les experts.

Les analystes sont chargés d'organiser le dispositif DELPHI, c'est à dire : de sélectionner les « experts » ; de rédiger les versions successives des questionnaires ; d'analyser et d'exploiter les résultats.

Les experts sont les personnes qui seront consultées durant le processus DELPHI. Le choix de ces experts doit tenir compte de leur :

- connaissance du problème visé ;
- légitimité par rapport au groupe d'acteurs qu'ils pourraient représenter ;
- disponibilité durant le processus DELPHI ;
- indépendance par rapport à des pressions commerciales, politiques ou autres.

Le nombre d'experts n'est pas figé. Il dépend en fait de l'étendue de la carte des acteurs du projet. Plutôt que la quantité, il importe ici de veiller à la représentativité et la légitimité.

4. Mise en œuvre de la méthode

La méthode DELPHI est en apparence relativement simple à mettre en œuvre. Toutefois, elle requiert de la part des analystes des compétences éprouvées en matière de rédaction et de traitement de questionnaires. Elle demande également une excellente connaissance du problème ou du projet visé par le DELPHI, tant pour la rédaction des questionnaires successifs que pour l'interprétation et la consolidation des résultats. L'idéal est de disposer d'une équipe interne disposant de ces deux compétences ou d'externaliser la compétence méthodologique tout en gardant en interne la compétence sur le fond.

La méthode DELPHI demande des ressources de rédaction, de traitement et d'analyse de questionnaires. Ces ressources peuvent être humaines mais supposent l'aide de moyens informatiques quand le nombre d'experts s'élargit et que le traitement manuel n'est plus possible. Différents logiciels peuvent aider à ce traitement : logiciels d'analyse textuelle qualitative, logiciels davantage orientés vers la statistique descriptive (comme Excel) ou vers la statistique analytique (comme SAS ou SPSS). Il importe, à ce niveau, de choisir des outils logiciels parfaitement maîtrisés par les analystes.

Par ailleurs, le questionnement des experts se fait sur base de questionnaires écrits à questions ouvertes et fermées.

Les questionnaires sont envoyés individuellement aux experts et non pas administrés en groupe afin d'éviter les phénomènes d'influence liés au groupe.

5. Les étapes de la méthode Delphi

Il existe de nombreuses variantes à la méthode DELPHI. Voici une variante classique, à 4 étapes.

- L'étape 1 consiste à définir avec rigueur et précision l'objet sur lequel portera le DELPHI. Par objet, on entend le problème que vont devoir examiner les experts et les grands questionnements liés à ce problème. Il importe de passer du temps à cette définition de l'objet sans quoi on risque d'entraîner les experts dans un processus DELPHI

dont le thème évolue au fur et à mesure. La définition de l'objet est importante tant pour la rédaction des questionnaires que pour le choix des experts.

- L'étape 2 consiste à procéder au choix des experts, par exemple sur base d'une [carte des acteurs](#) établie pour la circonstance. Pour éviter la mise en question future du processus DELPHI, il importe de veiller à :
 - la bonne représentativité des experts choisis par rapport à l'objet visé ;
 - leur indépendance ;
 - leur excellente connaissance de l'objet sur lequel porte le DELPHI.

Il est recommandé que le nombre final d'experts ne soit pas inférieur à 25. Cela veut dire qu'il faut en prévoir un nombre plus importants au départ pour tenir compte des refus et des abandons.

Chaque fois que l'ORSAS a mené une enquête Delphi, les experts sélectionnés ont d'abord été contactés par téléphone pour leur expliquer l'objet de l'enquête, leur indiquer ce que l'on attendait d'eux, leur préciser la charge de travail que représentera leur contribution et pour solliciter leur participation.

- L'étape 3 consiste à élaborer un questionnaire selon un processus rigoureux. Les questions doivent être ciblées, précises et éventuellement quantifiables. Très souvent le questionnaire de départ repose largement sur des questions faites d'items ou d'échelles à choisir par les experts.
- L'étape 4 est celle de l'administration du questionnaire et du traitement des résultats. Le questionnaire de départ est administré par courrier (physique ou électronique) aux experts. Le même questionnaire servira de fil conducteur à tout l'exercice DELPHI, il sera juste enrichi, à chaque tour, des résultats et commentaires générés par le tour précédent.

Au deuxième tour de questionnaire, les experts reçoivent les résultats du premier tour et doivent à nouveau se prononcer sur le questionnaire, en ayant maintenant l'opinion du groupe consulté. Si leur nouvelle réponse dévie fortement de la moyenne du groupe, ils doivent la justifier. Au troisième tour, on informera les experts des résultats du deuxième tour ainsi que des commentaires justifiant les opinions déviantes. Les experts seront à nouveau invités à répondre au questionnaire mais aussi à commenter les opinions déviantes. Le quatrième et dernier tour livrera aux experts toute l'information récoltée au cours des tours précédents et leur demandera de répondre une nouvelle fois au questionnaire. Ce quatrième tour donnera les réponses définitives : les opinions consensuelles médianes et la dispersion des opinions autour de cette médiane, cette dispersion pouvant être interprétée à l'aide des justifications et commentaires recueillis auprès des experts.

A l'issue du DELPHI, les analystes rédigent un rapport synthétique reprenant : les opinions consensuelles médianes qui se sont dégagées au sein du groupe d'experts et la dispersion des opinions autour de cette médiane ; les justifications et commentaires des experts à propos des opinions qui divergent du consensus pour interpréter la dispersion des opinions ; la composition du groupe d'experts ; éventuellement, le questionnaire soumis aux experts.

6. Atouts et limites

ATOUPS

La méthode permet de générer des consensus raisonnés qui pourront servir à légitimer certaines décisions futures à prendre sur un projet. Elle permet de collecter une information riche, notamment au niveau des déviances, qui sont parfois plus intéressantes que la norme. Elle peut être appliquée dans des domaines très variés (gestion, économie, technique, sciences sociales, sciences humaines, etc.). Elle ouvre parfois sur des perspectives ou des hypothèses non envisagées par les analystes.

Mais attention : convergence ne signifie pas cohérence.

LIMITES

La méthode est relativement lourde et fastidieuse tant pour les analystes que pour les experts (4 tours de questionnaire). Elle apparaît, à certains égards, davantage intuitive que rationnelle. Seuls les experts qui sortent de la norme sont amenés à justifier leur position. On peut aussi considérer que l'opinion des déviants est, en termes prospectifs, plus intéressante que celle de ceux qui rentrent dans le rang.

Elle suppose une excellente capacité des analystes au niveau des traitements des réponses et de la conduite maîtrisée de tout l'exercice.

Ces différents inconvénients amènent beaucoup de praticiens à travailler avec des DELPHI allégés ou adaptés en fonction du temps et des ressources dont disposent à la fois les experts et les analystes (utilisation du courrier électronique ou du web), etc.

QUAND OPTER POUR CETTE MÉTHODE ?

La méthode DELPHI est très efficace pour lever des incertitudes et prendre des décisions quant au développement et à l'opportunité d'un projet.

Elle s'applique idéalement lors de l'analyse du projet, mais dans certains cas, elle peut également être appliquée lors des phases ultérieures.

La méthode DELPHI requiert des connaissances en rédaction, en traitement et en analyse des questionnaires, et peut apparaître assez lourde et fastidieuse à gérer, tant pour les analystes que pour les experts (contrainte lourde).

7. Exemples d'application de cette méthode

Au Canada, une vaste consultation selon la méthode DELPHI s'est déroulée à l'été et à l'automne 2001 sur la préparation des jeunes canadiens au marché du travail. Plus de 70 experts issus des secteurs des affaires, de l'enseignement, des administrations publiques et des organisations non gouvernementales ont été consultés. La Direction générale de la recherche appliquée du Développement des Ressources Humaines Canada propose un rapport détaillé de cette consultation DELPHI.

<http://www.hrsdc.gc.ca/fra/sm/ps/rhdc/rpc/publications/recherche/2002-000003/page05.shtml>

Une étude par méthode Delphi a été menée pour identifier les priorités de prévention dans le domaine de la santé mentale, à Genève. Deux étapes d'allers et retours de lettres ont eu lieu entre les organisateurs de l'étude et 58 informateurs-clés concernés à travers leur association ou leur situation professionnelle par la santé mentale.

Le premier tour de l'enquête a permis de faire une liste de problèmes de santé mentale. Il s'agit surtout de problèmes de santé (65 %) et de services (11 %) ; moins fréquemment de problèmes de ressources (< 1%). Un consensus a été trouvé au 2^e tour et 3 problèmes sont à privilégier dans une perspective d'intervention préventive : la dépression, l'abus d'alcool, la maltraitance et les abus sexuels.

La méthode Delphi, qualitative, qui reflète la perception subjective et consensuelle d'un groupe d'experts, a donc permis d'identifier les problèmes de santé mentale prioritaires pour la prévention à Genève, en 1995.

8. BIBLIOGRAPHIE SUCCINCTE

- ▶ BUIGUES P.A., Prospective et compétitivité, Mac Graw Hill 1985.
- ▶ GODET M., De l'anticipation à l'action" Dunod, 1991.
- ▶ HELMER O., Looking forward : a guide to futures research, Sage publications, 1983. (Olaf Helmer est l'un des pères de la méthode Delphi)
- ▶ LINSTONE H. A., TURROF, M., The Delphi method, techniques and applications, Addison wesley publishing, 1975.
- ▶ MARTINO J.P., Technological forecasting for decision making, Mac Graw Hill, 1993. (ouvrage vendu avec une disquette de programmes permettant notamment de traiter une enquête Delphi)
- ▶ SAINT-PAUL R., TÉNIÈRE-BUCHOT P.F., Innovation et évaluation technologiques, Entreprise moderne d'édition, 1974.

Outils de l'enquête Delphi (2005) pour la préparation du PRSP en Lorraine

*Première lettre adressée aux
experts après un entretien
téléphonique préalable*

Madame, Monsieur,

A la suite de notre premier contact téléphonique, je vous adresse les détails du projet d'enquête que nous menons pour la DRASS de Lorraine sur « les priorités de santé en Lorraine » et à laquelle vous avez accepté de participer. Je vous remercie pour l'attention que vous voudrez bien y apporter et pour le temps que vous y consacrerez.

Pour la préparation du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), la DRASS et les DDASS ont souhaité enrichir le diagnostic partagé qu'elles ont engagé par le point de vue d'acteurs de terrain. Ce diagnostic régional partagé vise à fournir une base de réflexions et d'orientations commune aux partenaires locaux pour élaborer les actions prioritaires du plan régional de santé publique.

La méthode employée pour réaliser la remontée d'informations qualitatives de terrain est la méthode Delphi qui a été validée depuis plusieurs années, notamment dans le champ de la santé publique.

La procédure est simple. Nous cherchons à recueillir l'opinion d'une trentaine de personnes par département lorrain. Ces personnes ont été sélectionnées en lien avec les DDASS pour l'étendue et la qualité de leur expérience dans le domaine de la santé des populations.

Vous aurez à répondre individuellement à trois questionnaires successifs au maximum qui vous seront transmis par courrier postal ou par courrier électronique si vous le souhaitez.

Nous vous demandons, dès maintenant, de répondre au premier questionnaire (une question) ci-joint. Les deuxième et troisième questionnaires seront construits à partir des réponses obtenues au questionnaire précédent.

Pour chaque questionnaire, nous vous demanderons de respecter un délai maximal de 10 jours de façon à ce que l'ensemble du processus puisse se dérouler en trois mois. Je précise que la méthode Delphi nécessite votre participation à l'ensemble des étapes.

Il est bien entendu que l'ORSAS respectera l'anonymat de vos réponses. Seuls les résultats collectifs par département et pour la Lorraine seront communiqués à la DRASS qui les rendra publics. Le rapport final présentant l'ensemble des résultats vous sera communiqué.

En vous remerciant pour votre contribution, je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Yvon Schléret
Directeur de l'ORSAS-Lorraine

Enquête Delphi – Plan Régional de Santé Publique de Lorraine

Date d'envoi : 14 mars 2005

Première question

Compte tenu des objectifs généraux de la politique de santé publique en France:

- diminuer la mortalité prématurée évitable
- diminuer la morbidité
- améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités
- réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention,

Veillez faire une liste de 10 problèmes (au maximum) que vous jugez importants à prendre en compte dans le domaine de la santé pour votre département afin d'atteindre ces objectifs.

Classez ces 10 problèmes prioritaires par ordre d'importance décroissante du 1^{er} au 10^{ème} (le 1^{er} étant celui qui vous semble le problème majeur).

Vous pouvez justifier ce choix et ce classement que vous proposez en quelques mots.

N.B. : C'est en fonction de votre compétence personnelle que les responsables de cette enquête font appel à vous. Vos réponses doivent donc refléter votre expérience personnelle et non forcément l'opinion de l'organisme pour lequel vous travaillez.

Merci de nous adresser vos réponses sur papier libre en indiquant votre nom et le numéro de votre département avant le **jeudi 24 mars 2005**,

- soit par courrier postal à
ORSAS-Lorraine, 2 rue du Doyen Parisot,
54500 Vandoeuvre-lès-Nancy,

- soit par courrier électronique à orsas.lor@wanadoo.fr

Seconde lettre adressée aux experts

Madame, Monsieur,

Je voudrais, tout d'abord, vous remercier d'avoir pris de votre temps pour nous faire profiter de votre expérience. Votre collaboration à la préparation du PRSP de Lorraine est précieuse.

Nous entamons maintenant la seconde étape de l'identification de priorités dans le domaine de la santé pour les départements lorrains et la région. Comme vous le savez, cette démarche a pour objectif de fournir aux DDASS, à la DRASS et à leurs partenaires des informations destinées à les aider dans leur prise de décision pour la fixation de priorités dans le Plan Régional de Santé Publique. L'enquête mobilise 109 personnes réparties sur les 4 départements lorrains.

L'analyse des réponses au premier questionnaire a permis de recueillir 809 propositions qui ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui a abouti à la formulation d'une trentaine de catégories différentes de besoins repérés par les personnes ayant répondu.

L'analyse de contenu a consisté à réunir sous un même énoncé les propositions de même nature. Chaque catégorie proposée obtient une note en fonction du rang auquel la proposition concernée a été citée. Les besoins cités avec le rang 1 ont été notés avec 10 points, celle de rang 2 avec 9 points, etc. Ce qui a permis d'établir un score provisoire pour chaque catégorie de besoins. On obtient ainsi une toute première ébauche de classification.

Le tableau 1 présente les différentes catégories de besoins identifiés par cette enquête. Elles sont indiquées par ordre d'importance décroissant, en fonction de leur score (en premier la catégorie qui a obtenu le score le plus élevé).

Pour cette seconde étape de l'enquête, nous vous demandons de lire attentivement cette liste et de sélectionner, sur le tableau récapitulatif, 10 priorités en les classant (1 pour la plus importante des dix, 10 pour la moins importante des dix, etc.).

Le document 2 détaille les catégories que nous avons établies à partir de l'analyse de contenu. C'est-à-dire que sous l'intitulé de chaque catégorie, nous avons indiqué les propositions les plus fréquentes que nous y avons regroupées. La lecture de ce document permet de mieux comprendre le tableau 1 qui est dans une formulation plus synthétique.

Enfin, le questionnaire ci-joint reformule la question à laquelle vous êtes invité(e)s à répondre cette fois-ci. **La réponse est attendue pour le 25 avril 2005 au plus tard.**

Vous pouvez exprimer un avis divergent sur les regroupements qui ont été opérés. Dans ce cas, je vous remercie de bien vouloir le signaler. A l'inverse, vous pouvez également proposer d'autres regroupements à partir du tableau 1. Par exemple, si vous classez le numéro x en plus important et vous estimez que le n° y est de même nature, vous classez x et y avec le même niveau de priorité ou avec le même rang.

L'ORSAS est à votre disposition pour répondre à toutes les questions que cette seconde étape de l'enquête pourrait susciter auprès de vous.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Yvon Schléret
Directeur de l'ORSAS-Lorraine

Enquête Delphi sur les priorités de santé en Lorraine

Avril 2005

Maîtrise d'ouvrage : DRASS et DDASS de Lorraine

Maîtrise d'œuvre : ORSAS-Lorraine

Document 1**Présentation détaillée et classement provisoire des intitulés des priorités dégagées à partir des résultats du premier questionnaire**

Ce document indique les résultats de l'analyse de contenu des propositions de priorités recueillies auprès des participants de l'enquête Delphi. Chaque intitulé (en gras) est la synthèse reformulée de différentes propositions de même nature et c'est sous cette forme que la catégorie de proposition est reprise dans le questionnaire n° 2.

Pour illustrer et préciser le sens de chacun de ces intitulés, on les a illustrés par des retranscriptions « mot à mot » de propositions qui ont été classées dans la catégorie correspondante. Une telle copie de formulations a pour objectif de ne pas trahir les réponses reçues.

Toutes les formulations n'ont pas été systématiquement reproduites dans ce document. Lorsque deux ou trois énoncés provenant de sources différentes étaient fortement redondants, on n'en a conservé qu'un seul pour alimenter l'explication. Par contre tous les énoncés ont été pris en compte pour la hiérarchisation des propositions.

La hiérarchisation des propositions a été menée de la manière suivante : Chaque énoncé a obtenu une note en fonction du rang auquel il a été cité (10 points pour l'énoncé classé en première priorité, 9 points pour celui indiqué en seconde priorité, et ainsi de suite jusqu'à la 10^{ème} priorité qui a obtenu 1 point). Le classement proposé ci-contre correspond à l'ordre décroissant des priorités en fonction du nombre de points obtenus. Il s'agit d'un classement provisoire établi à l'échelon régional. La synthèse finale présentera les résultats par département.

Ce classement est présenté comme provisoire car les résultats de la seconde question peuvent encore le modifier.

1 - Réduire la consommation de produits licites (tabac, alcool) ou illicites (drogues) pouvant entraîner une dépendance

« Les dépendances aux produits (tabac, drogues, médicaments, alcool). »

« Lutte contre des conduites addictives (Alcoolisme, Tabagisme, toxicomanie) et pratiques de substitution/sevrage. »

« Prévention et lutte contre les dépendances aux produits licites (notamment médicaments, tabac, alcool) et illicites. »

« Dépendance et consommation de drogues, alcool, tabac pour l'ensemble de la population mais essentiellement chez enfants et adolescents y compris à titre passif ou en raison de l'incidence d'une telle consommation parentale. »

« Consommation de produits stupéfiants, y compris l'alcool et le tabac : la discussion autour de ces sujets dépend beaucoup du produit abordé. Les jeunes peuvent ressentir une gêne de parler de produits comme le cannabis considérant qu'un aveu leur occulterait des chances de se voir proposer des stages de formation professionnelle. »

« La consommation massive d'alcool des jeunes. »

« Le tabagisme »

« L'alcoolisme »

« L'usage du cannabis »

2 - Développer, adapter l'organisation des soins et renforcer les pratiques de coopération

« Développer le maintien à domicile et l'hospitalisation à domicile. »

« Améliorer l'accueil des Urgences dans les hôpitaux. »

« Décloisonner le sanitaire, le médico-social et le social en favorisant la création de réseaux. »

- « Favoriser la prise en charge ambulatoire des malades. »
 - « Insuffisance des moyens pour l'hospitalisation à domicile. »
 - « Le manque de structures d'accueil et de soins pour la population adolescente. »
 - « Une démarche globale de prise en compte des problèmes des personnes à aider, besoin de coordination des informations médico-sociales obligatoire pour les professionnels, évaluée régulièrement (la continuité des soins par une relation des professionnels "ville-hôpital" de qualité, un retour d'information de la part de tous les acteurs). »
 - « Un besoin de formation continue des professionnels libéraux (au regard d'une population ciblée), besoin de faire entrer les médecins libéraux en milieu hospitalier pour une meilleure connaissance des besoins et limites des deux secteurs Un besoin impératif de construire une véritable culture gériatrique en milieu hospitalier. »
 - « Des professionnels (administratifs et paramédicaux) à l'écoute des acteurs de terrain. »
 - « Revaloriser certaines spécialités comme la pédiatrie, la gynécologie, ... »
 - « Améliorer la coordination entre les professions médicales et paramédicales dans le suivi des patients. »
 - « Développer le rôle des CCAS pour rapprocher et créer des liens auprès des personnes malades. »
-

3 - Mieux identifier, prévenir et soigner la souffrance psychique et les problèmes de santé mentale

- « Mal-être. Maladies psychologiques. Fragilité psychologique. »
 - « Le mal être, la dépression (dépistage, information et orientation vers les structures adaptées à la prise en charge). »
 - « Isolement, mal-être, solitude. (liés à la précarité ou à la maladie, conséquences sur estime de soi, projet de vie, préoccupation santé, etc.). »
 - « Meilleures formations des personnels soignants pour une prise en compte globale du mal-être de ces publics. »
 - « Santé mentale : Coordination des soins somatiques et psychiques, groupes de paroles pour proposer des activités de soins complémentaires au face à face thérapeutique, actions pour lutter contre le stress. »
 - « Prise en charge pluridisciplinaire (sociale, médicale) des personnes en situation de fragilité sociale et présentant des troubles psychiatriques (dépression, troubles du comportement). »
 - « Un grand nombre de problèmes de santé relevant de la psycho-psychiatrie (de la souffrance psychologique à la pathologie sévère) sont à prendre en compte davantage (repérage et accompagnement vers des soins). »
 - « Dépression (ne cesse d'augmenter: hommes, femmes et jeunes). »
 - « Prise en charge psychothérapique plus centrée sur le ressenti émotionnel des patients exprimant un mal vivre et non intellectuel. »
 - « Le mal-être des jeunes : la souffrance psychologique et ses conséquences n'est pas toujours décelables immédiatement lors des entretiens. Souvent seule une relation de confiance établie entre le conseiller et le jeune permet de pouvoir aborder ces sujets de manière sereine. La problématique du mal être est importante, seule la fréquence peut apparaître peu importante. »
 - « Prévention des suicides. »
 - « Les tentatives de suicide (notamment chez les jeunes). »
 - « Le suicide chez les jeunes et les travailleurs du bassin minier de notre secteur mis en préretraite dès l'âge de 45 ans. »
-

4 - Favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique

- « Obésité : due à un manque d'organisation et de cuisine facile avec des plats préparés, et des féculents. »
- « Nutrition et obésité tant sur un plan financier mais aussi culturel et éducatif. »
- « Alimentation : surpoids et obésité en augmentation de même que maladies cardio vasculaires et cancers digestifs. »
- « Déséquilibre alimentaire. »
- « Campagnes pour l'exercice physique et les mesures hygiéno-diététiques. »

- « Lutter contre la sédentarité. »
 - « Manque de pratique sportive régulière. »
-

5 - Soutenir et accompagner les groupes les plus fragilisés par la pauvreté et la précarité

- « Précarité des conditions de vie. »
 - « Précarité (financière, logement, emploi) qui fait que la santé passe souvent au second plan, d'où la nécessité d'intégrer ces questions dans une approche globale et pas trop médicale. »
 - « Accueil des personnes en difficulté sociale dans les services hospitaliers, explications administratives, du diagnostic, soins adaptés, suivi, accompagnement. »
 - « L'illettrisme, ceci provoque un problème pour connaître leurs droits. »
 - « Isolement social et culturel : manque, voir absence de liens sociaux d'un nombre important d'habitants
 - Manque d'écoute, de considération auprès des patients, usagers notamment fragiles (en situation de précarité, âgés). »
 - « Manque d'infos concrètes pour un public très en difficulté (/prévention Sida, éducation à la sexualité). »
 - « La santé est parfois la conséquence d'une autre politique comme par exemple améliorer les logements indécents. »
 - « Lutter contre la pauvreté et l'exclusion en associant les publics concernés à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions. »
 - « Améliorer les conditions d'hygiène sur les aires d'accueil et d'habitat. »
 - « A partir des aides plus ciblées aux entreprises et collectivités et oblige à mettre en place les moyens pour accueillir les personnes déficientes. Supprimer la TVA sur les appareillages de santé. »
 - « Isolement social de certaines populations. »
-

6 - Développer des conditions favorables à la santé et à l'intégration sociale des personnes âgées

- « Inadéquation des locaux d'accueil des structures de personnes âgées à l'accroissement de la dépendance des personnes. »
 - « Améliorer les services d'aides à domicile en élargissant les critères d'accessibilité. »
 - « Mettre en place les conditions de prise en charge des personnes non autonomes (âgées et/ou handicapées) cellules aménagées, soins de nursing, aide à domicile. »
 - « Vieillesse de la population/ dépendance. »
 - « Mise en place de réseaux pour une meilleure prise en charge des personnes âgées. »
 - « Problèmes de gestion de la maltraitance des personnes âgées. »
 - « Traçabilité des actions menées au domicile des personnes âgées. »
 - « L'habitat rural ancien pose des problèmes d'adaptation du logement aux incapacités des personnes en manque ou en perte d'autonomie. »
 - « Epuisement de l'entourage proche de la personne âgée dépendante. »
 - « L'insuffisance de structures d'accueil (à temps partiel, de jour et à temps complet) pour les personnes souffrant de troubles démentiels et alzheimer. »
 - « Une nécessité d'offrir une prise en compte complète des malades atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée et de leur aidants naturels : consultation gériatrique avancée (évaluation multi-partenaire des situations), des places d'hospitalisation de jour, des unités de vie protégée, une véritable aide aux aidants reconnue et structurée... »
 - « L'accompagnement des personnes en fin de vie. »
-

7 - Améliorer l'organisation et le développement des moyens et des méthodes de prévention et d'éducation à la santé

- « Éducation/information/prévention (renforcement des moyens, notamment en milieu scolaire) »
- « La prévention et l'information, la construction d'outils. »
- « Créer des ateliers-santé dans les quartiers et dans les foyers type Sonacotra et/ou CHRS »

« Trop d'actions ponctuelles en matière de santé alors qu'il serait souhaitable d'inscrire les démarches dans la durée. »

« Améliorer la mise en oeuvre des principes de l'éducation pour la santé par les médecins. »

« Problème des financements des actions de santé (appel à projet, financement ponctuel et restreint, etc.).

Réunions sur le terrain (dans les villages...) abordant les thèmes de santé publique (tabac, alimentation, vaccinations, médicaments...).

« Manque de moyens accordés pour la mise en place d'actions de promotion santé. »

« Manque de moyens pour une approche populationnelle par territoire. »

« Améliorer le ciblage des publics à risque en développant des outils de prévention capables d'être reçus par eux. »

« Difficultés, dans le cadre de financements annuels, de mise en place d'actions à long terme de promotion de la santé. »

« Favoriser le développement de Centres de Ressources d'information et de compétence dans les champs de la prévention. »

« Mauvaises coordinations des campagnes de prévention. »

« Multiplier les antennes de prévention dans les quartiers difficiles. »

« Réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention. »

8 - Renforcer le dépistage et le suivi des cancers

« Amélioration des dépistages des cancers par des campagnes systématiques (Hémocult, Mammographies, etc.) »

« Elargir le champ d'intervention sur les publics pour le dépistage du cancer colorectal ainsi que les autres cancers des voies digestives et œsophage. »

« Renforcer le dépistage du cancer du sein. »

« Prévention du cancer colorectal »

« Cancers - prévention et accompagnement des malades et de leurs entourages ».

9 - Réduire les inégalités territoriales d'accès aux services de santé, notamment en milieu rural, par des mesures permettant d'augmenter le nombre de professionnels de santé et d'anticiper les perspectives démographiques de ces professions

« Dans les zones rurales, accès difficile aux praticiens spécialistes. »

« Insuffisance du nombre de personnel compétent et qualifié (infirmières, masseurs kinésithérapeutes, psychologues...) dans les zones rurales. »

« Diminution de la démographie médicale. »

« Accessibilité aux services médicaux en milieu rural. »

« Problème de la couverture du territoire rural pour les médecins généralistes, les spécialistes... ce qui complexifie l'accès aux soins (moyen de transport, durée des déplacements, délais d'obtention des rendez-vous...). »

« Prendre de véritables mesures incitatives à l'installation des médecins en zones rurales et en zones urbaines sensibles. »

« Augmenter le numerus clausus de manière importante. »

« Gestion anticipée de la démographie médicale, paramédicale, éducative et sociale. »

« Augmenter le nombre des personnels de santé dans les centres hospitaliers (tous les services), les maisons de retraite, les écoles, collèges, lycées. »

10 - Faciliter l'accès aux soins en réduisant les freins financiers et administratifs

« Les moyens financiers pour se soigner. »

« La solvabilité des familles et l'accès à des spécialistes. »

« L'avance financière pour des soins spécifiques. »

« Coût important de certains traitements ou de certaines aides techniques, non ou très partiellement pris en charge par l'assurance maladie. »

- « Les personnes ayant juste la CMU, donc pas de complémentaire, sont les plus démunis (problèmes dentaires, lunettes, impact sur la santé). »
- « Difficultés d'ordre financier. »
- « Santé et coût pour les publics à revenus faibles ou moyens. »
- « Lutter contre la discrimination faite par certains praticiens qui refusent la prise en charge des bénéficiaires de la CMU pour certains soins (ex appareils dentaires) en zone rural cela entraîne des déplacements pour trouver un autre praticien. »
- « Maintenir et même élargir la possibilité de la dispense d'avance de frais. »
-

11 - Prévenir, développer le repérage précoce des maladies cardio-vasculaires

- « Lutter contre les maladies cardio-vasculaires. »
- « Problèmes d'hypertension artérielle. »
- « Mort subite prématurée d'origine cardiaque (manque de prévention et en matière d'éducation à la santé, les réflexes citoyens). »
- « Les maladies cardio-vasculaires : conséquences directes de l'obésité et du déséquilibre alimentaire entraînant une sédentarité chez les jeunes. »
-

12 - Réduire le nombre des accidents de la route et de leurs conséquences mortelles et sanitaires, notamment auprès des jeunes conducteurs

- « Réduire les décès et handicaps résultant d'accidents de la circulation : sécurité routière obligatoire. »
- « Violence routière, Sécurité routière. »
- « Accidents de la route et de la vie quotidienne et incidences fonctionnelles, financières et personnelles. » « Traumatologie routière. »
- « Prévention routière pour les enfants, les adolescents. »
-

13 - Développer des conditions favorables à la santé et à l'intégration sociale des personnes handicapées

- « Favoriser l'insertion des personnes handicapées dans le milieu du travail et la vie quotidienne. »
- « Adaptation des structures publiques à l'accès aux handicapés. »
- « Meilleure information du personnel et des élèves sur les maladies chroniques et les handicaps pour une meilleure intégration. »
- « La perte d'autonomie des moins de 60 ans atteints de maladie invalidante n'est toujours reconnue. »
- « Prise en charge des grands handicaps aux âges extrêmes de la vie (témoignage des familles), enfants handicapés psycho moteurs, maladie d'Alzheimer. »
- « La carence de structures d'accueil (médicosociales) adaptées pour patients handicapés souffrant d'handicaps mentaux et psychiques. »
- « Accompagnement au quotidien du handicap. »
-

14 - Prévenir le sida, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles

- « Lutte contre le SIDA, les hépatites, les maladies sexuellement transmissibles. »
- « Les conduites à risque des personnes dans le domaine des infections sexuellement transmissibles Information et prévention des risques de contamination par le virus du sida en direction de tous les niveaux de population. »
- « Prises de risques HIV, Hépatite C. »
- « Les hépatites C et le SIDA, des fléaux auxquels on ne pense plus. »
- « Prévention et traitement des personnes séropositives au VIH et/ou VHC (l'importance des personnes incarcérées pour des délits de consommation et vente de produits illicites font qu'il y a des niveaux de séropositivité important au VIH (trois fois supérieur à la population générale) et VHC (4 fois supérieur à la population générale). »
-

15 - Prévenir les maladies d'origine environnementale, protéger la population et promouvoir un environnement sain

- « OGM, pesticides, utilisation de produits traitants, etc. et troubles inhérents. »
 - « Bruit. »
 - « Pollution (problèmes respiratoires, cancers pulmonaires en augmentation). »
 - « Améliorer la qualité de l'air. »
 - « Réduction de la pollution urbaine: émissions des véhicules les plus anciens (y compris transports en commun) et bruit. »
-

16 - Développer la promotion de la santé en milieu scolaire

- « Favoriser l'éducation à la santé dans le cadre scolaire, de la maternelle à la terminale. »
 - « Attribuer un nombre d'heures annuel obligatoire pour la prévention à chaque niveau scolaire. »
 - « Conserver un suivi médical des élèves pendant toute leur scolarité et faire connaître les lieux et moyens pour accéder à la prévention à tout âge et dans tous les domaines. »
 - « Augmenter le personnel de santé dans les établissements scolaires. »
 - « Inscription d'une véritable politique d'éducation à la santé dans l'école. »
 - « Prévenir la disparition progressive de la santé scolaire. »
-

17 - Développer les actions d'éducation, d'information et d'accompagnement des malades et de leur famille

- « Problème des personnes qui sont dans le déni, difficulté à les amener à une prise de conscience et à les motiver à une démarche de soin. »
 - « Informer les malades des aides à l'accès aux soins proposées par les organismes départementaux. »
 - « Manque d'information des malades. »
 - « Faire connaître par une politique nationale par les médias nationaux les structures d'aides existantes dans les communes, les villes. »
 - « Informer l'entourage des malades des conséquences de la maladie sur le comportement. »
-

18 - Améliorer la santé en milieu de travail

- « Meilleure prise en compte de la santé au travail. »
 - « Prévention et gestion du stress, au travail et dans la vie personnelle. »
 - « Problèmes de santé mentale et physique liés au stress, harcèlement, au travail. »
 - « Mettre en place des veilles technologiques auprès des médecins du travail afin de réduire certains risques, tel que l'amiante. »
 - « Renforcer le contrôle technique des conditions de travail: mesures des niveaux d'exposition aux produits chimiques, du niveau de bruit. »
 - « Inégalités de santé dues aux conditions de travail. »
 - « Port de charges inadaptées aux situations, à la morphologie, à l'âge et situations de travail inadaptées d'un point de vue ergonomique. »
-

19 - Poursuivre, voire renforcer, les actions de médecine préventive et les mesures de protection (vaccinations) pour un meilleur suivi de la santé tout au long de la vie

- « Incitation à l'accès au bilan de santé : la plupart des jeunes qui accèdent au bilan de santé le font dans le cadre de leur participation à des actions de formation rémunérées. La démarche semble plutôt contraignante pour les jeunes en demande individuelle (déplacement sur le chef-lieu du département). »
- « Améliorer le développement de la médecine préventive surtout auprès des publics très fragilisés accueillis dans les centres d'accueil et d'hébergement. »
- « Le suivi après un bilan de santé. Comment s'assurer qu'une suite sera donnée ? »
- « L'absence de suivi médical régulier des personnes. »
- « Bilan médical complet à 60 ans tous les 2 ans. »
- « L'absence de suivi dans les vaccinations des adultes. »

20 - Renforcer le dépistage et la prévention du diabète

« Prévention des complications du diabète »

« Dépistage et prévention du diabète »

« Diabète : énorme consommation de produits et de boissons sucrées surtout chez les jeunes. »

21 - Développer la santé bucco-dentaire par des campagnes de dépistage et d'information et par une meilleure prise en charge financière des soins

« Soins dentaires : dédramatisation, prévention, remboursement. »

« Absence de soins dentaires (très, très fréquents). »

« Les problèmes de soins dentaires : la peur du dentiste étant toujours aussi vivace, le problème est encore plus criant pour des soins lourds et coûteux, ce qui freine énormément l'accès pour les jeunes à ce type de soins. »

« Augmenter le dépistage auprès des jeunes enfants et des adolescents des risques bucco-dentaires. »

22 - Accentuer la prévention autour de la naissance

« La nécessité de mise en œuvre, pour la petite enfance, d'un plan d'action périnatalité. »

« Prévention de la prématurité. »

23 - Soutenir et renforcer le rôle éducatif des parents

« L'éclatement des familles (en nombre croissant). »

« Nécessité de toucher les parents qui sont les vecteurs des politiques de santé. »

« Pas d'éducation à la parentalité. Etre parents ne va pas de soi, il faudrait développer les structures comme "L'école des Parents".

« Les dérives de la société de consommation : manque de repères, mélange des valeurs. »

« Promotion d'une démarche de santé communautaire permettant aux futurs parents et parents d'être acteurs des choix relatifs à leur santé. »

24 - Améliorer la qualité des relations soignant – soigné

« Les rapports entre les professionnels de la santé et les patients. Comment rendre ce dernier acteur ? »

« Formation à l'écoute et à la compréhension globale des maladies de la part des soignants. »

« Humaniser les relations soignant-soigné. »

« Améliorer la loi Kouchner sur le droit des malades (transparence du dossier médical). »

« Aller vers une responsabilité partagée en matière de santé (entre malade et soignant). »

« Le manque respect de l'humain par l'écoute, l'empathie, l'accompagnement au quotidien des personnes malades et/ou âgées. »

25 - Promouvoir le bon usage des médicaments

« Surconsommation médicamenteuse. »

« Automédication chez les filles (prises excessives de comprimés type Advil, Doliprane etc ...) »

« L'automédication : un danger. Pour économiser, ils se soignent avec des médicaments dont ils ne comprennent pas les effets nocifs. »

« Amélioration de l'observance thérapeutique et lutte contre le mésusage des médicaments. »

26 - Développer l'information sur la sexualité et les moyens de contraception

« La méconnaissance des méthodes de contraception chez les femmes et chez les hommes. »

« Pas de réelle prise en compte de l'éducation sexuelle à l'école (un tabou réside encore dans ce domaine tant au niveau des familles qu'au niveau de l'école). »

« Grossesses précoces chez certaines adolescentes et grossesses à risques. »
« Etablir la gratuité des différents moyens de contraception et soutenir les plannings familiaux. »

27 - Réduire les traumatismes liés aux accidents domestiques par la promotion de mesures préventives auprès des personnes les plus exposées à ces risques

« Lutter contre les accidents domestiques. »
« Impact insuffisant des campagnes de sensibilisation sur les accidents domestiques : les campagnes menées à ce sujet sont rarement menées localement, ce qui réduit d'autant leur retentissement. »
« Chutes chez les personnes âgées. »

28 - Prévenir l'abus de conduites à risque des adolescents

« Prévenir l'abus de comportements à risque chez l'adolescent. »
« Conduites à risques chez les adolescents. »

29 - Favoriser les pratiques de soins corporels

« Hygiène »
« Hygiène corporelle insuffisante.»

30 - Développer la participation des citoyens au repérage des besoins de santé et faciliter la connaissance des indicateurs de santé dans la région

« Boîtes aux lettres santé » dans les mairies
« Pas d'existence de moyens permanents de recueil de la parole des citoyens concernant les problématiques de santé »
« Manque d'indicateurs locaux concernant les problèmes de santé publique afin d'assurer une meilleure prise en compte dans nos projets au sein du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté par exemple. »

Enquête Delphi sur les priorités de santé en Lorraine

Avril 2005

Deuxième questionnaire**Rappel de la première question**

Compte tenu des objectifs généraux de la politique de santé publique en France:

- *diminuer la mortalité prématurée évitable*
- *diminuer la morbidité*
- *améliorer la qualité de vie des personnes malades et lutter contre les incapacités*
- *réduire les inégalités de santé en réduisant les inégalités d'accès à la prévention,*

Veillez faire une liste de 10 problèmes (au maximum) que vous jugez importants à prendre en compte dans le domaine de la santé pour votre département afin d'atteindre ces objectifs.

Classez ces 10 problèmes prioritaires par ordre d'importance décroissante du 1^{er} au 10^{ème} (le 1^{er} étant celui qui vous semble le problème majeur).

Vous pouvez justifier ce choix et ce classement que vous proposez en quelques mots.

Seconde question

Après une lecture attentive des propositions issues des résultats du premier questionnaire (Document 1), **sélectionnez 10 priorités** sur cette liste et attribuez leur un ordre de priorité : 1 pour la priorité qui vous paraît la plus importante, 2 pour celle qui, pour vous, arrive en seconde position d'importance, etc.

Pour transcrire vos réponses, utilisez le tableau de synthèse ci-joint (Tableau 1). Inscrivez dans la colonne « rang » l'ordre de priorité comme indiqué ci-dessus.

Commentez si vous le désirez votre choix ou vos regroupements. Vous pouvez utiliser pour cela la colonne de droite et y inscrire également vos remarques.

Merci de nous adresser votre réponse pour le **25 avril 2005**

Soit par courrier à

ORSAS-Lorraine, 2 rue du doyen Jacques Parisot,
54500 Vandoeuvre-lès-Nancy

Soit par message électronique à l'adresse suivante :

orsas.lor@wanadoo.fr

Enquête Delphi sur les priorités de santé en Lorraine – PRSP

Tableau à remplir pour la seconde question

Propositions issues du 1^{er} questionnaire	Rang	Commentaire éventuel
1 - Réduire la consommation de produits licites (tabac, alcool) ou illicites (drogues) pouvant entraîner une dépendance		
2 - Développer, adapter l'organisation des soins et renforcer les pratiques de coopération		
3 - Mieux identifier, prévenir et soigner la souffrance psychique et les problèmes de santé mentale		
4 - Favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique		
5 - Soutenir et accompagner les groupes les plus fragilisés par la pauvreté et la précarité		
6 - Développer des conditions favorables à la santé et à l'intégration sociale des personnes âgées		
7 - Améliorer l'organisation et le développement des moyens et des méthodes de prévention et d'éducation à la santé		
8 - Renforcer le dépistage et le suivi des cancers		
9 - Réduire les inégalités territoriales d'accès aux services de santé, notamment en milieu rural, par des mesures permettant d'augmenter le nombre de professionnels de santé et d'anticiper les perspectives démographiques de ces professions		
10 - Faciliter l'accès aux soins en réduisant les freins financiers et administratifs		
11 - Prévenir, développer le repérage précoce des maladies cardio-vasculaires		
12 - Réduire le nombre des accidents de la route et de leurs conséquences mortelles et sanitaires, notamment auprès des jeunes conducteurs		
13 - Développer des conditions favorables à la santé et à l'intégration sociale des personnes handicapées		
14 - Prévenir le sida, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles		
15 - Prévenir les maladies d'origine environnementale, protéger la population et promouvoir un environnement sain		
16 - Développer la promotion de la santé en milieu scolaire		
17 - Développer les actions d'éducation, d'information et d'accompagnement des malades et de leur famille		

Suite du tableau à remplir pour la seconde question

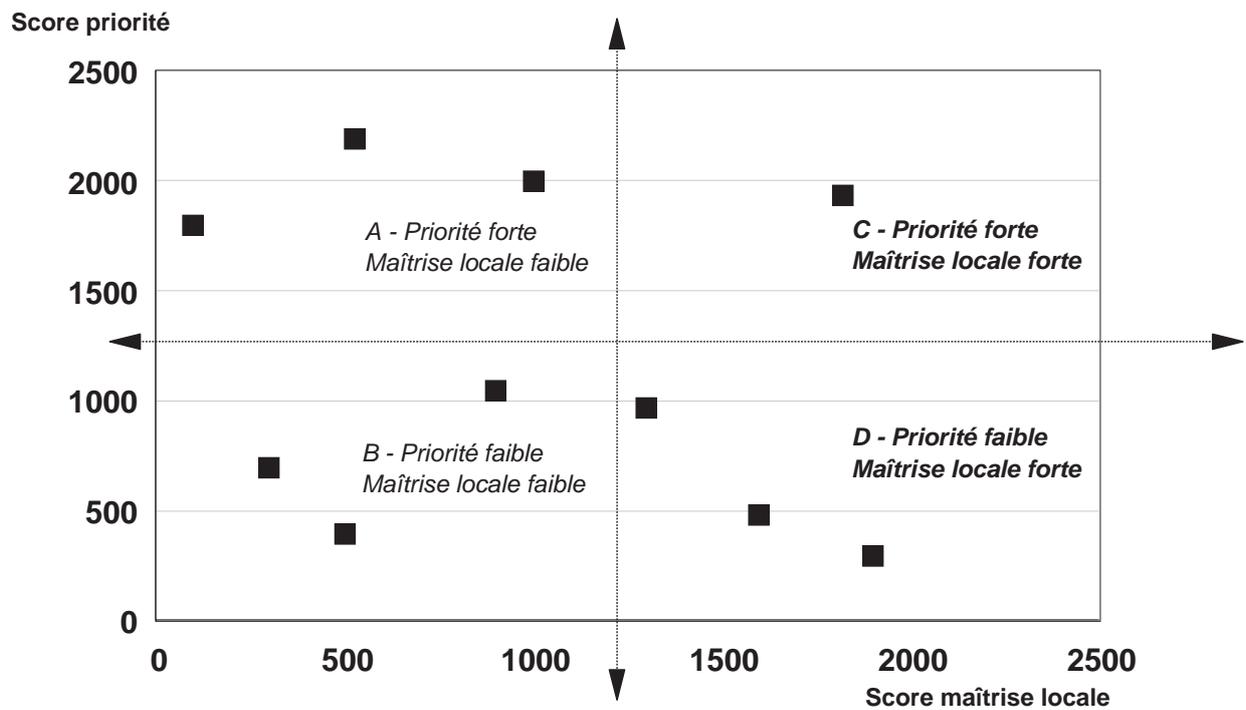
Propositions issues du 1 ^{er} questionnaire	Rang	Commentaire éventuel
18 - Améliorer la santé en milieu de travail		
19 - Poursuivre, voire renforcer, les actions de médecine préventive et les mesures de protection (vaccinations) pour un meilleur suivi de la santé tout au long de la vie		
20 - Renforcer le dépistage et la prévention du diabète		
21 - Développer la santé bucco-dentaire par des campagnes de dépistage et d'information et par une meilleure prise en charge financière des soins		
22 - Accentuer la prévention autour de la naissance		
23 - Soutenir et renforcer le rôle éducatif des parents		
24 - Améliorer la qualité des relations soignant – soigné		
25 - Promouvoir le bon usage des médicaments		
26 - Développer l'information sur la sexualité et les moyens de contraception		
27 - Réduire les traumatismes liés aux accidents domestiques par la promotion de mesures préventives auprès des personnes les plus exposées à ces risques		
28 - Prévenir l'abus de conduites à risque des adolescents		
29 - Favoriser les pratiques de soins corporels		
30 - Développer la participation des citoyens au repérage des besoins de santé et faciliter la connaissance des indicateurs de santé dans la région		

Autres commentaires éventuels sur le classement et les formulations :

Troisième questionnaire possible

Après avoir dégagé un consensus sur une dizaine de priorités, on peut aussi réinterroger les experts sur la maîtrise de ces priorités à un échelon local (départemental ou intercommunal). Dans ce cas, on les interroge sur le degré de maîtrise de chaque problème à l'échelon local en leur demandant d'attribuer une note de 0 à 10 (0 absence de maîtrise à l'échelon local, 10 forte maîtrise à l'échelon local).

En croisant priorité / maîtrise locale, on obtient un diagramme qui permet de hiérarchiser les problèmes au regard de ces deux critères. Et peut-être est-il préférable de privilégier des priorités secondaires mais dont on pense qu'elles pourront être réalisées localement.



Santé publique 1998, volume 10, n° 2, pp. 191-201

Les priorités de prévention en santé mentale à Genève : une enquête par méthode Delphi

Priorities for mental health prevention in Geneva : a Delphi technique

G. Schaller ⁽¹⁾, **P. Fournier** ⁽²⁾

Résumé : Une étude par méthode Delphi a été menée pour identifier les priorités de prévention dans le domaine de la santé mentale, à Genève. Deux étapes d'allers et retours de lettres ont eu lieu entre les organisateurs de l'étude et 58 informateurs-clés concernés à travers leur association ou leur situation professionnelle par la santé mentale. Le premier tour de l'enquête a permis de faire une liste de problèmes de santé mentale. Il s'agit surtout de problèmes de santé (65 %) et de services (11 %); moins fréquemment de problèmes de ressources (< 1 %). Un consensus a été trouvé au 2^e tour et 3 problèmes sont à privilégier dans une perspective d'intervention préventive : la dépression, l'abus d'alcool, la maltraitance et les abus sexuels. La méthode Delphi, qualitative, qui reflète la perception subjective et consensuelle d'un groupe d'experts, a permis d'identifier les problèmes de santé mentale prioritaires pour la prévention à Genève, en 1995.

Summary : A Delphi technique was used to determine priorities for mental health prevention in Geneva. The study comprised two rounds of postal questionnaires targeted at 58 participants concerned and/or interested by mental health through their association or their work. From the responses given in the first round mental health problems were listed, essentially health problems (65%) and service problems (11%) and less frequently resources problems (<1%). Consensus produced in the second round indicated that 3 problems were priorities for the development of preventive measures : depression, alcohol abuse, maltraitance and sexual abuse. Using the Delphi technique, a qualitative method corresponding to a subjective consensus issued from a group of experts, priorities for mental health prevention were identified in Geneva, in 1995.

Mots-clés : Santé mentale - prévention - priorités - méthode de Delphi.
Key words : Mental health - prevention - priorities - Delphi technique.

(1) Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève, Genève, Suisse.

(2) Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal (Québec), Canada.

Introduction

La santé mentale a été identifiée comme un axe prioritaire de prévention par la Direction générale de la santé publique de Genève. En effet, des taux de suicide élevés (principale cause de décès avant 40 ans), une consommation importante de psychotropes et de somnifères (12 % des hommes et 17 % des femmes), ainsi que la perspective d'une augmentation de la prévalence des démences, corollaire du vieillissement de la population, sont des faits préoccupants [11]. Ces problèmes ne constituent pas un phénomène local puisque le suicide, le stress et l'abus de produits pharmaceutiques font partie des préoccupations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans le cadre de « la santé pour tous en l'an 2000 » [16]. Mais, actuellement, les interventions en termes de promotion de la santé et de prévention comportent des difficultés; en effet, les fondements mêmes des interventions ne sont pas évidents (rôle spécifique des différents facteurs de risques) [25].

Les problèmes de santé mentale mentionnés dans la littérature – le stress, l'anxiété, la dépression ou le suicide – se retrouvent à tout âge. Les enfants ne sont pas épargnés, en particulier quand ils sont maltraités, sans-logis, réfugiés ou souffrant de maladie chronique. Ils réagissent aux situations stressantes par des troubles du sommeil, de l'alimentation ou du comportement [1, 4, 26]. Les adolescents sont soumis à de nombreux stress: l'entrée à l'école secondaire, le développement de la sexualité, les conflits familiaux, l'excès de travail, le service militaire, auxquels s'ajoutent parfois une maladie somatique ou des problèmes de l'enfance. Ils réagissent parfois au stress par l'abus de drogues, d'alcool, de tabac ou de cannabis. Le risque de dépression augmen-

te chez l'adolescent lors d'anxiété. Le suicide est précipité par le stress, une dépression, les séparations ou un support parental affaibli [3, 10, 14, 20, 21, 24]. Chez les adultes, l'anxiété est le problème de santé mentale le plus fréquent aux États-Unis (USA). La dépression s'exprime parfois sous forme de douleur somatique, menant les patients à consulter des médecins généralistes plutôt que des psychiatres. Le suicide est associé à un problème de santé somatique dans un cas sur deux, ou à un abus sexuel dans l'enfance. Les problèmes liés à la détresse mentale de l'adulte sont l'alcoolisme, les troubles de l'alimentation ou du sommeil, et l'automédication [2, 5, 9, 13, 15, 22]. Finalement, les problèmes de santé mentale le plus souvent rapportés chez les personnes âgées sont la démence, la dépression et la maladie de Parkinson [6].

Les résultats mentionnés dans la littérature ne sont pas directement applicables à chaque situation particulière. En effet, la population varie d'une ville à l'autre, en ce qui concerne l'âge et les conditions socio-économiques, des facteurs influençant la nature et l'importance des problèmes de santé mentale. Une prévention efficace ne peut être mise en œuvre que sur la base des résultats établis localement. Le but de notre étude était donc d'identifier les problèmes de santé mentale prioritaires pour la prévention à Genève, sur la base d'un consensus établi entre les spécialistes et les intervenants du domaine.

Population étudiée et méthodes

Population étudiée

La population cible de l'étude était l'ensemble de la population genevoise.

Méthodes

Choix de la méthode

Une étude par recherche de consensus a été menée entre janvier et juin 1995. La technique de Delphi a été retenue, car elle permet de donner rapidement et à faible coût une image de la réalité perçue du problème, alors qu'une enquête populationnelle, longue et coûteuse, est rarement utilisée pour analyser une catégorie spécifique de problèmes de santé [18]. L'anonymat de la procédure de consultation facilite la mise en commun d'intérêts *a priori* non conciliables, comme ceux des responsables de haut niveau, d'intervenants de terrain ainsi que d'usagers du système de santé. La technique de Delphi est basée sur une série de questionnaires postaux, anonymes et confidentiels, entre les organisateurs de l'étude et des informateurs-clés qui ne communiquent jamais directement entre eux. Généralement, le premier questionnaire permet d'identifier une large série d'alternatives, le (ou les) questionnaire(s) suivant(s) cherchant à établir un consensus. La technique de Delphi permet aussi d'identifier des pistes d'intervention, mais elle ne vise pas à définir des interventions précises [8, 17]. La méthode Delphi a déjà été utilisée pour identifier rapidement des priorités en médecine, dans le choix des médicaments essentiels ou le choix des domaines de recherche clinique [12, 19]; elle est aussi couramment utilisée pour établir des consensus dans les domaines de la santé mentale et/ou de l'éducation [7, 23].

Un comité de pilotage a été formé afin de garantir l'éthique et le bon déroulement de l'étude; il s'est réuni à plusieurs reprises pendant l'étude. Il était composé de 4 personnes représentant respectivement l'Association des médecins privés, les Institutions

universitaires de psychiatrie, l'Institut de médecine sociale et préventive et la Direction générale de la santé publique. Le comité a pris part à la composition de l'échantillon, s'est réuni avant chaque tour du Delphi pour donner son avis et faire des suggestions, et il a pris connaissance du rapport final. Aucun membre de ce comité ne participait à l'enquête, ni ne devait communiquer avec les participants.

Experts participants à l'enquête

La composition du groupe d'experts a été décidée lors d'un « Brains-torming » entre les 4 membres du comité de pilotage. Une liste d'association et d'institutions a été élaborée, elles ont été contactées par téléphone et sollicitées pour proposer un expert de leur choix. Il a été décidé que chaque participant devait être concerné à travers une association et/ou sa situation professionnelle par la santé mentale. Les milieux public et privé, ainsi que chaque groupe d'âge devaient être représentés. Les médecins, généralistes et psychiatres, ne devaient représenter qu'un tiers des participants. S'y ajouteraient des psychologues, des pharmaciens, des infirmiers et des assistants sociaux.

Premier tour de l'enquête

Chaque participant devait énumérer les problèmes de santé mentale qu'il jugeait importants à Genève, en précisant le groupe d'âge et le sexe concernés. De plus, il devait évoquer les causes des 2 problèmes les plus importants. Les toxicodépendances aux opiacés ont été exclues, car elle font l'objet de programmes déjà en œuvre.

Analyse des réponses reçues

L'analyse des questionnaires était essentiellement qualitative, le regroupement et la synthèse des énoncés a

également permis leur quantification. Afin de regrouper les énoncés en problèmes, 2 classifications ont été utilisées, soit celle du DSM-IV, un manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (USA) et celle du CIM-10, une classification des troubles mentaux et des troubles du comportement (OMS). Les problèmes n'entrant pas dans ces classifications officielles ont été traités séparément comme des problèmes de services, de ressources, surajoutés ou des problèmes psychosociaux, non spécifiques à la santé mentale, mais qui peuvent l'influencer (l'isolement social, le chômage).

Les causes suggérées pour les problèmes les plus importants ont été recensées et regroupées par classes d'âge et par sphère d'appartenance (individu, travail, famille, société).

Deuxième tour de l'enquête

La liste des problèmes, de santé et de service, établie au premier tour a été envoyée aux 52 participants ayant répondu au premier. Il leur a été demandé de sélectionner les 3 problèmes les plus importants, en les cochant. De plus, 2 des 3 problèmes devaient être choisis comme prioritaires pour une intervention préventive ; ce choix se basant sur la capacité à les résoudre, en se référant aux causes.

Analyse des réponses reçues

Les problèmes sélectionnés ont été quantifiés et classés par ordre décroissant. Pour la discussion des problèmes prioritaires, il a été considéré qu'il n'y avait plus consensus quand le nombre de citations diminuait de façon notable (on passait d'une fourchette comprise entre 32 et 10 citations par problème à 5 citations).

Quant aux perspectives d'intervention, elles ont été regroupées selon les milieux dans lesquels elles devraient se matérialiser (écoles par exemple) et selon le type d'intervention possible (information par exemple).

Confidentialité

Les participants n'étaient connus que des organisateurs. Un traitement confidentiel de toutes les données a été garanti grâce à l'anonymat. Chaque questionnaire ne portait qu'un numéro, et la corrélation numéro-participant n'était connue que par un seul des organisateurs.

Résultats

Experts participants au Delphi

Une liste de 58 experts a été établie. Le tableau I présente la distribution des experts selon leurs compétences professionnelles, ainsi que le groupe d'âge dont ils s'occupent.

Résultats du premier tour de l'enquête

Sur un total de 58 participants contactés par téléphone et qui avaient accepté de participer à l'enquête, 52 ont répondu à la première lettre, après un rappel, soit 90 %.

La synthèse et l'analyse des 540 énoncés exprimés au premier tour du Delphi a permis de faire une liste de problèmes de santé mentale à Genève. Les 540 énoncés ont été regroupés en 63 problèmes différents: 44 problèmes spécifiques de santé mentale et 19 problèmes psychosociaux, non spécifiques à la santé mentale, mais qui peuvent l'influencer (l'isolement social, le chômage, le déracinement des migrants). Les problèmes de santé mentale sont surtout des problèmes de santé (65 % des

LES PRIORITÉS DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE À GENÈVE :
UNE ENQUÊTE PAR MÉTHODE DELPHI

195

Tableau I : Distribution des 58 experts selon leur domaine de compétence et le groupe d'âge dont ils s'occupent

	Profession	Groupe d'âge	Nombre	Total (N = 58)	
A. Milieu privé	Travailleurs sociaux	adultes	14	16	
		adolescents	1		
		personnes âgées	1		
	Médecins – psychiatres – internistes – pédiatre	adultes	4	7	
		adultes	2		
		enfants	1		
	Médecines parallèles – naturopathe – phytothérapeutes – homéopathes	tous	1	5	
			2		
			2		
	Psychologues	enfants	1	5	
adultes		3			
personnes âgées		1			
Pharmaciens	tous	3	3		
Infirmière	tous	1	1		
Journalistes	tous	2	2		
B. Milieu public	Médecins – psychiatres	adultes	3	10	
		enfants	1		
		personnes âgées	1		
		– interniste	adultes		1
		– pédiatre	enfants		1
		– gériatre	personnes âgées		1
		– santé publique	enfants et adolescents		1
	– chercheur	tous	1		
	Infirmières	personnes âgées	1	3	
		tous	2		
	Psychologues	adolescents	2	3	
		adultes	1		
	Sociologue	tous	1	1	
Secr. prévention	tous	1	1		
Conseil surveillance psychiatrique	tous	1	1		

énoncés) et de services (13 % des énoncés); beaucoup moins fréquemment (< 1 %) de problèmes de ressources ou surajoutés (tableau II).

Les problèmes de santé identifiés au premier tour (tableau III)

Sur les 25 problèmes de santé cités au moins à deux reprises, les 6 problèmes les plus fréquemment évoqués sont, par ordre décroissant : la dépression, l'abus d'alcool, le suicide, l'anxiété, le stress, et le problème des

victimes de maltraitance et d'abus sexuels. Les problèmes les plus souvent cités selon l'âge sont : la maltraitance et les abus sexuels chez l'enfant, le suicide chez l'adolescent, la dépression et l'abus d'alcool chez l'adulte, et la démence chez les personnes âgées. Certains problèmes sont plus spécifiques à un sexe : les troubles de l'alimentation, la dépression et la maltraitance (comme victime) pour les femmes et l'abus d'alcool pour les hommes.

196

G. SCHALLER - P. FOURNIER

Tableau II : Les 25 problèmes de santé identifiés au premier tour du Delphi

Problèmes de santé	Total ^b	Répartition par groupes d'âge						Sexe concerné				Problèmes importants ^a
		Enfants	Adolescents	Adultes	Pers. âgées	Femmes	Hommes	Femmes et Hommes	Non précisé			
Dépression	45	4	9	23	9	7	1	30	7	37		
Abus d'alcool	34	-	7	23	4	2	5	15	12	18		
Suicide et tentatives de suicide	26	-	15	7	4	1	1	17	7	14		
Troubles anxieux, anxiété	26	5	4	12	5	1	-	22	3	20		
Troubles liés au stress (aigu, post-traumatique)	23	2	4	16	1	2	1	12	8	8		
Maltraitance, abus sexuels (comme victime)	19	7	4	8	-	6	1	8	5	10		
Troubles dépressifs, déprime ^c	19	2	6	7	4	1	-	5	13	15		
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	18	1	4	13	-	1	1	8	8	6		
Agressivité, violence	15	2	2	10	1	-	2	7	6	2		
Troubles somatoformes	15	1	2	10	2	1	-	8	6	7		
Abus de médicaments	14	-	5	7	2	4	-	7	3	7		
Démences	13	-	-	3	10	1	-	9	3	6		
Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)	11	-	6	5	-	8	-	-	3	-		
Troubles de la personnalité	11	-	4	6	1	2	1	7	1	7		
Abus de drogues	11	-	6	5	-	-	-	5	6	3		
Phobie et/ou attaque de panique	8	1	2	3	2	-	-	7	1	4		
Pr. de sexualité et d'identité sexuelle	7	-	2	4	1	-	2	3	2	5		
Tabagisme	7	-	1	6	-	1	-	2	4	1		
Troubles du sommeil	6	-	1	3	2	-	-	5	1	3		
Troubles de l'humeur	5	-	1	3	1	-	-	4	1	1		
Troubles du comportement	5	1	-	3	1	-	-	2	3	5		
Troubles névrotiques	4	-	-	4	-	-	-	1	3	2		
Troubles obsessionnels manies	4	-	1	2	1	-	-	3	1	1		
Retard mental, tr. du développement, autisme	3	1	2	-	-	-	-	2	1	1		
Autres dépendances (travail, télévision)	2	-	-	2	-	-	-	1	1	-		

^a Il a été demandé de reprendre les 3 problèmes les plus importants, sans les hiérarchiser, ainsi que la dépression est mentionnée 37 fois comme problème important.

^b Nombre de fois que le problème est cité (au total 351 des 540 énoncés).

^c Interprété comme moins fort en intensité que la dépression et classé séparément.

LES PRIORITÉS DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE À GENÈVE :
UNE ENQUÊTE PAR MÉTHODE DELPHI

197

Tableau III : Distribution par problèmes des 540 énoncés reçus au premier tour du Delphi

	Nombre d'énoncés (n = 540)	Nombre de problèmes (n = 63)
A. Problèmes de santé mentale	447 (83%)	44
1. Problèmes de santé	351 (65%)	25
2. Problèmes de services	69 (13%)	14
3. Problèmes de ressources	17 (0,03%)	4
4. Problèmes surajoutés	10 (0,02%)	4
B. Problèmes psychosociaux non spécifiques à la santé mentale	93 (17%)	19

Les 19 problèmes de services (13 % des énoncés) cités révèlent une inadéquation entre les services et les besoins. D'une part, la prise en charge extra hospitalière est insuffisante, en particulier les lieux de vie et l'environnement professionnel. D'autre part, l'hospitalisation est trop fréquente, et particulièrement inadaptée pour les bébés et les adolescents. Les problèmes de ressources (0,03 % des énoncés) comprennent la formation et le soutien du personnel soignant. Quelques problèmes ont été classés comme des problèmes surajoutés (0,02 % des énoncés); il ne s'agit pas de problèmes de santé, ni de services, ni de ressources, comme, par exemple, l'exclusion des patients psychiques.

Causes des problèmes de santé

L'analyse par classe d'âge a montré que les causes des problèmes de santé mentale chez les enfants sont peu ou pas détaillées. Sont évoqués, chez l'adolescent, le chômage, l'avenir incertain, le stress, la maltraitance et les abus sexuels (ces deux dernières étant à la fois des problèmes et les causes d'autres problèmes); chez l'adulte des causes d'ordre psychoaffectif, comme une séparation; et chez la personne âgée, le passage à la retraite ou la solitude. Les causes des problèmes de santé mentale ont également pu être regroupées selon leur sphère d'appar-

tenance: individuelle (abus sexuels et maltraitance dans l'enfance), familiale (violence et ruptures familiales), milieu professionnel (chômage) et sociétale (isolement social).

Résultats du 2^e tour de l'enquête

Le taux de réponse s'établit à 98 % (51/52). Sur un total de 231 sélections, 138 sont des problèmes de santé et 93 des problèmes de services. Les participants ont sélectionné parfois 3 problèmes de santé et 3 de services, en moyenne 4,5 problèmes, au lieu des 3 demandés. Le deuxième tour a permis confirmer la liste des problèmes de santé mentale les plus importants et de dresser une liste des problèmes prioritaires pour une intervention préventive.

Problèmes de santé les plus importants au 2^e tour (tableau IV)

Dans l'ensemble, l'ordre de priorité des problèmes établi lors du premier niveau d'analyse est conforté, avec toutefois quelques exceptions. La dépression, l'abus d'alcool et les suicides apparaissent toujours comme des problèmes majeurs. Par contre, le niveau d'importance accordé à la maltraitance, aux abus sexuels et à la démence apparaît plus grand.

L'introduction de la notion de priorité pour la prévention modifie peu ce

Tableau IV : Problèmes de santé prioritaires pour la prévention au 2^e tour du Delphi

Problèmes de santé	Nombre de sélections (n=138)	Classement ^c	Priorité pour la prévention (citations) ^a (n=87)	Classement ^c
Dépression	32	1	20	1
Abus d'alcool	15	2	12	2
Maltraitance, abus sexuels (comme victime)	13	3	10	3
Suicide et tentatives de suicide	12	4	6	4
Troubles anxieux, anxiété	11	5	6	4
Agressivité, violence	10	6	6	4
Démences	5	7	4	8
Troubles liés au stress (aigu, post-traumatique)	5	7	4	8
Troubles dépressifs, déprime	5	7	5	7
Abus de drogues	4	10	3	10
Troubles somatoformes	4	10	1	14
Pr. de sexualité et d'identité sexuelle	3	12	2	12
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	3	12	2	12
Tabagisme	3	12	3	10
Retard mental, tr. du développement, autisme	2	15	1	14
Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie)	2	15	-	-
Troubles du sommeil	2	15	-	-
Troubles de la personnalité	2	15	1	14
Troubles de l'humeur	1	19	1	14
Troubles du comportement	1	19	-	-
Abus de médicaments	1	19	-	-
SIDA ^b	1	19	-	-
Syndrome de diogène ^b	1	19	-	-

^a Il a été demandé de choisir 2 des 3 problèmes sélectionnés pour une prévention urgente et faisable.

^b Problèmes, qui ne figuraient pas dans la liste proposée, ajoutés par les participants.

^c Classement décroissant, 1 étant le problème le plus fréquemment cité.

classement. Il confirme que la dépression, l'abus d'alcool, la maltraitance et les abus sexuels doivent être privilégiés dans une perspective d'intervention (en deçà de ces 3 problèmes, le nombre de citations diminue de façon notable).

Problèmes de services les plus importants au 2^e tour

La prise en charge des patients reste le problème de service le plus important au 2^e tour, mais les partici-

pants ont donné plus d'importance au dépistage et traitement précoces. Seuls 27 % (25/93) des problèmes de services cochés ont été jugés prioritaires pour une prévention, avec en tête de liste, les problèmes de prise en charge hospitalière des patients.

Pistes d'interventions préventives résultant de l'enquête

Le caractère très inter-relié de ces différents problèmes conduit à identifier, dans une perspective d'interven-

tion, les milieux dans lesquels elles devraient se matérialiser. Les interventions visant à réduire ces problèmes de santé mentale pourraient se développer dans les milieux suivants : le public en général, la famille, les écoles, la société, les services de professionnels et le réseau communautaire. Différents types d'intervention sont possibles : de l'information, un dépistage précoce, un réseau d'écoute et de conseils dans les écoles, des actions pour infléchir les facteurs sociaux (le chômage ou l'isolement), et la création de réseaux de solidarité dans les quartiers. Pour les problèmes de services, les propositions d'interventions préventives sont peu nombreuses. Pour prévenir les problèmes de prise en charge hospitalière, les participants proposent de décloisonner les services, de les coordonner entre eux et de faire des enquêtes de satisfaction auprès des consommateurs de soins.

Discussion

L'enquête menée par la méthode Delphi pour identifier les besoins en matière de prévention dans le domaine de la santé mentale à Genève, s'est bien déroulée. Plusieurs points positifs sont à relever. La participation des différents experts sollicités a été bonne, avec un taux de réponse de 90 % et plus à chaque tour du Delphi. Les positions des participants ont évolué entre les 2 tours du Delphi confirmant la dynamique induite par la méthode ; la connaissance d'autres avis permettant à chacun d'avancer dans sa réflexion. Les choix (des problèmes, des priorités, des interventions) sont basés sur les perceptions de ceux qui sont susceptibles d'intervenir lors d'un programme de prévention. En effet, les participants sont tous intéressés et/ou concernés par la

santé mentale, et leur opinion reflète ce qu'ils voient à travers leur situation professionnelle et/ou association. Cette vision est différente de celle qui aurait été produite par une enquête épidémiologique classique. Ces approches doivent être considérées plus complémentaires qu'antagonistes. La technique de Delphi est qualitative, et les résultats correspondent à une perception subjective et consensuelle d'un groupe d'environ 50 experts. Les résultats reflètent leur vision des problèmes à un moment donné, soit l'été 1995.

L'étude a surtout mis en évidence des problèmes de santé et de services, moins fréquemment des problèmes de ressources. Les informations concernant les problèmes sociaux, qui ne sont pas spécifiques à la santé mentale, ont été transmises aux services concernés. Les problèmes de santé mentale identifiés à Genève correspondent à ceux que l'on retrouve le plus souvent dans la littérature, comme le stress, l'anxiété, la dépression, le suicide, la maltraitance et la démence.

Il existe une abondante littérature sur les différents problèmes de santé mentale, mais aucune étude à notre connaissance n'établit des priorités pour la prévention. Les problèmes de santé mentale prioritaires pour la prévention à Genève sont : la dépression, l'abus d'alcool, la maltraitance et les abus sexuels (comme victime), le suicide, l'anxiété et l'agressivité. Il a été donné plus d'importance aux problèmes des victimes de maltraitance, et son corollaire l'agressivité, au 2^e tour au détriment des problèmes de stress. La démence est jugée plus importante au 2^e tour.

L'étude a fourni quelques pistes pour la prévention, en particulier sur le type et le milieu d'intervention

possibles, sans véritables propositions, comme attendu avec la méthode Delphi.

Quant aux problèmes de services, les participants ont relevé dès le premier tour de l'enquête une inadéquation entre les services offerts et les besoins. Mais, au 2^e tour, ils ont privilégié les problèmes de santé pour une intervention préventive, à l'exception de la prise en charge hospitalière pour laquelle il convient de compléter les informations par une enquête auprès des consommateurs de soins.

Conclusion

Sur la base des résultats de l'enquête, il a été recommandé de plani-

fier des actions préventives pour les problèmes de santé mentale prioritaires identifiés et d'inclure les différents participants à l'enquête comme partenaires sur le terrain. La forme des interventions pourrait être celle d'un réseau interactif formel et des actions soutenues par les pouvoirs publics.

L'enquête a aussi permis de mettre en lumière deux aspects de la problématique en santé mentale. D'une part, au niveau des services : il y a une demande de désinstitutionnalisation et des besoins exprimés par les aidants du milieu ; d'autre part, on constate l'émergence de problèmes comme la violence et les sévices sexuels qui sont souvent occultés dans le cadre de la psychiatrie traditionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ajdukovic M. and Ajdukovic D. Psychological well-being of refugee children. *Child-Abuse Negl* 1993 ; 17 (6) : 843-854.
2. Baumann S.L. Mental health assessment of persons with HIV. *J Assoc Nurses AIDS care* 1993 ; 4 (4) : 36-44.
3. Brent D.A. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1993 ; 14 (10) : 380-388.
4. Canning E.H. Mental disorders in chronically ill children: case identification and parent-child discrepancy. *Psychoso-med* 1994 ; 56 (2) : 104-108.
5. Carlson K.J., Miller B.A., Fowler F.J. The Maine Women's Health Study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet-Gynecol* 1994 ; 83 (4) : 556-565.
6. Cohen D. Dementia, depression and nutritional status. *Prim Care* 1994 ; 21 (1) : 107-119.
7. Crotty M. The perceptions of nurse teachers regarding the preparation for their role in Project 2000 programmes. *Nurse Education Today* 1992 ; 12 (5) : 350-356.
8. Dalkey N., Brown B., Cochran S. La prévision à long terme par la méthode Delphi. Monographie. Dunod, Paris, 1972.
9. Danton W.G., Altrocchi J. et al. Non-drug treatment of anxiety. *Am Fam Physician* 1994 ; 49 (1) : 161-166.
10. D'Augelli A.R., Hershberger S.L. Lesbian, gay and bisexual youth in community settings: personal challenges and mental health problems. *Am J Community Psych* 1993 ; 21 (4) : 421-448.
11. Département de la prévoyance sociale et de la santé publique. La santé des Genevois. n° 1, juin 1993, page 51.
12. Hutchinson A., Fowler P. Outcome measures for primary health care: what are the research priorities? *Br J Pract* 1992 ; 42 (359) : 227-231.
13. Madianos M.G., Madianou D., Stefanis C.N. Help-seeking behaviour for psychiatric disorder from physicians or psychiatrists in Greece. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1996 ; 8 (6) : 285-291.
14. Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 (6) : 1178-1183, 3.
15. Mullen P.E., Martin J.L., Anderson J.C. et al. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatr* 1993 ; 163 : 721-732.

LES PRIORITÉS DE PRÉVENTION EN SANTÉ MENTALE À GENÈVE : 201
UNE ENQUÊTE PAR MÉTHODE DELPHI

16. OMS. Les buts de la santé pour tous en l'an 2000. Buts de la stratégie régionale européenne de la santé pour tous, buts 12, 16, 17. OMS 1985.
17. Oranga H.M., Nordberg E. The Delphi panel method for generating health information. *Health policy and planning* 1993 ; 8 (4) : 405-412.
18. Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. Agence d'Arc inc. Montreal 1986, page 231.
19. Rainhorn J.D., Brudon-Jakobowicz P., Reich M.R. Priorities for pharmaceutical policies in developing countries: results of a Delphi survey. *Bulletin of the World Health Organization* 1994 ; 72 (2) : 257-264.
20. Reinherz H.Z., Giaconia R.M. et al. Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 (6) : 1155-1163.
21. Shei E. A strengthening experience ? Mental distress during military service. A study of Norwegian army conscripts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994 ; 29 (1) : 40-45.
22. Sherbourne C.D., Hays R.D. et al. Prevalence of comorbid alcohol disorder and consumption in medically ill and depressed patients. *Arch-Fam-Med* 1993 ; (11) : 1142-1150.
23. Strauss G., Chassin M., Lock J. Can experts agree when to hospitalize adolescents ? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995 ; 34 (4) : 418-424.
24. Takala J., Ryyanen O.P., Lehtovirta E., Turakka H. The relationship between mental health and drug use. *Acta Psychiatr Scand* 1993 ; 88 (4) : 256-258.
25. Wittchen H.U., Essau C.A. Epidemiology of panic disorders: progress and unresolved issues. *J Psychiatr Res* 1993 ; 27 suppl. 1 : 47-68.
26. Zima B.T., Wells K.B., Freeman H.E. Emotional and behavioural problems and severe academic delays among sheltered homeless children in Los Angeles County. *Am J of Public Health* 1994 ; 84 (2) : 260-264.

REMERCIEMENTS

Cette enquête a été menée dans le cadre d'un mandat de la Direction générale de la Santé publique de Genève, Département de l'Action sociale et de la santé, en 1995.

MÉTHODES PARTICIPATIVES

Un guide pour l'utilisateur

Delphi

Colophon

Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur

Delphi

Ce document est un extrait de la publication 'Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur', une coédition de la Fondation Roi Baudouin et du Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (viWTA). Il existe aussi en néerlandais et en anglais.

La version complète du guide comprend:

- une introduction générale aux méthodes participatives
- des directives générales et des conseils pratiques
- une description détaillée de 13 méthodes participatives: '21st Century Town Meeting'; Charrette; Jury de citoyens; Conférence de consensus; Deliberative Polling®; Delphi; Panel d'experts; Focus groupe; Suivi et évaluation participatifs; Cellule de planification; Exercice de construction de scénarios; Festival technologique; 'World Café'
- une liste de 50 méthodes et techniques participatives brièvement décrites.

Toutes les versions sont téléchargeables gratuitement sur www.kbs-frb.be et www.viwta.be.

Auteur

Nikki Slocum (United Nations University – Comparative Regional Integration Studies)

Traduction

Aurore Füzfa (More Than Words)

Relecture finale

Anita Mayer (Forum des Politiques Publiques, Canada)

Michel Teller (Cyrano)

Coordination pour la Fondation Roi Baudouin

Brigitte Duvieusart, Hervé Lisoir, Gerrit Rauws, An Van Campenhout

Lay-out et mise en page

Jean-Pierre Marsily

Impression

Peeters nv

Dépôt légal: D/2006/2848/02

ISBN-10: 2-87212-487-X

ISBN-13: 978-2-87212-487-9

EAN: 9782872124879

Mars 2006

Avec le soutien de la Loterie Nationale belge



Delphi⁽¹⁾

I. DÉFINITION

La méthode Delphi implique une consultation itérative d'experts. Chaque participant complète un questionnaire et reçoit ensuite un feed-back sur toutes ses réponses. À la lumière de ces informations, il remplit une nouvelle fois le questionnaire; cette fois, en expliquant chacune de ses opinions qui divergent fortement de celles des autres participants. Ces explications s'avéreront très utiles pour les autres. En outre, il peut changer d'avis, en fonction de sa propre évaluation des nouvelles informations fournies par les autres participants. Ce processus est répété autant de fois qu'il le faut, l'idée étant que l'ensemble du groupe puisse examiner des opinions dissidentes basées sur des informations privilégiées ou rares. Par conséquent, dans la plupart des processus Delphi, le degré de consensus s'accroît à chaque tour.

Traditionnellement organisées par courrier, d'autres variantes de méthodes Delphi peuvent avoir lieu en ligne ou en face à face. Dans le processus Delphi original, les principales caractéristiques de cette méthode étaient 1) la structuration du flux d'informations, 2) le feed-back donné aux participants et 3) l'anonymat des participants. Dans un 'Delphi en face à face', l'anonymat disparaît. Autre variante: le 'Delphi politique' (ou 'Policy Delphi' en anglais), dont le principal objectif consiste à exposer toutes les options et opinions concernant un thème et les principaux arguments pour et contre à l'égard de ces opinions.

II. QUAND L'UTILISER

Processus dialectique, le Delphi a été conçu dans le but d'offrir les avantages d'une mise en commun et d'un échange d'opinions, de manière à ce que les personnes interrogées puissent découvrir les opinions des autres, sans cette influence excessive que l'on rencontre parfois dans les face à face conventionnels (qui sont généralement dominés par ceux qui parlent le plus fort ou ont le plus de prestige). La technique permet aux experts de traiter d'un problème complexe de manière systématique. Lors de chaque tour, les informations pertinentes sont partagées et enrichissent les connaissances des membres du panel. Ceux-ci sont alors à même de faire des recommandations qui se fondent sur des informations plus complètes.

Habituellement, une ou plusieurs des ces caractéristiques entraînent le besoin de faire appel à la méthode Delphi:

- Le problème ne se prête pas à des techniques d'analyse précises mais peut tirer profit de jugements subjectifs sur une base collective.
- Les personnes requises pour participer à l'examen d'un problème vaste ou complexe ne disposent d'aucune expérience en communication et peuvent présenter différents parcours professionnels avec leurs expertises et compétences.
- Le nombre de personnes requises est trop élevé pour interagir efficacement dans le cadre d'un échange en face à face (sauf en cas de 'Delphi en face à face' entre des séances plénières et des sous-groupes).
- Les délais et les coûts ne permettent pas des réunions fréquentes.
- L'efficacité des réunions en face à face peut être accrue par un processus de communication collective supplémentaire.

(1) La méthode Delphi a été conçue par Olaf Helmer et Norman Dalkey de l'organisation RAND Corporation.

- Les désaccords sont tellement importants ou politiquement inacceptables que le processus de communication doit être arbitré et/ou l'anonymat doit être garanti.
- L'hétérogénéité des participants doit être préservée afin de garantir la validité des résultats, c'est-à-dire afin d'éviter toute domination imposée par le nombre ou par une forte personnalité.

Le 'Delphi politique' remplit l'un des objectifs suivants ou une combinaison de ceux-ci:

- s'assurer que toutes les options possibles ont été mises sur la table
- estimer l'impact et les conséquences d'une option donnée
- examiner et estimer l'acceptabilité d'une option donnée.

En règle générale, la méthode Delphi vise à relever divers défis sociopsychologiques associés aux processus de travail en commission. Par exemples:

- la personnalité dominatrice ou l'individualité forte qui s'approprie le processus
- le fait que les personnes ne soient pas disposées à prendre position sur un sujet tant que tous les faits ne sont pas connus ou tant qu'elles ignorent la direction que prendra la majorité
- la difficulté de contredire publiquement des individus qui occupent des postes plus élevés
- le fait que les personnes ne soient pas disposées à abandonner une opinion une fois qu'elle a été exprimée publiquement
- la crainte de soulever une idée incertaine qui pourrait s'avérer peu souhaitable et qui pourrait faire perdre la face.

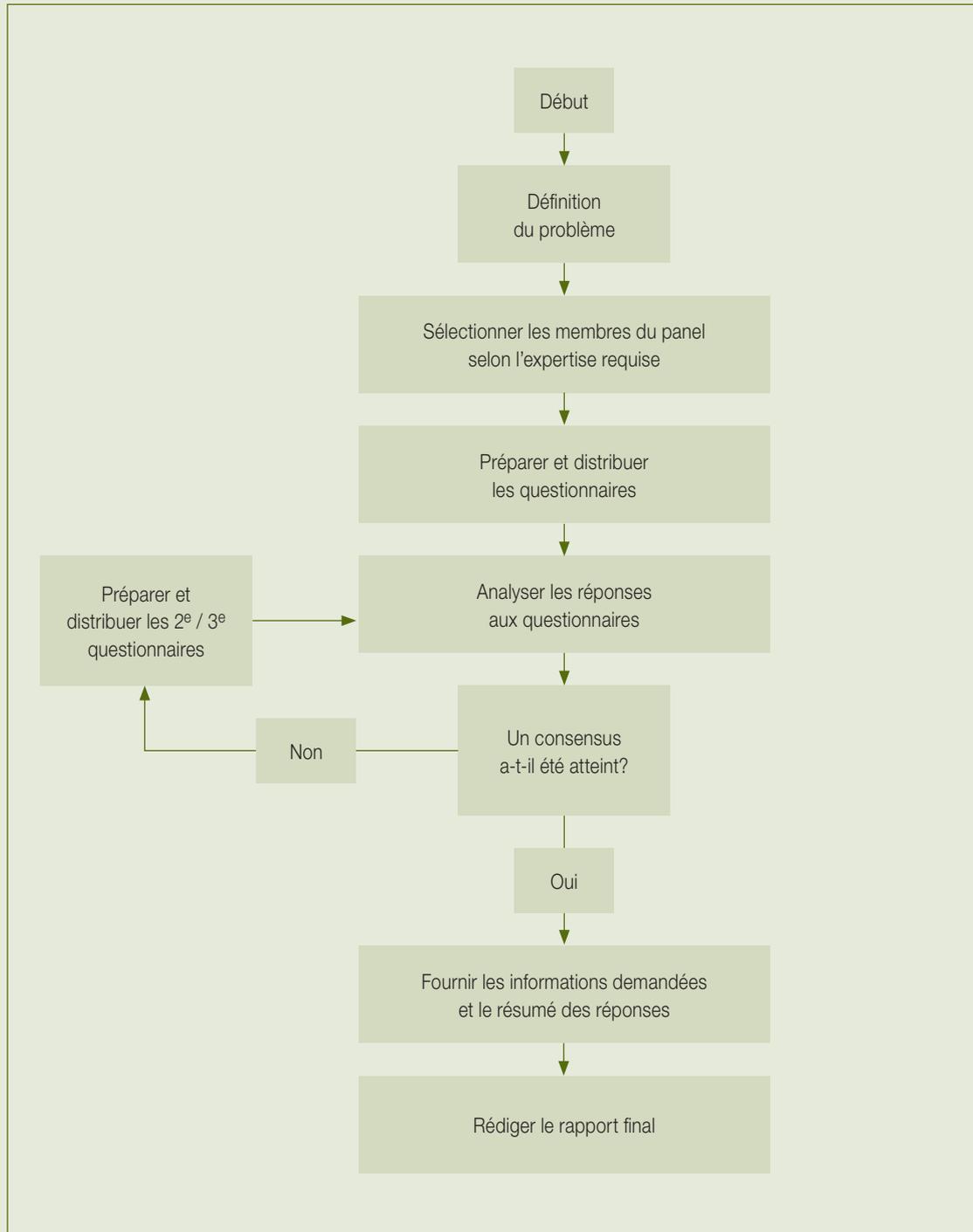
III. PROCÉDURE

A. Aperçu

Reportez-vous au diagramme du trajet de la méthode Delphi ci-contre pour un aperçu graphique.

Les méthodes Delphi (qu'elles soient conventionnelles, en temps réel sur ordinateur ou en face à face) comptent généralement quatre étapes. Durant la première étape, le sujet discuté fait l'objet d'un examen et chaque personne fournit les informations qui lui semblent pertinentes. Lors de la deuxième étape, tous ont un aperçu des différentes opinions du groupe, par exemple: lorsque des termes relatifs, tels que «faisable», «important», «souhaitable», etc. font l'objet d'accords ou de désaccords entre les membres du groupe. Les désaccords majeurs sont examinés lors de la troisième phase, afin de dégager les raisons de ces différences et de les évaluer. La quatrième étape comporte une évaluation finale qui a lieu lorsque toutes les informations précédemment réunies ont été analysées et que les évaluations ont été soumises à un nouvel examen.

Les sections suivantes fournissent une description détaillée d'un Delphi conventionnel ainsi que de l'une de ses variantes: le 'Delphi politique'. Enfin, les différentes étapes de la Conférence Delphi sont présentées.

Trajet de la méthode Delphi⁽²⁾

(2) Extrait de <http://www.ryerson.ca/~mjoppe/ResearchProcess/841TheDelphiMethod.htm>

B. Mise en œuvre

1. Personnel et tâches

(a) Équipe organisationnelle

L'équipe organisationnelle a pour mission:

- de rédiger les questionnaires
- d'identifier et de recruter les experts
- de distribuer les questionnaires
- d'analyser les commentaires et de donner un feed-back aux experts après chaque tour
- de rédiger le rapport final.

(b) Experts

- Complètent les questionnaires.
- Assistent aux événements planifiés, dans le cas d'un Delphi en face à face

(c) Modérateurs

En cas de Delphi en face à face, un ou deux modérateurs sont requis pour faciliter le processus.

2. Delphi conventionnel («papier-crayon»)

La procédure originale du Delphi comprend les étapes suivantes (pour un aperçu graphique, consultez le diagramme du trajet de la méthode Delphi.)

(a) Former une équipe chargée d'organiser et de superviser un Delphi sur un sujet donné

(b) Sélectionner et recruter un ou des panels qui participeront à l'exercice

Habituellement, les membres du panel sont des experts dans le domaine concerné. Certaines sources indiquent qu'un niveau d'expertise élevé n'est pas requis lorsque les panélistes sont suffisamment bien informés sur la question. Bien sûr, le niveau d'expertise requis dépendra du sujet choisi et des questions posées. Le nombre de membres varie fortement mais doit inclure au minimum quatre personnes par panel.

Conseil: Les panélistes doivent être assurés de participer à un exercice avec des pairs. Dans la lettre d'invitation, indiquez dès lors les types de parcours professionnels représentés par les différents participants.

(c) Concevoir le premier questionnaire Delphi

Il faut au moins un mois pour rédiger le questionnaire du premier tour. Idéalement, les questions posées doivent être suffisamment spécifiques pour éliminer la plupart des informations non pertinentes, tout en plaçant le moins de contraintes possible sur les informations. En plus du questionnaire, un résumé factuel de documentation générale est habituellement fourni. Dans certains cas, les participants reçoivent un ou plusieurs scénarios qui précisent une série d'éléments qui doi-

vent être considérés comme des présupposés pour l'évaluation des sujets (généralement, ces scénarios traitent d'aspects tels que la situation économique future; par exemple: le taux d'inflation)

Souvent, plusieurs possibilités sont proposées, avec des échelles d'évaluation, afin de permettre à la personne interrogée de quantifier ses préférences. Exemple d'échelle fréquemment utilisée:

1	2	3	4	5	6
pas du tout d'accord	pas d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	d'accord	tout à fait d'accord

Dans le cas d'une procédure de classification, veillez à ne pas utiliser des formulations telles que: «Pensez-vous que y..., si x...». Scindez plutôt ces questions en deux formulations simples: «Pensez-vous que x...?» et «Pensez-vous que y...?».

Conseil: Les participants qui n'ont jamais pris part à un Delphi répondent souvent par des affirmations complexes et très longues. Il peut s'avérer utile de fournir quelques exemples de types de réponses que vous souhaitez obtenir: courtes, spécifiques et originales. Donnez l'occasion aux panélistes de suggérer des modifications pour la formulation des éléments et de les introduire comme éléments nouveaux. Les questions politiques sont souvent très sensibles à une formulation précise.

Conseil: Il faut parfois présenter une série de suggestions alternatives pour les scénarios et permettre aux participants d'élaborer un scénario collectif en votant la validité de chacun.

(d) Tester la formulation du questionnaire (ambiguïtés, manque de précision)

Chaque questionnaire doit être préalablement testé auprès de personnes qui n'ont pas pris part à son élaboration. Identifiez tous les points mal formulés et corrigez-les.

(e) Distribuer les premiers questionnaires aux membres du panel

(f) Analyser les réponses du premier tour

(g) Préparer les questionnaires du second tour (et les tester éventuellement)

Lors de ce second tour, les divergences entre les opinions des participants sont mises en évidence (mais restent anonymes). Les participants doivent essayer d'expliquer les différences entre leurs opinions et celles des autres, en mentionnant leur raisonnement et toutes les informations essentielles dont les autres doivent absolument avoir connaissance. Lors de chaque tour, ces informations et raisonnements sont partagés avec les autres participants (tout en conservant l'anonymat).

(h) Remettre les questionnaires du second tour aux membres du panel

Conseil: Lorsque vous demandez aux participants de revoter sur un aspect donné, montrez-leur les votes initiaux et remettez-leur deux copies du questionnaire, de manière à ce qu'ils en conservent un comme référence ultérieure ou qu'ils puissent faire un brouillon.

(i) Analyser les réponses du second tour

Les étapes g) à i) sont répétées aussi longtemps que souhaité ou nécessaire pour l'obtention de résultats stables.

(j) Préparer un rapport – par l'équipe d'analyse – qui présente les conclusions de l'exercice

Conseil: Il est très important que tous les participants comprennent l'objectif du Delphi. Sinon, ils risquent de donner des réponses inadéquates ou d'être frustrés et de ne plus être intéressés par le processus.

3. Delphi politique⁽³⁾

Telle qu'initialement présentée et mise en œuvre, la méthode Delphi avait tendance à traiter de thèmes techniques et à chercher un consensus parmi un groupe homogène d'experts. En revanche, le 'Delphi politique' est utilisé pour générer les divergences les plus fortes à propos des solutions potentielles à une question politique majeure. Il peut notamment s'agir d'une question pour laquelle il n'existe aucun 'expert' mais seulement des défenseurs éclairés et des arbitres. Un expert ou analyste peut présenter une estimation quantifiable ou analytique de certains effets qui découlent d'une solution donnée. Toutefois, il est peu probable qu'une solution claire (pour toutes les personnes concernées) d'une question politique donne lieu à une telle analyse. L'expert prône alors l'efficacité et doit affronter les défenseurs des groupes d'intérêts concernés dans la société.

Le 'Delphi politique' part du principe que le décideur ne souhaite pas qu'un groupe génère sa décision, mais aimerait qu'un groupe éclairé présente toutes les options et preuves à l'appui de son opinion. Par conséquent, le 'Delphi politique' est un outil d'analyse des questions politiques, et non un mécanisme de prise de décision. L'obtention d'un consensus n'est pas l'objectif premier. La structure du processus de communication et le choix du groupe de participants peuvent compromettre fortement l'obtention d'un consensus sur une solution spécifique. En fait, dans certains cas, le commanditaire peut même demander une procédure qui rend impossible tout consensus.

La procédure du 'Delphi politique' est identique à celle d'un Delphi traditionnel, si ce n'est que les questions posées aux membres du panel auront davantage pour but d'examiner toutes les possibilités, opinions et raisons que d'atteindre un consensus.

(3) Extrait de Turoff, M. (Internet). *The Policy Delphi*. In *The Delphi Method: Techniques and Applications*, pp. 80 – 96. <http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/>

Les questions suivantes devraient vous guider dans la planification et la mise en œuvre d'un 'Delphi politique'.

- Formulation des sujets: Quel sujet doit réellement être examiné? Comment doit-il être formulé?
- Présentation des options: Étant donné le sujet, quelles sont les options politiques disponibles?
- Définition des positions initiales sur les sujets: Quelles sont celles à propos desquelles tout le monde est déjà d'accord et quelles sont celles sans importance à supprimer? Quelles sont celles qui montrent les divergences entre les panélistes?
- Examen et identification des raisons de ces divergences: Quels sont les présupposés, opinions ou faits sous-jacents avancés par les membres du panel pour étayer leurs positions respectives?
- Évaluation des raisons sous-jacentes: Comment le groupe considère-t-il les arguments invoqués pour défendre les différentes positions? Et comment les comparent-ils entre eux?
- Réévaluation des options: La réévaluation se fonde sur les opinions relatives aux 'preuves' sous-jacentes et sur l'évaluation de la pertinence de chaque position.

En principe, une procédure 'Delphi papier-crayon' requiert cinq tours. Dans la pratique, la plupart des 'Delphi politiques' tentent toutefois de se limiter à trois ou quatre tours, en tenant compte des points suivants:

- L'équipe de contrôle consacre beaucoup de temps pour préformuler minutieusement les sujets.
- Les questionnaires fournissent une ou des listes provisoires d'options que les panélistes peuvent enrichir.
- Les panélistes sont priés de donner leur avis sur un point et sur les hypothèses sous-jacentes dégagées lors du premier tour.

Conseil: D'aucuns suggèrent que le meilleur véhicule pour un 'Delphi politique' est une version informatisée du processus, dans laquelle la structure des tours disparaît et chaque phase se déroule en continu.

Dans un 'Delphi politique', il convient de choisir comme participants des personnes informées qui représentent les différents aspects de la question traitée. La conception initiale doit garantir que toutes les questions et sous-questions 'évidentes' ont été intégrées et que les participants sont invités à indiquer les aspects les plus subtils du problème. Dès lors, les superviseurs doivent maîtriser suffisamment le sujet pour comprendre les implications que contiennent les remarques des participants.

Conseil: Dans certains cas, il arrive que les participants concentrent trop leurs efforts sur certaines questions au détriment d'autres. Ce phénomène se produit lorsque le groupe n'est pas aussi diversifié que le nécessite la portée de l'exercice. En connaissant suffisamment bien le sujet abordé, l'équipe chargée de la conception du projet peut encourager les participants à examiner les questions ignorées en plaçant des commentaires dans les résumés remis au groupe. Ce privilège doit être utilisé avec modération en vue de favoriser le dialogue sur tous les aspects d'une question, et non pas pour orienter les participants vers une perspective particulière.

4. Conférence Delphi (aussi 'Delphi en face à face' ou Delphi collectif)

Cette version collective en face à face laisse plus de place à la discussion et aux débats et prend moins de temps que la version traditionnelle. Cependant, les participants doivent renoncer à tout anonymat.

- Recrutez une équipe chargée de la conception et de la supervision, un facilitateur et un assistant chargés de mettre en œuvre et de diriger le Delphi collectif. Cette équipe doit compter au moins deux professionnels, de telle sorte que l'un puisse contrôler le travail de l'autre. Idéalement, un des deux doit connaître le thème abordé tandis que l'autre doit avoir des talents rédactionnels.
- Une équipe de gestion doit choisir (et généralement, délimiter) le ou les thèmes ainsi que le nombre de panels Delphi.
 Déterminez la date à laquelle se tiendra le panel. Une journée complète vous permettra d'étaler le processus sur plusieurs tours, dans le cas d'un seul thème. Si vous avez choisi des problématiques très complexes ou plusieurs questions majeures, vous devrez prévoir plus de temps.
- Réservez un lieu pour la conférence. Il vous faut une grande pièce pour accueillir tous les membres du panel. L'idéal étant d'avoir accès à plusieurs petites salles dans lesquelles les sous-groupes peuvent travailler.
- Sélectionnez et recrutez des participants pour chaque panel. Habituellement, les membres du panel sont des experts dans le domaine traité.
- Réservez des logements le cas échéant et prévoyez les repas.
- Élaborez le questionnaire Delphi.
- Réponses individuelles aux questions
 Chaque participant répond aux questions, seul et sans consultation.
- Petits groupes
 Les participants se subdivisent en sous-groupes de personnes 'similaires' et préparent une liste d'informations, triées par ordre d'importance. Ce sont en fait leurs opinions sur la question qui doivent être 'similaires'. La constitution de sous-groupes homogènes a pour but de s'assurer que toutes les informations importantes pour un point de vue ou un groupe d'intérêts particulier atteignent la liste plénière.
- Séance plénière
 Rassemblez les éléments importants dans chaque groupe et affichez-les à un endroit visible pour tous (tableaux, flipcharts, etc.). Pour cela, demandez à chaque groupe d'indiquer l'élément le plus important selon eux dans la liste et qui n'a pas encore été ajouté à la liste du groupe plénier.
- Vote en plénière
 Une procédure à vote multiple est utilisée pour classer les éléments par ordre décroissant d'importance. Choisissez un système de points qui garde les éléments ayant le score le plus élevé et exclue ceux au score le plus bas. Pour la plupart des thèmes, entre six et neuf éléments suffisent.
- Modifications personnelles
 Chaque participant examine les modifications qu'il souhaite apporter à la liste de son groupe après avoir vu la liste plénière.
- Petits groupes
 Les membres comparent les premiers éléments de la liste de leur groupe à ceux de la liste plénière. En cas de différences, les petits groupes ont deux possibilités. Soit ils modifient leur liste pour s'approcher davantage de la plénière, soit ils fournissent des arguments en faveur d'une modification de la liste plénière pour qu'elle soit plus proche de la leur. Pour cela, ils procèdent comme suit: ils ajoutent à leur liste les éléments de la liste plénière qu'ils avaient omis mais qu'ils sont prêts à accepter. Ils préparent un bref rapport afin d'étayer les premiers éléments de leur liste qui, selon eux, doivent être ajoutés à la liste plénière.

REMARQUE: La rédaction de ce rapport doit se dérouler dans un certain laps de temps (une minute, par exemple). Ce rapport n'a pas pour but de convaincre les autres de modifier leurs points de vue, mais de présenter des 'évidences' que les autres auraient négligées selon le groupe. Chaque petit groupe décrit sa liste modifiée sur une feuille de journal et ses 'évidences' (sous la forme de notes) sur une autre.

- **Présentation des rapports des petits groupes à l'assemblée plénière**
Les listes modifiées des petits groupes sont affichées sans commentaire. Chaque groupe affiche, tour à tour, ses arguments et les explique brièvement. Chaque rapport est suivi d'une brève séance de questions/réponses à des fins de clarification uniquement. Des limites de temps strictes sont imposées.
- **Établissement d'un consensus en plénière:** revenez à l'étape 'Vote en plénière' et répétez la procédure jusqu'à obtention d'un consensus. Les contraintes de temps peuvent nécessiter un nombre fixe de cycles. Le consensus peut être renforcé par l'introduction de deux cycles de vote, au lieu d'un seul, lors de l'étape 'Vote en plénière'.

Pour des informations détaillées sur la philosophie sous-jacente à la méthode Delphi, ainsi que diverses applications, consultez le site www.is.njit.edu/pubs/delphibook

IV. RESSOURCES (CALENDRIER & BUDGET)

A. Calendrier

Le tableau suivant présente le programme hebdomadaire général d'une version en ligne du Delphi. Il vous est toutefois fourni à titre informatif. Notez que les plannings varient fortement et que les 'Delphi en face à face' nécessitent beaucoup plus de temps que ceux organisés en ligne.

Calendrier général d'un Delphi en ligne	Semaine
1. Préparation du projet de Delphi <ul style="list-style-type: none"> ■ Préparation générale ■ Composition du panel d'experts ■ Adresses électroniques des participants ■ Concrétisation de la collaboration ■ Rédaction des textes d'accompagnement 	1 & 2
2. Lancement et configuration du système Delphi en ligne <ul style="list-style-type: none"> ■ Premier tour de questions ■ Rédaction du courriel d'invitation ■ Contact avec les participants afin d'obtenir leur consentement formel ■ Création du premier tour dans le système en ligne (utilisateurs, mots de passe, textes...) 	1 & 2
3. Premier tour de questions <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact avec les personnes qui n'ont pas répondu 	3 & 4 5
4. Traitement des résultats du premier tour et lancement du deuxième tour <ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse des données: réduire les réponses aux questions ouvertes sans perdre du contenu ■ Introduction du système ■ Envoi du courriel d'invitation aux participants 	6 & 7
5. Deuxième tour de questions <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact avec les personnes qui n'ont pas répondu 	8 & 9 10
6. Traitement des résultats du deuxième tour et lancement du troisième <ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse des données: réponse aux questions fermées et arguments ■ Envoi du courriel d'invitation aux participants 	11 & 12
7. Troisième tour de questions <ul style="list-style-type: none"> ■ Contact avec les personnes qui n'ont pas répondu 	13 & 14 15
8. Traitement des résultats du troisième tour <ul style="list-style-type: none"> ■ Rapport intermédiaire 	16 & 17
9. Gestion de projet <ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration du plan du projet ■ Réunions du projet 	En continu
10. Rapport final du projet Delphi	18 & 19

B. Budget

Sont répertoriés ci-dessous les principaux postes budgétaires d'un Delphi:

- Personnel
 - équipe organisationnelle
 - défraiements des experts
 - modérateur(s)
- Voyage
 - uniquement pour les 'Delphi en face à face': frais de voyage pour les experts et modérateur(s)
- Logement
 - uniquement pour les 'Delphi en face à face': logement pour les experts et modérateur(s)
- Nourriture
 - uniquement pour les 'Delphi en face à face': repas pour les experts et modérateur(s)
- Recrutement et promotion
 - recrutement des experts
- Communications
 - frais d'impression et d'affranchissement des enquêtes (si par courrier traditionnel)
 - impression de l'avant-projet et du rapport final, et distribution
- Infrastructure
 - uniquement pour les 'Delphi en face à face': lieu pour l'événement
- Matériel et fournitures (selon le type de Delphi choisi)

V. AUTRES BONNES PRATIQUES ET PIÈGES ÉVENTUELS

Parmi les raisons fréquentes de l'échec d'un Delphi, citons:

- Le superviseur impose aux panélistes ses vues et idées préconçues à l'égard d'un problème en détaillant excessivement la structure du Delphi et donc en ne laissant pas de place à d'autres points de vue.
- L'hypothèse que le Delphi peut substituer toutes les autres formes de communication humaine dans une situation donnée.
- Des techniques inefficaces pour la synthèse et la présentation des réponses des groupes et qui ne permettent donc pas de garantir les interprétations habituelles des échelles d'évaluation utilisées dans l'exercice.
- Ignorer (au lieu d'examiner) les divergences de telle sorte que les dissidents découragés abandonnent et qu'un consensus artificiel est obtenu.
- Sous-estimer le caractère exigeant d'un Delphi; ne pas reconnaître les participants en tant que consultants et ne pas les rétribuer correctement pour le temps qu'ils y ont consacré, si le Delphi ne fait pas partie intégrante de leur travail.

Pour réussir un Delphi, il est important:

- de sélectionner attentivement le groupe de répondants/panélistes
- d'adapter la conception du Delphi à l'application choisie
- de garantir l'honnêteté et l'impartialité de l'équipe de supervision
- de garantir un langage et une logique communs, surtout si les participants proviennent d'origines culturelles diverses.

Références et ressources

Vous trouverez de nombreuses publications sur la méthode Delphi et ses applications (dont seulement quelques-unes sont mentionnées ci-dessus) sur le site de l'organisation Rand Corporation: www.rand.org

Brown B., *The Delphi Process: A Methodology Used for the Elicitation of Opinions of Experts*, Rand Document, 1968, No. P-3925 (www.rand.org)

Dalkey N. et Helmer-Hirschberg O., *An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts*, 1962, RM-727-PR. (www.rand.org)

Dick B., *Delphi face to face*, 2000 (disponible sur www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/delphi.html)

Foresight for Regional Development Network, *Practical Guide to Regional Foresight in the United Kingdom*, Décembre 2001 (<http://foren.jrc.es/Docs/eur20128en.pdf>)

Glenn J. (Éd.), *Futures Research Methodology*, Version 1.0., AC/UNU The Millennium Project

Linstone H. et Turoff M., *Introduction*, dans H. Linstone et M. Turoff (Eds.), *The Delphi Method: Techniques and Applications*, 2002, p. 3-12 (www.is.njit.edu/pubs/delphibook)

Sackman H., *Delphi Assessment: Expert Opinion, Forecasting, and Group Process*, Rand Document, 1974, No. R-1283-PR (www.rand.org)

Turoff M., *The Policy Delphi*, dans *The Delphi Method: Techniques and Applications*, p. 80-96 (www.is.njit.edu/pubs/delphibook)