

Evaluation(s) ?

La 2^{ème} journée nationale des Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) qui s'est déroulée le 27 mars 2009 à Paris sur le thème « Evaluation(s) ? » a permis d'échanger les points de vue en présence de plus d'une centaine d'équipes. Les positions se développent entre deux extrêmes : de « N'évaluons pas... évaluer c'est leurrer » à « Evaluons, évaluons... il en restera toujours quelque chose ». Que peut-on évaluer à l'aune des missions confiées aux EMPP, avant de se positionner sur l'appropriation de cette évaluation ?

Alain MERCUEL,
Psychiatre,
Service d'Appui « Santé Mentale et Exclusion Sociale » (SMES),
Centre Hospitalier
Sainte Anne, Paris.

¹ Circulaire n° 2005-521
du 23 novembre 2005

Les missions en direction des personnes offrent quelques pistes de réflexion

- Les permanences effectuées dans les structures doivent permettre d'entrer en relation avec des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiatriques mais peu enclines à formuler spontanément une demande d'aide. De qui s'agit-il ? Quels troubles sont repérés ? Mais au-delà, quelle qualité d'accueil est possible dans telle ou telle structure et avec quel seuil (évaluable) de tolérance à la pathologie ?

- Les entretiens individuels évaluent les besoins des personnes en vue d'accès aux droits (droit à la santé...), d'orientations ou d'accompagnements. Préparer une hospitalisation impose que soient pesées les indications d'hospitalisation sous contrainte, à quel moment ? Attendre et accompagner vers une acceptation d'un soin consenti, mais combien de temps ? Combien de rencontres ? Préparer une sortie d'hospitalisation, mais dans quels liens avec les services hospitaliers : l'EMPP assure-t-elle un « service après-vente » ?

- Les interventions mobiles, ou « maraudes », se déploient de façon très diverses. Le regard critique sur ces actions est très large : du « serre paluche », étape minimale du lien social, au déplacement en vue d'une hospitalisation sous contrainte ou non. Quelle position peut prendre une

EMPP dans ce large spectre d'actions ?

- Organiser des groupes d'échanges ou de parole, certes, mais pour en faire quoi : démystifier la psychiatrie ? Proposer des soins sauvages hors cadre ?

- Animer des ateliers thérapeutiques n'est pas aisé et peu d'équipes ont pu développer cette activité car cela implique un investissement au-delà d'un temps supposé « pré-thérapeutique » ou préparant la thérapeutique, et implique donc des moyens supplémentaires.

Les missions en direction des acteurs de première ligne apparaissent encore plus difficiles à évaluer

- Les formations, d'une façon générale, ont des critères d'évaluation sur la qualité de l'intervention ; mais comment déterminer la qualité d'une sensibilisation à la souffrance psychique ou à la pathologie psychiatrique ? Doit-on mettre en place une formation qualifiante ?

- Les actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs favorisent le partenariat et le respect réciproque des intervenants. Mais jusqu'où échanger nos pratiques et nos savoirs ?

- Un travail en réseau à partir de situations cliniques devrait offrir aux personnes une meilleure qualité des soins ; or, dans certaines situations locales ou départementales, le réseau est constitué de personnes en « conflit de compétences ». Comment se répartir alors les actions et les missions ?

- Le soutien des équipes de première ligne soulève des questions intéressantes : s'il y a du partenariat, comment un partenaire peut-il être superviseur de l'autre au-delà des informations, des conseils et des échanges ?

Enfin la fonction d'interface entre les équipes de secteur psychiatrique et les structures sanitaires, sociales ou médico-sociales renvoie à l'évaluation du travail de réseau

Comment évaluer une prise en charge coordonnée ? Une des réponses passe par la formalisa-



tion des actions menées. Il est bien mentionné, dans la circulaire¹ de cadrage des actions des EMPP, qu'un accord préalable de tous les acteurs doit être obtenu sur les modalités d'intervention. Comment travailler en réseau si ces mêmes acteurs ne sont pas d'accord sur les tenants et aboutissants de leurs actions ? Quel minimum de « portage » des EMPP doit être garanti par l'établissement de rattachement ? Quelle coordination médicale au sein des EMPP ? Comment peut-on encourager la mise en place de référents psychiatrie-précarité dans les secteurs psychiatriques ? Dans quelle démarche de qualité s'engage l'établissement porteur en élaborant des protocoles d'interventions ? In fine, une équipe ne peut se déployer seule sans le soutien de l'établissement de rattachement.

Ainsi dressé, le tableau des possibles évaluables doit se compléter d'une approche moins intuitive. Feu l'ANAES et aujourd'hui la Haute Autorité de Santé peuvent nous inspirer par les critères retenus dans le cadre de l'évaluation des réseaux, car il s'agit bien d'une pratique de réseau.

- Evaluer les objectifs : les actions menées sont-elles pertinentes ? Les objectifs opérationnels demeurent les plus faciles à déli-

Evaluation(s) ? (suite)

² La première expérience pionnière date de 1994 (CHS Charcot). Les EMPP se sont surtout développés après la circulaire du 23 novembre 2005 qui donne un cadre aux équipes et est assortie de moyens financiers (NDLR).

miter. Cependant, la simple collecte du nombre de personnes rencontrées et aidées soulève la question du choix des critères d'inclusion dans les missions : « les personnes en grande précarité et en exclusion » ouvrent toutes formes d'interprétations, avec en corollaire restriction de leurs actions aux plus exclus (personnes à la rue ou en errance, sans domicile, hébergés, ...) ; élargissement du recrutement aux personnes bénéficiant d'un domicile mais en situation très précaire (pré-expulsions, « diogénisations », « sans-papiers », ...). Les différentes EMPP ne rencontrent pas les mêmes types de situations. Ceci n'est pas à critiquer. Il s'agit d'un constat et qui dépend en partie des sollicitations locales (villes de passages ou frontalières, non mobilisation des secteurs psychiatriques ou, au contraire, investissement dans le domaine de la grande précarité, ...).



D'autres objectifs semblent pointer, mais là, insufflés, promus, poussés par d'autres forces que celles de l'EMPP : « Nettoyez les rues » ou « Tous en HO ». L'injonction est plus subtile : « Il faut être catatonique pour rester à mendier, à genoux, toute une journée ... ».

Ainsi la réalité n'est pas tant de mettre au point un logiciel commun permettant de collecter les actes auprès des personnes ainsi que les actions dans la communauté, mais de s'interroger sur la population aidée.

- Evaluer la qualité et les résultats des actions menées. Autrement dit, savoir si l'EMPP permet de développer des actions aux résultats au moins égaux à ceux obtenus si elle n'existait pas. C'est le moins... Par contre, et c'est probablement l'un de ses intérêts, une EMPP peut élaborer, proposer, développer des actions intersectorielles, voire inter-établissements, et de là analyser les trajectoires de soins et leurs modifications au cours des années d'actions : pour exemple telle population en précarité va progressivement déplacer ses modes d'entrée dans les soins (soins contraints vers soins consentis, urgences vers rencontres programmées, ...). Plus qu'une recherche de GHM (Groupes Homogènes de Malades) apparaissent, à la lueur d'éclairages d'actions, des GHPEC (Groupes Homogènes de Prise En Charge). Des modalités de prise en charge différentes sont repérées pour accéder aux soins : une ou plusieurs rencontres, des rencontres aléatoires ou programmées, la nécessité d'accompagnements, ... Ces modalités ne semblent pas « diagnostic-dépendantes ».

Rien de bien spécifique par rapport à un travail classique, à ceci près qu'il faut déjà le montrer et le démontrer, ce qui n'était pas évident au regard d'une population fort différente de celle vers laquelle se tournent les secteurs.

- Evaluer la satisfaction de la population que nous sommes supposés aider. Recueillir leur point de vue est une question d'éthique : compétence des personnes, respect de leur autonomie, « justesse » des actions, perception de notre supposée « bienveillance »...

- Evaluer l'apport spécifique d'une EMPP. Ne s'agit-il pas seulement de qualité des pratiques individuelles ou d'actions tenant à une personne et non à une modalité de fonctionnement ? Il est urgent de développer des outils communs non « person-

nes-dépendants ». Sans tomber dans le diktat de procédures ou protocoles, quelques équipes tentent de démontrer que l'accès au soin n'aurait pu s'effectuer sans elle.

- Evaluer le coût. Question qui fâche que celle de l'efficacité... Bien sûr, rien n'est plus cher que la santé ; bien sûr, la santé ne peut être soumise à contrôle comptable... Une fois cela dit, organiser une permanence en CHRS, parce qu'une circulaire propose ce dispositif, sans pour autant en évaluer le coût par rapport à l'efficacité, est discutable.

- Evaluer les effets indirects, positifs ou négatifs, induits. L'impact d'une EMPP peut s'analyser sur plusieurs niveaux : sur l'établissement (décloisonnement ou renforcement des cloisons des pratiques, réappropriation de la mission par les secteurs ou, au contraire, défausse sur les EMPP, modification des modalités de prise en charge avant et après la mise en place d'une EMPP, ...) ; au-delà de l'établissement (repérage et connaissance des partenaires, discours stables, permanence de liens professionnels, visibilité, lisibilité, réactivité, interopérabilité des réseaux, interface opérant...).

D'autres sujets d'impact restent à évaluer : les formations, sensibilisations et informations sur la souffrance psychique et la pathologie mentale en situation de précarité ont modifié le regard des personnes dans les structures, à tel point que ces personnes semblent mieux acceptées. Encore faut-il dépasser l'impression...

En conclusion, plutôt que de ne pas évaluer ou d'évaluer en supposant que l'on en tirera quelque chose, il serait opportun, 15 ans après la mise en place des EMPP², que nous nous engagions dans la recherche afin de proposer des critères d'évaluation de nos pratiques avant que ceux qui ne cherchent pas nous trouvent quelque chose, probablement en décalage avec nos pratiques. ■