

Bulletin national santé mentale et précarité

Mesurer... les effets de l'évaluation

édito

Jean FURTOS
Christian LAVAL



Sujet complexe et polémique, l'évaluation des politiques publiques a fait son entrée dans la constitution par la loi de modernisation des institutions de la Cinquième République en date du 23 juillet 2008. Michel Rocard avait personnellement impulsé une telle évaluation, il y a déjà 20 ans, dans un objectif de débat démocratique. Lancée depuis fin 2007, la révision générale des politiques publiques (RGPP) souhaitait s'appuyer sur un questionnement rigoureux : « Que faisons-nous ? », « Qu'elles sont les besoins et les attentes collectives ? », « Qui doit le faire ? », « Faut-il envisager des scénarios de transformation ? », « Comment faire mieux et moins cher ? ». Compte tenu d'une emprise croissante de l'économie, seule la dernière question est restée au centre de la démarche, perdant au passage le temps de s'interroger réellement sur les objectifs, le sens et les priorités de l'action publique.

L'objectif de ce numéro n'est évidemment pas d'être pour ou contre l'évaluation, mais de la prendre pour ce qu'elle est, et de présenter ses effets à partir des modalités de ses pratiques : *non pas évaluer l'évaluation, mais ses effets*.

Dans ce numéro, on trouvera des praticiens de terrain, des chercheurs et des responsables de structures qui souhaitent continuer de jouer honnêtement le jeu de l'évaluation, par intérêt d'un retour sur le travail, mais aussi par intérêt financier dans le cadre de budgets de moins en moins pérennes ; et ce aussi bien en psychiatrie qu'en santé mentale.

Mais on trouvera aussi un certain nombre de réflexions critiques : pourquoi ? Parce que les référentiels supposés être respectés ne touchent souvent pas le cœur des pratiques, mais se présentent comme « une apparence de conformité » à atteindre, lors de la visite des experts notamment. Quant à la manière de faire, il faut dire qu'elle est davantage sur le registre de l'infantilisation que dans une saine confrontation autour d'un examen des pratiques et des résultats attendus.

Sur le plan épistémologique, la mesure peut conduire à négliger ce que l'on ne peut mesurer, au risque d'un court termisme qui dément l'idée même du futur, avec en filigrane la précarité de l'Hôpital Public, alors que celui-ci tend pathétiquement à s'ajuster de plus en plus aux normes !

Il s'en suit, et cela est un effet majeur, *une démobilitation des personnels*, qu'ils aient cru, ou pas, aux « bienfaits » de l'évaluation, avec une précarisation des perspectives d'avenir et, au mieux, un conformisme prudent.

Pourquoi ne pas revenir aux éléments simples et constitutifs de l'évaluation ?

- une appréciation des résultats comparés aux objectifs assignés, pour ceux qui sont quantifiables,
- une opportunité pour apprécier la valeur ajoutée des expériences innovantes ou traditionnelles, dans un processus où la confiance le permet,
- une méthode participative pluri-partenaire et pluridisciplinaire qui permette de dépasser la stérile opposition des pouvoirs du politique, des professionnels et des usagers.

L'utilité de l'évaluation et ses limites méritent d'apparaître pour ce qu'elles sont, ni plus, ni moins.

DOSSIER

L'évaluation, un enjeu de pouvoir à dépasser <i>Alain LOPEZ</i>	p. 2-3	Une souffrance que l'on ne peut pas coter... <i>Gladys MONDIÈRE</i>	p. 11-12
Les fausses évidences de l'évaluation <i>Fabien DE GEUSER et Olivier SAULPIC</i>	p. 4 et 17	Le score EPICES : un nouveau score individuel de précarité <i>Claudine BASSINI</i>	p. 12
Les effets pervers d'une politique d'évaluation <i>Gilles HERREROS</i>	p. 5-6	Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale <i>Pauline RHENTER</i>	p. 13-14
Evaluation(s) ? <i>Alain MERCUEL</i>	p. 7-8	La force de proposition des praticiens <i>Sébastien NOURRY</i>	p. 15
Une évaluation à notre couleur <i>Katia AMORETTI</i>	p. 9	Cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé <i>Fernando BERTOLOTTI</i>	p. 16-17
Nécessité et intérêt d'une évaluation critique de nos organisations de soins <i>Alain GOUIFFÈS</i>	p. 10	Faut-il évaluer la dangerosité ? <i>Bruno GRAVIER</i>	p. 18-19
		ACTUALITES	p. 20

Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.orspere.fr

L'évaluation, un enjeu de pouvoir à dépasser

La mesure de la satisfaction des usagers est devenue une obligation pour les établissements de santé depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. Cette mesure est une composante importante de l'évaluation des actions de santé menées auprès des individus. L'évaluation de la satisfaction des usagers du dispositif de soins paraît naturelle. Le bénéficiaire direct de l'action menée en faveur de la santé est sans doute le mieux placé pour apprécier la qualité du résultat obtenu. Pourtant, cela fait à peine un peu plus de dix ans qu'elle est devenue systématique dans les établissements de santé en France. Il est légitime de s'interroger sur les raisons qui ont pu rendre si tardive la mise en œuvre d'une telle disposition que d'aucuns pourraient juger élémentaire.

Pour cela, il convient de s'intéresser aux objectifs poursuivis par les différents protagonistes en présence autour de cette entreprise d'évaluation désormais incontournable. Sans doute sera-t-il alors assez aisé de comprendre pourquoi cet engagement dans

ces démarches d'évaluation s'est fait à pas comptés.

L'objectif premier, affiché par tous les protagonistes concernés par ce sujet pour développer la mesure de la satisfaction des usagers, est conforme à la rhétorique habituelle abondamment avancée sur les bonnes raisons d'évaluer les actions menées en faveur de la santé. L'évaluation, pratiquée avec rigueur sur le plan méthodologique, permet d'identifier les points d'amélioration possible et donc de corriger ses pratiques de façon à en accroître sans cesse l'efficacité. Elle livre aux usagers des informations précieuses pour l'aider à s'orienter au sein du dispositif de soins en choisissant la prise en charge correspondant le mieux à ses attentes. Pas de doute sur ces sujets, l'unanimité s'impose.

Au-delà de cet objectif unanimement admis avec une sincérité incontestable chez tous ceux qui le rappellent, il est facile, cependant, de reconnaître d'autres buts poursuivis au travers de l'évaluation de la satisfaction des usagers du dispositif de soins.

Premiers protagonistes à considérer dans cette affaire, les établisse-

ments de santé. Pour un établissement de santé, pris dans un contexte concurrentiel accentué par la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la mesure de la satisfaction des usagers permet de coller au plus près aux désirs de la clientèle et donc de continuer à l'attirer. Elle permet aussi d'afficher une image positive de l'établissement utile au développement de son activité. Ce raisonnement se comprend pour un établissement de santé, comme pour tout producteur de soins considéré sous l'angle de sa dimension économique. Bien sûr, l'enthousiasme pour la pratique de telles mesures décline, en général, dès que le contexte concurrentiel fait défaut. Cela se produit quand des établissements, des services ou des professionnels sont en situation de monopole sur un territoire donné, ou quand il existe des ententes entre les différents producteurs de soins pour le partage du marché.

Cependant, cet intérêt général à développer la mesure de la satisfaction des usagers, propre à la structure, va avec d'autres objectifs, différents selon que l'on considère la direction, les médecins, les soignants non médecins.

Pour la direction d'un établissement de santé, l'évaluation de la satisfaction des usagers contient des informations utiles pour argumenter les réorganisations internes qu'elle souhaite engager.

Pour les équipes soignantes, l'évaluation de la satisfaction des usagers est utile pour faire la démonstration des insuffisances de moyens mis à leur service pour prendre en charge les patients. Elle permet aussi de mettre en valeur le rôle particulier de chacun des groupes professionnels qui composent un service soignant.

Autre protagoniste, l'autorité publique chargée de la régulation du dispositif de soins.

L'évaluation de la satisfaction des usagers du dispositif de soins



L'évaluation, un enjeu de pouvoir à dépasser (suite)



peut apporter des arguments décisifs pour faire accepter la recomposition nécessaire d'une offre de services. L'autorité publique responsable des restructurations à engager peut ajouter à ses propres analyses d'une médiocre efficacité du dispositif existant, l'appréciation d'une médiocre satisfaction exprimée par ceux qui en sont les bénéficiaires directs. L'argument peut alors apparaître comme assez décisif. Par ailleurs, dans un dispositif financé en fonction de la nature et de l'importance de l'activité réalisée, il est possible de faire l'économie de décisions de restructuration toujours difficiles à prendre. Il suffit de compter sur les réflexes des usagers bien informés qui éviteront de s'adresser aux établissements les moins performants et les obligeront ainsi à engager d'eux-mêmes les évolutions nécessaires.

Enfin, dernier protagoniste, mais pas le moindre, l'utilisateur.

Les usagers ne constituent pas un ensemble homogène, loin s'en faut. Globalement, leurs positions paraissent obéir à trois visions différentes des choses :

- un premier courant reconnaît la supériorité du savoir médical, ne le remet jamais en question. Ces usagers souhaitent cependant que les professionnels améliorent la qualité de leurs pratiques, et pour cela ils entendent opérer par une persuasion patiente. Ils refusent toute opposition frontale au monde des soignants qui leur paraît plutôt néfaste. L'évaluation doit alors être conçue comme une démarche d'amélioration continue des actions de santé, nullement destinée à mettre en difficulté les soignants mais voulue pour les aider à progresser ;

- un second courant pense surtout qu'il faut avoir la volonté d'imposer des exigences, estimant que la sécurité des soins est un impératif non négociable. Les actions de santé doivent obéir à des règles. L'évaluation doit porter sur la bonne observation de

ces règles. Elle se confond un peu avec le contrôle ;

- enfin, un troisième courant refuse une révérence excessive au savoir médical qui nie la connaissance intime de la maladie et des soins que les patients peuvent avoir. La mesure de la satisfaction des usagers est voulue alors pour construire un savoir sur les résultats des actions de santé qui fait la part belle à la subjectivité des personnes concernées par les soins.

A travers cette évaluation-là, il s'agit de constituer une appréciation des effets des soins concurrente de celle que peuvent développer par ailleurs les soignants eux-mêmes quand ils auscultent leur activité.

Les buts poursuivis par chacun de ceux qui sont concernés par l'évaluation des actions de santé sont différents et contradictoires. Dès lors l'évaluation des résultats obtenus sert de moyen pour tenter d'assurer le triomphe de sa cause. L'évaluation est aussi un moyen de contester le pouvoir de l'autre.

De tous les pouvoirs contestés, celui des soignants est celui qui manifestement est le plus visé. Leur position de savoir et leur maîtrise de l'action leur confèrent, de fait, une suprématie vécue aussi bien par les directions d'établissements, que par l'autorité publique en charge de la régulation, que par les usagers, comme un obstacle à la prise en compte de leurs intérêts respectifs. Les soignants ont parfaitement compris que les alliances peuvent se faire contre la position qu'ils occupent. Ils redoutent alors que leur conception de la maladie et des soins finisse par avoir de la peine à s'imposer. Ils craignent de devenir instrumentalisés au service d'intérêts qui leur sont étrangers.

Ainsi, le développement de l'évaluation des actions de santé, ne saurait se lire au regard du seul objectif d'amélioration de l'efficacité des décisions prises et de leur

mise en œuvre, de la seule nécessité d'observer une exigence éthique ou démocratique. Ce développement cherche aussi à satisfaire d'autres objectifs, qu'il faut savoir reconnaître, car c'est leur insatisfaction qui peut lui faire le plus sûrement obstacle.

Derrière toute évaluation il y a un pouvoir qui se sent menacé. Et si l'évaluation des actions de santé est encore peu développée, c'est certainement parce qu'elle risque de compromettre aux yeux des soignants une suprématie qui seule, à leurs yeux, leur assure que les décisions prises seront conformes aux exigences de la science médicale. Cette raison-là est plus forte que les motifs méthodologiques le plus souvent mis en avant pour repousser les évaluations proposées.

Si nous avons la conviction que le développement de l'évaluation est indispensable pour améliorer nos actions de santé, il nous faut analyser les questions de pouvoir qui sont en jeu. Car cette analyse servira à comprendre les obstacles susceptibles de se dresser devant le développement de l'évaluation et surtout nous aidera à identifier les approches permettant de dépasser la simple confrontation des différents.

Plutôt que nier la réalité de ces conflits de pouvoir, plutôt que les déplorer, il serait plus sage de les comprendre, afin ensuite de trouver le chemin permettant de satisfaire une pluralité d'intérêts portés par les différents protagonistes concernés par le dispositif de santé. Si l'évaluation est une arme au service de la controverse, alors nombreux seront ceux qui s'ingénieront à l'édulcorer, l'empêcher, ou la rendre sans effet. Si elle est un moyen de forger un nouvel équilibre entre des intérêts différents et reconnus dans leurs différences, alors elle peut être un moyen de progresser collectivement. ■

Les fausses évidences de l'évaluation

L'évaluation est au cœur des discours et des pratiques dans tous les secteurs de la société. Elle est souvent associée à la notion de résultat et/ou de performance. Il n'est pas toujours facile de savoir ce que cette idée recouvre en pratique, ni sur quels principes elle repose. De plus, elle part du postulat qu'évaluer l'atteinte d'objectifs augmente toujours les chances d'atteindre ces objectifs. Ce postulat est, même s'il paraît aller de soi au premier abord, très discuté et discutable. En outre, l'évaluation peut prendre des modalités variées (formelles, rigoureuses, subjectives, discrétionnaires,...). Négliger ces variétés de formes, de pratiques et de postulat peut conduire à appliquer sans précaution des solutions simplistes et potentiellement dangereuses.

Fabien DE GEUSER et Olivier SAULPIC,
Professeurs de contrôle de gestion à ESCP-EAP, Paris.

Les justifications de l'évaluation sont diverses : il semble légitime d'évaluer l'utilisation que des organisations et/ou des individus font des ressources qu'on leur a confiées ; sans évaluation (des résultats) il est difficile de s'améliorer ; l'évaluation des résultats est un moteur important de la motivation des individus. On y ajoute parfois l'idée fautive que l'évaluation nécessite des indicateurs chiffrés sous-tendue par le principe qu'on ne gère bien que ce qui se mesure.

Or, ces justifications sont inexactes notamment parce que la notion d'évaluation est trop vague et se fonde sur de nombreuses confusions :

- Confusion entre indicateur et objectifs : on confond l'indicateur suivi avec l'objectif poursuivi. L'indicateur ne recouvre qu'une partie de ce dernier. Ainsi évaluer un étudiant par un examen ne mesure pas complètement son apprentissage. Par conséquent l'évaluation risque de focaliser l'attention des personnes sur des dimensions limitées de leur activité.
- Confusion entre motivation intrinsèque et motivation extrinsèque : la motivation qui serait engendrée par une évaluation sur les résultats peut aller à l'encontre de celle liée au travail lui-même,

dite motivation intrinsèque (celle fondée sur le plaisir de l'activité). De même, l'évaluation fondée sur des classements peut conduire à se dépasser mais aussi à une trop grande insécurité, voire à un sentiment d'iniquité qui nuit à la motivation. Enfin, si l'évaluation peut favoriser l'apprentissage, elle n'est pas toujours nécessaire : on peut apprécier ses progrès sans évaluation externe.

- Confusion entre les finalités de l'évaluation : les systèmes concrets d'évaluations permettent difficilement d'atteindre simultanément les objectifs d'apprentissage collectif et de motivation. Par exemple, en comparant les résultats de deux entités, on souhaite réfléchir à la façon d'améliorer l'efficacité de ces deux entités. Mais comment faire en sorte d'éviter de comparer la performance des responsables des deux entités et donc de les juger, ce qui nuira à l'échange d'information en vue d'une amélioration du fonctionnement global de ces entités ?

- Confusion entre évaluation et mesure : ces discours font le postulat que pour évaluer, il faut mesurer, laissant de côté toute forme autre d'opinion rigoureuse comme le jugement d'expert. Or, il est possible d'évaluer sans mesurer et ce qui ne se mesure pas peut se gérer. En outre, la mesure peut conduire à négliger ce que l'on ne peut pas mesurer.

- Confusion entre évaluation des activités et évaluation des individus : il peut être important de connaître la performance d'une activité (par exemple pour savoir comment allouer les ressources entre les activités), mais celle-ci peut comporter des éléments non contrôlables par le responsable de l'activité. Autrement dit, la performance de l'activité peut être mauvaise sans que celle de son responsable le soit et réciproquement, mais la différence est trop rarement faite.

- Confusion entre résultat passé et capacité à engendrer du résultat futur : les pratiques d'évaluation se fondent souvent sur l'idée que la performance réalisée est un bon prédicteur des capacités de la personne évaluée et qu'avoir été

efficace implique qu'on le sera toujours. Or ce mode d'évaluation peut faire courir le risque du court-termisme et de la maximisation du résultat immédiat au détriment du futur.

- Confusion entre mesure de la performance et utilisation de la mesure de la performance : il est aussi important de définir comment mesurer la performance que comment utiliser cette mesure (quand, par qui, pour mettre en place des systèmes de sanction / récompense ou non...).

Or ces confusions ne sont en général pas évoquées et masquées par un discours uniformisateur, mettant en avant une « culture de l'évaluation » homogène et universelle, renforcé par la volonté de nombreux dirigeants d'imposer rapidement leur marque à travers un volontarisme qui trouve un support dans ces affirmations faciles concernant le lien automatique entre évaluation et efficacité. Cela conduit à la diffusion de solutions « clé en mains » qui n'existent en fait pas, mais sont les seules qui puissent faire l'objet de démarche marketing et renforcer rapidement la légitimité de ces dirigeants.

Pourtant les observations montrent que les effets des différentes pratiques qui peuvent être reliées à l'évaluation sont contrastés. D'un point de vue économique et organisationnel, ces pratiques peuvent favoriser l'alignement des actions de chacun sur des priorités communes, mais elles peuvent aussi nuire à la prise de risque et à l'innovation, ou poser des problèmes de coordination entre entités. En ce qui concerne les personnes, ces pratiques peuvent avoir des effets positifs sur la motivation, mais elles induisent aussi des risques de démotivation, et sont parfois au cœur de nouvelles formes de souffrance au travail. Elles induisent en particulier un sentiment de précarité lié à la fragilité des personnes, toujours en situation d'évaluation. Ne pas atteindre son but devient une préoccupation permanente et fait alors courir le risque du développement de

Les effets pervers d'une politique d'évaluation

Avec les quelques lignes qui suivent, nous voudrions suggérer que la notion d'effets pervers peut avoir quelques vertus heuristiques lorsqu'elle est mobilisée dans la perspective de comprendre les effets possibles des pratiques d'évaluation. Cette notion fut largement développée dans le champ des sciences économiques et sociales et reprise notamment par R. Boudon qui voulait désigner, avec elle, le résultat des actions conduites par les agents sociaux qui, tous en interdépendance les uns avec les autres, finissent par fabriquer collectivement ce qu'individuellement personne n'a souhaité.

Gilles HERREROS,
Professeur de Sociologie,
Université Lyon 2

Bibliographie :

Boudon R., *Effets pervers et ordre social*, Paris, Puf, 1977.

Callon M., P. Lascoumes, Y. Barthes, *Agir dans un monde incertain, essai sur la démocratie technique*, Paris, le Seuil, 2001.

Ainsi, pour nous en tenir au plus simple, les estivaliers qui se ruent tous au même moment, au volant de leur voiture, en direction du Sud de la France pour débiter au plus vite leurs vacances, provoquent-ils de gigantesques bouillons qui, bien qu'honnis par chacun n'en restent pas moins fabriqués par tous. Ce raisonnement qui suggère de comprendre l'action sociale collective comme un agrégat plutôt aléatoire, permet de rendre compte en quoi le recours systématique, au nom de la rationalité de la mesure, à l'évaluation des actions engendre fréquemment tout autre chose que ce que ladite évaluation était supposée provoquer. Pour asseoir notre propos, nous prendrons l'illustration de l'évaluation des

démarches qualité à l'hôpital. Mais avant tout qu'entend-on par évaluation ?

Littéralement, l'évaluation désigne une opération au moyen de laquelle on affecte de la valeur à une entité quelconque. Un objet, une personne, un processus, une situation peuvent donc se trouver ainsi appréciés du strict point de vue de la valeur qu'on leur accorde. L'opération est, en apparence d'une infinie banalité et peut même être considérée comme permanente. Chaque fois qu'une décision consciente est prise, on retrouve un processus d'évaluation à la base. Je décide de traverser une rue après avoir, d'un rapide coup d'œil (évaluateur) apprécié la faisabilité de « l'aventure » ; j'opte pour réaliser mes courses à tel endroit plutôt qu'à tel autre à partir de considérations (évaluatrices) sur les vertus comparées des commerces en question... Bref, au fondement de la décision consciente se trouve une opération qui s'apparente à un processus d'évaluation, laquelle se trouve, du coup, considérée comme concomitante de toute forme de choix. Rien de plus banal et quotidien, donc, qu'un processus d'évaluation ! Pourtant et a minima, trois questions élémentaires se trouvent posées par ledit processus : comment est circonscrite l'entité susceptible d'être évaluée, qui sera l'évaluateur, quels sont les étalons de mesure retenus ? Avec ce questionnement, l'évaluation, entendue comme opération banale mobilisée en continu et en toute situation, cesse de faire évidence. A ne pas interroger les trois niveaux suggérés, les effets de l'évaluation peuvent devenir éminemment surprenants, inattendus... effets pervers. Examinons rapidement les trois interrogations.

Évaluer une pratique ou le résultat de celle-ci, suppose que l'on ait d'abord circonscrit précisément ce qu'elle est, c'est-à-dire ce que recouvre sa surface de déploiement -son commence-

ment, sa largeur, son épaisseur... sa fin. Si dans le champ arithmétique on voit bien comment procéder (au moyen d'une soustraction, d'une multiplication, d'une division ou d'une addition) pour dégager un résultat et le circonscire à une entité chiffrée, dans le champ social la démarche est plus délicate. La caractéristique des pratiques sociales c'est l'intrication, l'interdépendance de différentes entités, l'interaction entre les membres. Qui peut dire où commence le soin dans un établissement hospitalier ? Se résume-t-il à la parole et aux gestes du médecin, est-il attaché plus largement aux activités des soignants, relève-t-il d'une chaîne qui englobe l'administratif ? Tronçonner les activités pour les isoler relève d'un artifice. Ainsi un médecin qui réalise peu d'actes est-il victime de sa médiocre compétence, dépend-il de l'attractivité plus générale de son établissement au regard de ce qu'est l'offre de soin d'un territoire, des taux de remboursement pratiqués par la sécurité sociale sur son segment d'activité ? Comment dégager sa pratique des innombrables attachements sociaux auxquels elle est liée ?

Qui peut évaluer la pratique d'autrui ? « Des experts évidemment ! », répondront les tenants de l'évaluation ! Mais de quels experts parle-t-on. De ceux qui, tous domaines confondus, passent leur temps le nez collé sur la vitre et qui n'ont jamais rien vu arriver : ni la chute du mur de Berlin, ni l'explosion de l'Union Soviétique, ni le réchauffement de la planète, ni l'explosion de la bulle financière, ni la crise économique qui en découle... et qui chantant les louanges de l'évaluation ne verront peut-être pas mieux arriver la mort de l'hôpital public ? Remise en cause, l'expertise savante peut-elle s'accommoder de l'expertise profane et, dans cette hypothèse, comment la rencontre de ces deux visages de l'expertise (dans ce que Callon nomme l'expertise hybride) peut-elle se décliner à l'hôpital ? Les



Les effets pervers d'une politique d'évaluation (suite)

démarches d'autoévaluation sou- mises au jugement ultime d'ex- perts, tiers-visiteurs, immanqua- blement perçus comme tiers- censeurs, constituent-elles un modèle acceptable ?

Il n'y a pas d'évaluation sans réfé- rentiel. Celui-ci constitue une grammaire en actes des étalons de la valeur. Comment celui-ci est-il constitué ? Pour apprécier une marchandise, un certain nombre de repères simples sont possibles : quels sont les éléments qui la composent, quels sont ses usages possibles, quelle est la durabilité du produit, quels sont ses coûts de fabrication et son prix de vente, quelle est la structure concurrentielle du marché ? Pour la santé peut-on procéder ainsi ? Peut-on se satisfaire de ce que les tayloriens endurcis continuent de suggérer pour apprécier toute forme d'activité professionnelle, à savoir « la mesure des temps et des mouvements », pour apaiser une angoisse, une souffrance, pour accompagner un malade en fin de vie ? La norme, le guide de bonne pratique, entendus comme référentiels, peuvent pousser à une conception marchandisée du soin. N'y a-t-il pas d'autres horizons possibles ?

Ces quelques remarques généra- les ont été éprouvées au cours d'une recherche réalisée entre 2003 et 2006 ; elle portait sur la mise en œuvre des processus quali- té au sein de l'hôpital public en France. Quelques-uns des cons- tats dressés alors peuvent être rappelés.

Les conséquences de l'évaluation de la qualité à l'hôpital ne sont sans doute pas que négatives, ayant au moins le mérite de conduire chacun à interroger sa pratique. Cela étant, ce sont quelques-uns des effets pervers repérés que nous voudrions poin- ter ici.

Le premier concerne ce que nous nommons « le comme si ». La qualité, au travers des référentiels et autres normes qui sont suppo- sés servir de points de repères,

apparaît le plus souvent comme une sorte de conformité à attein- dre. Tout sera donc mis en œuvre pour que (lors de la visite des experts notamment) l'apparence de cette conformité puisse être affichée. Peu importe l'artificia- lité de la situation ; les visiteurs trouveront ce qu'ils étaient venus chercher ! Lorsqu'ils seront partis « la vie reprendra son cours ». Ce faire « comme si », que l'on ren- contre de haut en bas de la pyra- mide hiérarchique, des équipes de direction aux brancardiers et per- sonnels de nettoyage en passant par les médecins, les soignants, a pour conséquence un second effet pervers : la démobilité. Les personnels constatant qu'une appréciation positive peut avoir été portée sur une situation large- ment perfectible à leurs propres yeux, sont conduits à décrédibili- ser non seulement le processus d'é- valuation mais aussi l'entité évaluée (ici la qualité). En effet, les illu- strations sont nombreuses où l'on voit les soignants déplorer l'insuffi- sance de la prestation qu'ils sont amenés à offrir (en raison d'un manque de moyens, de temps, d'un défaut organisationnel...), alors que celle-ci a pu se trouver évaluée positivement par ailleurs. Dans ce cas de figure, la circonspection, la déception, voire l'ironie dominant et engendrent de la démobilité.

Le troisième effet pervers est lié au sentiment d'injustice et de non reconnaissance. Ainsi, des person- nels peuvent s'être considérable- ment investis dans une réflexion sur leurs pratiques dans la per- spective de l'évaluation à venir. Si, le moment venu, cette dernière donne l'impression d'être accom- plie sommairement « au pas de course » (par des évaluateurs eux-mêmes préoccupés de finir leur travail dans les temps), alors le sentiment de n'avoir pas été pris au sérieux, reconnu, domine. L'évaluation apparaît alors comme un rituel plus ou moins « fétichisé » dont il ne faut rien attendre et qui, dans tous les cas, ne rend justice de rien.

À ces quelques effets pervers que peut engendrer l'évaluation (de la qualité), nous pourrions encore en ajouter bien d'autres : l'infantilisa- tion et le déficit de confiance que provoque une appréciation vécue comme une forme de contrôle, la dislocation du collectif de travail lorsque l'évaluation fait apparaître des disparités d'appréciation jugées infondées... Arrêtons-là l'inven- taire ! La « novlangue » qui fait du mot d'évaluation (avec quelques autres comme efficacité, performance, pôle, réseau, projet, qualité, gouvernance...) un des piliers « du nouvel esprit du capi- talisme » et un des incontournables principes d'une « gestion rationnelle moderne » (qu'est sup- posée incarner, par exemple, la Révision Générale des Politiques Publiques) mérite d'être interro- gée de façon critique. Une piste nous paraît sérieuse : dans ses for- mes, dans ce qu'elle véhicule, pour ce qu'elle engendre, la ques- tion de l'évaluation mérite d'être sortie d'entre les mains des seuls experts, pour donner lieu à des controverses au sein desquelles le point de vue des profanes, c'est-à- dire de ceux qui vont être évalués, est essentiel. C'est sans doute un bon moyen pour limiter les effets pervers de toute évaluation. ■



Bibliographie :

Herreros G, Milly B.
« les voies de la qualité à l'hôpital », Rapport de recherche, Haute Autorité de Santé/Irco/Modys, Université Lyon 2, 2006.

Boltanski L., Chiapello E.,
Le nouvel esprit du capita- lisme, Paris, Gallimard, 1999.

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 évaluable 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. ■

Une évaluation à notre couleur

Katia AMORETTI,

Infirmière coordinatrice,
Equipe Mobile
Psychiatrie-Précarité
(EMPP), Nord-Isère.

L'EMPP, l'équipe mobile de psychiatrie et précarité du Nord-Isère a été mise en place au 1^{er} janvier 2008. Rattachée au centre psychothérapique du Vion, c'est une unité fonctionnelle intersectorielle. Financée par des crédits ciblés DDASS, cette équipe est issue d'une double demande :

- une demande locale émanant du Conseil local de santé mentale,
- une « commande » politique et institutionnelle par le biais de la circulaire n°2005-521 du 23 novembre 2005.

Centre Psychothérapique
du Vion, Fondation
Georges Boissel 38110
Saint Clair de la Tour.

Après un an de fonctionnement, nous avons procédé à une évaluation de notre activité, ou plutôt, des évaluations de nos activités, des appréciations ciblées et fractionnées telles les pièces d'un puzzle, une estimation du chemin parcouru et de celui restant à parcourir.

Lors de la mise en place de notre structure, nous avons été interpellés par un point commun des équipes mobiles : leur unicité. Cette unicité fait leur richesse, puisque très proche du secteur d'intervention, à la couleur locale.

Mais à l'heure de l'évaluation, cette richesse nous apparaît comme une difficulté puisque nous n'avons, à ce moment, aucun référentiel auquel se reporter. Il nous fallait donc construire des critères d'évaluation spécifiques pour une pratique qui l'est tout autant, à notre couleur en quelque sorte.

Nous avons, pour ce faire, utilisé plusieurs outils :

- le DIM, outil à notre disposition afin d'évaluer les actions auprès des personnes. Nous avons été très vite confrontés à ses limites et manques, les chiffres obtenus étant difficilement exploitables et semblant loin de la réalité de notre activité. Il nous semble nécessaire de créer des modalités de recueil de données prenant en compte la spécificité des actions menées, mais aussi celle du public concerné. Sans réinventer, il suffit peut être tout simplement d'assouplir le dispositif actuel.

- une grille de recueil des actions de et en réseaux. Une estimation qualitative et quantitative du travail auprès des professionnels, autour de l'utilisateur et dans la communauté. Plus proche de notre réalité de fonctionnement, cet « état des lieux » a pu mettre en avant des points importants de notre travail.

- un questionnaire élaboré avec l'aide de la responsable qualité de notre institution, destiné aux professionnels des institutions partenaires. Nous souhaitons recueillir les perceptions, les attentes, les manques et les commentaires sur les dispositifs et les modalités d'intervention actuellement mis en place par l'équipe.

- une co-évaluation des dispositifs mis en place conjointement avec les structures d'hébergements, tels les groupes de paroles.

Ces différentes « photographies », prises avec des angles différents, ont été rassemblées, croisées et remises au travail sous deux formes :

- une réunion bilan réunissant les différents membres de la direction et les médecins chefs de secteurs où l'équipe intervient, est au centre d'une volonté d'inscrire notre équipe et notre travail dans une dimension institutionnelle et intersectorielle. Il est important pour notre « jeune » équipe de pouvoir compter sur une assise, un soutien et la reconnaissance au sein de notre propre institution.

- une restitution (à venir) auprès des professionnels, sous forme de demi-journées de travail, une manière de remobiliser nos engagements réciproques, contribuer à l'élaboration d'une culture commune, et peut-être aussi, par la forme donnée à cette demi-journée, d'aborder partiellement notre troisième mission, la formation.

Evaluer est alors regarder de manière générale et particulière, soumettre nos pratiques, notre clinique au regard de l'autre. C'est ce que nous avons imaginé lors de la mise en place d'un groupe d'intervision avec nos collègues d'Interface 9ème et du

Pôle Psychiatrie Précarité de Grenoble : un travail d'élaboration clinique et de mise en commun des pratiques. Une autre forme d'évaluation que nous pourrions qualifier de continue ou conjointe.



Une évaluation aurait pu se vivre consommatrice de temps, d'énergie, inhibitrice de la créativité si elle se destinait uniquement aux organismes financeurs. Mais cette évaluation croisée nous a permis de mettre/remettre en question notre pratique, d'ajuster/réajuster notre clinique, de mettre en exergue, d'identifier, voire même de nommer les manques mais aussi les points forts des dispositifs mis en place, de notre équipe, de notre institution, et des institutions médico-sociales.

Il résulte de ce brassage une remise en mouvement, une remise en sens, en lien de ce qui fait l'essence même de notre travail. Lien et sens parfois mis à mal par la destructivité de certaines situations.

Cette évaluation nous repositionne alors du côté de la vie. ■

Nécessité et intérêt d'une évaluation critique de nos organisations de soins

Si nous n'avions pas accepté dans les années 1995-2000 d'évaluer le travail expérimental que nous menions dans un lieu social du centre ville de Rouen, l'équipe mobile psy-précarité de l'agglomération rouennaise, UMAPPP, n'aurait pas vu le jour.

Evaluer ce travail médical, psycho, infirmier, mesurer la file active, les rendez-vous et leurs modalités, dénombrer les contacts avec nos partenaires, les rencontres de formation et de soutien, établir un rapport annuel détaillé, réunir un comité de pilotage annuel très élargi a validé ce qui était au départ une expérience militante volontariste.

C'est ce qui a permis pendant cinq ans de 1999 à 2004 d'obtenir le financement de postes assuré par l'Etat via la DRASS, l'Assurance Maladie via l'ARH et le Département via le Conseil Général avant d'obtenir en 2005 la garantie d'un financement pérenne.

U.M.A.P.P.P : Unité Mobile d'Actions Psychiatriques pour Personnes Précarisées.
Adresse : 49 rue des Augustins, Rouen.

Le RRAPP est le Réseau régional haut normand.

L'UMAPPP de Rouen est né grâce au dispositif PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et au soutien convaincu de responsables des tutelles départementales et régionales. C'est par la démonstration de l'intérêt et la pertinence de ces expériences locales menées à Paris, Lyon, Lille, Marseille, Rouen... relayées au niveau national et régional dans des groupes de travail au ministère de la Santé

et de l'Action Sociale que la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie a pu paraître. En ce début 2009, près d'une centaine d'équipes mobiles de ce type existent.

La légitimité du principe de l'évaluation n'est pas contestable.

Les modalités de dépense de l'argent public, le financement de projets, le maintien d'activités doivent répondre à des justifications et critères rationnellement objectivables et partageables. Contre le laisser-faire du marché, c'est-à-dire accepter les inégalités territoriales et sociales telles qu'elles existent, autant expliciter ce qui justifie les différences de traitement.

Alors que la France serait encore le deuxième pays au monde pour le nombre de psychiatres rapporté au nombre d'habitants, comment justifier de tels écarts d'équipements dans le service public (1 à 10) et dans le privé (1 à 30), notamment entre le centre des très grandes villes et les zones sub-urbaines et rurales de nombreuses régions ?

Evaluons ce qui dépend des finances publiques. Rien n'empêchera un patient en demande d'analyse ou de psychothérapie de dépenser son argent personnel auprès du psychanalyste ou psychothérapeute de son choix. Il ne s'agit pas de mesurer le désir, la quantité de plaisir ou la pertinence de choix amoureux.

L'évaluation, c'est aussi ce que nous acceptons de mesurer face à des tiers qui nous demandent des comptes. Le non-mesurable existe, heureusement. Ce n'est pas un argument définitif pour affirmer que ce qui relève de la psy n'est pas évaluable.

Pourquoi l'évaluation ne serait-elle pas une aide éclairée à la prise

de décisions et à des choix de meilleure organisation des soins ? Comment défendre la pertinence du maintien en hospitalisation temps plein plus d'une dizaine d'années ou accepter que les délais de rendez-vous en CMP puissent être très longs ? Une réflexion soignante, avant d'être comptable, est nécessaire.

L'évaluation peut être intelligente ou non, synonyme alors de normes, standardisation, protocoles, bureaucratie bête et méchante. Ce n'est pas simple, mais elle est aussi ce que nous en faisons en étant capables de proposer des critères d'évaluation alternatifs si nécessaire. Bien sûr, il existe une logique financière de mise à mal du service public et de mise en concurrence avec le moins coûtant du privé. Bien sûr, il existe aussi une mise en question d'un ordre soignant ayant sa logique par un ordre administratif aux règles différentes. Ces tensions existent. Elles n'empêchent pas de continuer à chercher des réponses.

Au niveau régional Haut-Normand, nous avons échangé et confronté pendant de nombreuses années nos hypothèses de travail et nos projets dans des commissions d'échanges et d'évaluation avec les tutelles départementales et régionales, fourni des dossiers épais à la limite du découragement, accepté un cahier des charges contraignant. Mais c'est à ce prix que nous avons réussi à obtenir un financement du Réseau Régional Psy Précarité. Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FICQS), par le biais de l'URCAM et de l'ARH de Haute-Normandie, a ainsi financé pour trois ans un mi-temps de psychiatre, un mi-temps de cadre et un quart-temps de secrétaire pour soutenir et développer ce travail psy-précarité dans la région, en lien avec les 4 équipes mobiles existantes dans les territoires de santé de Dieppe, du Havre, d'Evreux et de Rouen.



Une souffrance que l'on ne peut pas coter...

Travailler cette question de l'évaluation ne va pas de soi, pour une psychologue notamment. Serait-ce parce qu'elle imprègne trop notre quotidien? Serait-ce parce qu'elle nous renvoie à une position infantile : les notes, l'école ? Réminiscence d'appréciation, à côté de la note, le commentaire : travail sérieux, insuffisant... Ainsi, de la note à la valeur, il n'y a qu'un pas ! L'arrivée de l'évaluation en psychiatrie est immédiatement vilipendée par presque l'ensemble de la profession arguant que l'évaluation se doit d'être qualitative (comment évaluer le travail psychique, la souffrance psychique) et non seulement quantitative. Si seulement l'argument ne valait pas aussi pour la MCO¹

Plusieurs types de postures ont été adoptées : l'opposition, n'en pas vouloir ni en entendre parler, au nom de la spécificité psychiatrique ; très peu se sont enthousiasmés d'emblée pour les PMSI, RIM-P, VAP, T2A²... Certains ont choisi « pour voir », se renseigner, savoir de quoi il retourne, comprendre.

La valorisation de l'activité en MCO s'effectue depuis 1991 à l'aide du PMSI, la tarification à l'activité en 2003 ; il s'agit ainsi de rétablir les budgets des hôpitaux en fonction de l'activité médicale, sorte de « travailler plus pour gagner plus » ! Pour la psychiatrie, l'obligation de mise en place du RIM-P pour tous les établissements ayant une activité psychiatrique est légiférée en 2007. Finalement, même « pour voir », nous devenons des obligés.

Ainsi, dans le cadre du RIM-P, il s'agit pour chaque acte effectué auprès d'un usager de la psychiatrie de coder le trouble présenté selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) la raison pour laquelle le professionnel de santé intervient.

Considérées comme a-théoriques, les classifications ne ren-

voient cependant pas aux mêmes champs conceptuels que le triptyque freudien (Névrose, Psychose, Perversion). Aussi, coder selon une classification aussi internationale soit-elle, c'est s'inscrire dans un champ théorique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, qui publie la CIM 10, la santé se définit comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Comment ne jamais être triste, anxieux, endeuillé ? Vouloir rencontrer un professionnel des mots, de la relation et être accompagné dans cette souffrance nous fait rentrer dans des cases inattendues de classification internationale.

Par ailleurs, pour les professionnels, les écueils de tels relevés sont majeurs : la comparaison (de différents services, établissements, professionnels), la volonté de rentabilité (à tel diagnostic est associé un nombre d'actes professionnels), l'exclusion du champ de la santé d'une souffrance que l'on ne peut coter (accompagnement psychologique dans le cadre d'un deuil). J'ai appris récemment que tel chef de service commençait sa réunion mensuelle avec les psychologues de son service en leur livrant leur RIM-P du mois, laissant à penser que celui qui fait le plus de consultations travaille, comment dire, plus...mieux ?

Si vraisemblablement les troubles somatiques peuvent grosso modo bien répondre à ces classifications et à ces codages, qu'en est-il des troubles psychiques ? S'agit-il de recenser ce qui est du ressort strict de la psychiatrie et d'éliminer toute souffrance psychique de la prise en charge du système de santé ? Ces évaluations posent de réelles questions éthiques. Pour les suivis psychologiques, par exemple, qu'en est-il du critère diagnostic ? Lorsqu'un patient consulte pour une séparation, une perte de confiance en soi à l'occasion d'une impossible reprise d'emploi, que sa souffrance s'exprime par une tristesse, une anxiété dans certains actes de la vie quotidienne, voire une prise d'alcool, mais qu'elle s'intrique à son histoire, à des événements de vie antérieurs, à sa manière de fonctionner psychiquement, de se défendre, comment coder ? Ainsi qu'il est précisé dans les manuels, il s'agit de coder la raison qui mobilise les soins : du symptôme (R...), au diagnostic (F...), aux difficultés environnementales (Z...). Comment ne pas comprendre qu'à terme ce qui n'est pas du ressort strict de la psychiatrie (F...) ne pourra plus être pris en charge par le système de santé ? Ainsi, au moment de coder doit-on penser financièrement santé, adéquation du codage ou crainte de la stigmatisation ? Aux confins de ces questions, le professionnel se trouve dans une impasse : s'il n'est pas codé, l'entretien n'existe pas en terme de soin apporté au patient ! Quand l'évaluation prend place de système de valeurs théoriques, professionnelles...

L'accréditation n'obtient guère plus d'agrément en psychiatrie. La qualité du soin apparaît intrinsèquement liée à la satisfaction de l'utilisateur. Sans abuser du concept du manque en psychanalyse, qu'en est-il de ce qui peut advenir du sujet, de son désir, de ce avec quoi nous travaillons inmanquablement, si la réponse apportée empêche l'émergence du manque ? De fait, nous devons en convenir, en psychiatrie, la satisfaction de l'utilisateur, essentielle évidemment, ne peut se transformer en norme. A l'aube d'une société sans risque, l'accréditation se présente comme un outil de choix : établir des protocoles, les référencer comme normes de soins, sous-entend que ne pas les respecter c'est potentiellement courir un risque. D'un autre côté, le dispositif d'accréditation entretient l'illusion d'un soin idéal, sans risque.

La certification apparaît comme une procédure qui sert à faire

Gladys MONDIÈRE,
Psychologue clinicienne,
EPSM Lille Métropole.

¹ MCO : Médecine
Chirurgie Obstétrique

² . PMSI : Programme
Médicalisé du Système
d'Information
. RIMP-P : Recueil
d'Information
Médicalisée - Psychiatrie
. VAP : Valorisation de
l'Activité Psychiatrique
. T2A : Tarification à
l'activité



Une souffrance que l'on ne peut pas coter.. (suite)

valider la conformité d'un système qualité à des normes (iso...). Ce n'est vraisemblablement pas un hasard si c'est la question de la demande, concept éminemment complexe en psychiatrie, qui a été retenue comme critère de certification ! Participer aux réflexions concernant l'accueil, la prise en charge des nouvelles demandes en CMP apparaît comme une gageure pour l'amélioration de la réponse donnée aux usagers. Les services de psychiatrie savent qu'ils pèchent parfois dans cette

réponse à l'urgence difficile à évaluer. Le délai de réponse devient une mesure : répondre vite c'est répondre mieux ! Au-delà de l'urgence qui se doit d'être prise en charge dans la journée, comment évaluer la réponse plus tardive qui prend en compte le choix de l'usager à rencontrer tel professionnel, en dehors de ses heures de travail, quitte à surseoir au rendez-vous et qu'ainsi il serait plus satisfait, en quelque sorte ?

Évidemment, participer à ces travaux de réflexions permet aux

équipes de travailler institutionnellement sur leurs pratiques pour une meilleure prise en charge. A contrario, considérer ces évaluations comme unité de valeur annihile le sujet dans sa substance, son désir. De fait, aujourd'hui, il apparaît indispensable d'aller voir pour savoir, d'être en état de vigilance afin que l'évaluation reste ce qu'elle est : une mesure à un moment donné, ni plus ni moins. ■

Le score EPICES : un nouveau score individuel de précarité¹

Claudine BASSINI,
ONSMP - ORSPERE

Suite à la publication de l'arrêté ministériel de 1992², les Centres d'examens de santé (CES), agissant pour le compte de l'Assurance Maladie, ont focalisé leur activité sur les populations en situation de précarité. Un score individuel de précarité, dénommé *EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé pour les CES)* a été construit, en prenant en compte toutes les dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle.

Le score Epices a été réalisé à l'aide d'un questionnaire socioéconomique administré dans un *échantillon de 7 208 personnes* âgées de 16 à 59 ans examinées dans 18 CES volontaires. Il a pu être calculé sur *197 389 consultants* : 97 678 hommes et 99 711 femmes dont les moyennes d'âge sont respectivement de 45,5 ans et 43,5 ans. Il a l'avantage d'être établi au niveau individuel et d'être facile à déterminer puisqu'il repose sur seulement 11 questions binaires oui/non.

Les 11 questions du score EPICES

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7. Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?
8. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

La taille importante de la population donne une grande précision aux résultats. Elle montre que le score Epices est lié de manière statistiquement significative à tous les indicateurs de position sociale, de modes de vie, d'accès aux soins et de santé. Comme pour toute étude transversale, les relations observées ne permettent pas de conclure sur l'existence de relations causales entre les variables étudiées, la précarité pouvant être la cause comme la conséquence des problèmes de santé ou de mode de vie. Des relations « score-dépendantes » peuvent systématiquement être mises en évidence pour des

items aussi différents que les tentatives de suicide, les violences intraconjugales ou le diabète. Ainsi, la comparaison de la définition socio-administrative de la précarité, essentiellement basée sur les situations de recherche d'emploi, avec la définition selon Epices, a montré que le score Epices permettait d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères socio administratifs. Ceci peut être attribué au fait que ce score intègre, de par sa construction, l'aspect multidimensionnel de la précarité.

¹ Cf. Rapport d'étude CETAF, janvier 2005, www.cetaf.asso.fr/publications/RE_precaire.pdf. (C. Sass, R. Guéguen, J-J Moulin et al.)

² Journal Officiel n° 218 du 19 septembre 1992

Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale

Pauline RHENTER,
Politologue,
Lille.

Depuis quelques années, les élus locaux investissent le champ de la santé mentale légitimement, bien au-delà de leur pouvoir d'hospitalisation d'office, dans un souci de développer une approche transversale des problématiques de santé mentale (logement, insertion, sécurité...)? : la souffrance psychosociale qui s'exprime à eux, à travers des sollicitations diverses, institutionnelles (phénomènes dits de « patate chaude ») ou habitantes, les interpellent dans leur fonction de régulation du bien vivre ensemble². Dans ce contexte, conformément aux incitations réglementaires récurrentes depuis le début des années 1970, et sous l'impulsion nouvelle de la démarche diagnostique et communautaire des ateliers santé ville depuis le début des années 2000, un certain nombre de municipalités françaises et de secteurs psychiatriques ont développé des conseils locaux de santé mentale, ou dispositifs apparentés³ conçus comme des instances de concertation et de coordination pilotées par la mairie.

Le conseil local de santé mentale, qui fonctionne la plupart du temps avec un comité de pilotage, une assemblée plénière et des groupes de travail thématiques, sur un territoire infracommunal, communal ou intercommunal, remplit une triple fonction : stratégique, car il permet la coordination interprofessionnelle et facilite la production de projets appelés à être financés; participatif car il est utile à l'identification des besoins des professionnels et des attentes des usagers; pédagogique, en visant l'information, la formation et la communication autour des grandes problématiques de santé mentale ou des initiatives locales en la matière. Afin de penser une évaluation fine, les critères retenus doivent logiquement se répartir selon les fonctions attribuées au dispositif (pédagogique, stratégique, participative).

S'agissant de l'évaluation de l'action publique, elle recouvre deux dimensions : quantitative, à l'aide d'indicateurs d'activité et de performance; qualitative, à l'aide d'un travail sur la pertinence des objectifs assignés, débouchant éventuellement à réviser les choix initiaux.

Plusieurs municipalités s'interrogent actuellement sur les effets des conseils locaux de santé mentale. Des indicateurs d'activité existent d'ores et déjà mais ils permettent moins de rendre visible l'existence d'un partenariat structuré (nombre de comptes rendus de réunions, projets en cours, outils créés, etc.) que d'interroger ses incidences concrètes. Certaines municipalités ont déjà recours à des ressources extérieures (consultants, travaux de chercheurs universitaires, observatoire régional de santé, etc.) pour produire un diagnostic local de santé, une recherche-action spécifique, une étude de faisabilité, suivre une expérimentation de réseau interprofessionnel, mais peu d'entre elles ont envisagé une évaluation globale de leur conseil local de santé mentale. D'autres ont conçu des espaces réflexifs susceptibles de « veiller » à l'adéquation entre les objectifs et les effets de tel ou tel dispositif⁴.

La liste apparaît longue des bénéfices directs et indirects des conseils locaux de santé mentale : soutien à l'implantation de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général, création de lieux d'écoute et de parole confidentiels et gratuits, formations inter-institutionnelles, multiplication des modalités d'implication des usagers dans les projets locaux, partenariat entre le secteur psychiatrique et les bailleurs pour des interventions à domicile, mise en place d'un observatoire local de la santé mentale, d'une cellule de veille « accès et maintien dans le logement », guide de recommandations éthiques, supervision interprofessionnelle et inter-institutionnelle, protocole d'action en cas de situation d'urgence psychiatrique avec refus de soins, etc.



Compte tenu des différents registres d'impact concernés, une série de clarifications s'impose. Tout d'abord, il apparaît d'emblée extrêmement délicat de produire des critères généraux d'évaluation des conseils locaux de santé mentale, en raison de leur diversité d'un territoire à l'autre. La valorisation d'une production locale de critères spécifiques semble plus pertinente et doit permettre de comparer les effets du conseil local dans le temps et non dans l'espace.

En second lieu, l'évaluation des conseils locaux de santé mentale doit être largement participative⁴, sans exclure sa contextualisation dans un ensemble de données quantitatives locales, particulièrement difficiles à établir. Ces données viennent alors en complément du contenu des discours, de professionnels et d'usagers, en l'étayant, en le nuancant ou en suscitant un approfondissement en cas de contradiction. Ainsi, l'implication des usagers et des professionnels dans la définition des priorités locales et l'évaluation de l'impact du conseil local de santé mentale est commandée par la dimension politique et démocratique de cette instance.

¹ Cf. les deux recherches-actions menées par l'ORSPERE avec le soutien de la DIV sur les élus locaux et la santé mentale. (www.orspere.fr)

² Parmi les partenariats les plus structurés, nous avons repéré les villes de Givors-Grigny, la banlieue est de Lille (Mons en Baroeul, Hellemmes, Lesquin, Ronchin, Lezennes Fâches-Thusmesnil), Grenoble, plusieurs arrondissements de Paris, Marseille, Brest, Villeurbanne, Bourgoin-Jallieu, Grasse, Nantes, Aubervilliers, plusieurs arrondissements de Lyon, Choisy-le-Roi Orly et 4 communes associées, Saint-Germain-en-Laye et 5 communes associées.

³ Le Groupe de santé mentale constitué à Pierrefitte sur Seine en 2001-2002 (puis avec Villetaneuse et Epinay) est aujourd'hui est principalement « l'évaluateur du dispositif RESAD ».

⁴ L'évaluation dite participative est coproduite par les principales parties prenantes du dispositif (décideurs, opérateurs, usagers).

Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale

(suite)

⁵ Certains acteurs paraissent régulièrement absents, comme les médecins généralistes, alors qu'ils constituent de toute évidence des acteurs clés de la santé mentale.

Le premier travail d'évaluation concerne donc avant toute chose le degré d'appropriation par les acteurs visés (visibilité et légitimité de l'instance, répercussions en interne et usage des outils créés dans le cadre du CLSM)⁵ ? Pour les usagers, le conseil peut être un espace de libre parole médiatisée par le pouvoir politique local, en direction des professionnels. Pour les professionnels, le conseil est souvent perçu comme un espace d'acculturation commune (démystification, reconnaissance et accréditation mutuelle des différentes compétences). Le conseil local de santé mentale de Givors-Grigny a notamment décrit de manière fine l'effet du conseil pour les professionnels et les personnes en souffrance : « une stratégie de défense collective contre le retentissement de la souffrance psychosociale des intervenants professionnels » qui « contribue à créer un filet de secours professionnalisé, en particulier quand les ressources familiales ou autre du sujet sont défaillantes » et le « retour sur investissement pour les institutions » en termes de capacité opérationnelle des agents, avec à l'horizon, l'amélioration du service rendu à la population.

Afin de compléter le discours expert et profane, le recours aux indicateurs classiques de l'état de santé mentale échoue à isoler l'influence du conseil local de santé mentale, d'où la nécessité de construire des indicateurs ad hoc, plus proches des objectifs opérationnels de cette instance. La difficulté réside en effet dans la recherche de la causalité et non de la concomitance de certaines variables. Par exemple, dans le secteur psychiatrique de la banlieue est de Lille, le nombre d'appartements associatifs, obtenus dans le cadre de l'association médico-psycho-sociale qui tient

lieu de conseil local de santé mentale depuis 30 ans, est directement corrélé à la baisse de la durée de séjour en hospitalisation complète. Il est indéniable qu'ailleurs, la variation du nombre et de la durée des hospitalisations tient à d'autres facteurs, y compris en présence d'un conseil local de santé mentale soucieux de la question.

Enfin, les incidences et retombées indirectes des conseils locaux de santé mentale sont nombreuses, en termes de financements (d'action de santé, de formations, de structures de prévention, de soin ou de réhabilitation) comme en matière de résolution ponctuelle de situations individuelles, notamment par la création d'espaces intermédiaires de travail sur la demande de soins. C'est l'effet « catalyseur de projets » des conseils locaux de santé mentale, susceptible d'une évaluation « déclinée » selon chacun des projets. On citera pour exemple l'impact du conseil

local de santé mentale de Bourgoin Jallieu dans le monde des bailleurs sociaux : l'OPAC 38 a ainsi créé en interne un groupe de travail « Pour une meilleure approche des personnes en souffrance psychique » ayant joué comme espace de formation pour les personnels, et la rédaction d'un guide de ressources en santé mentale à l'usage de ce bailleur. On retiendra également, parmi de multiples expériences, celle du Conseil local de santé mentale de Givors-Grigny, qui a permis de rendre visibles les difficultés de prise en charge des alcooliques puis de créer une formation en interne à l'hôpital de Montgels ouverte aux professionnels extérieurs et dans son prolongement, de faire financer la création de l'Unité d'Alcoologie de Liaison.





La force de proposition des praticiens

Sébastien NOURRY,
Psychologue clinicien,
Etablissement de
Placement Educatif et
Traitement de la Crise,
Suresnes.

Dans le cadre du partenariat entre la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le Conseil Général des Hauts-de-Seine et le Centre Hospitalier Théophile Roussel, est né, à l'automne 2005, l'Etablissement de Placement Educatif de Traitement de la Crise (EPETC). A l'issue de sa troisième année de fonctionnement, il fut demandé au service de pilotage et prospective du Conseil Général des Hauts-de-Seine d'évaluer cette structure partenariale afin d'en déterminer la pertinence. L'objectif de cette étude ? « Voir l'impact de l'EPETC sur les parcours des jeunes intégrant la structure en cas de crise ». Comment « voir l'impact » ? Que mesurer ? La mesure permet-elle de conclure ?

¹ Le pharmakos est un rite de purification largement utilisé dans la Grèce antique. Afin de combattre une calamité, un individu était choisi et traîné hors de la cité, où il était parfois mis à mort. Cette victime sacrificielle, innocente en elle-même, était censée, comme le bouc émissaire hébreu, se charger de tous les maux de la cité. Son expulsion devait permettre de purger la cité du mal qui la touchait, d'où l'ambiguïté du terme qui pouvait signifier aussi bien « remède » que « poison ».

² Audet C. et Bouchard M.A., Pour un paradigme intensif et pluraliste (quantitatif et qualitatif) dans l'étude du processus psychothérapeutique, Psychothérapies 2002/4, vol 22., p. 199-212.

L'EPETC est un établissement ayant pour fonction de constituer un recours pour les équipes des foyers (ou les familles d'accueil) en grande difficulté avec un jeune que l'exclusion définitive guette. Face au désarroi que suscitent ces situations, il s'agit de préserver une continuité de pensée éducative et clinique. L'objectif est qu'à l'issue d'un placement à l'EPETC, le jeune puisse retrouver sa place dans son foyer d'origine et poursuivre, si la chose est pertinente, sa prise en charge.

Face à la complexité de ce travail et à la singularité des situations cliniques, un item fut retenu par le comité scientifique pour l'évaluation : mesurer la stabilité dans le temps des préconisations de l'équipe clinique et éducative de l'EPETC quant à la prise en charge des jeunes qui y ont transité. Le problème ainsi posé implique cependant une lecture réductrice de l'objectif du projet : il est en effet bien différent de rendre possible le retour de l'adolescent dans son foyer et de conclure que le fait de demeurer stable ou immobile représente un critère de bonne santé psychique et sociale pour ces jeunes.

L'expérience de terrain vient évidemment questionner la pertinence de l'utilisation d'une mesure isolée du contexte. La situation de

Joann, accueilli à l'EPETC pour une période de quatre semaines, en est une bonne illustration. Le séjour de Joann dans son foyer d'origine était marqué par des détériorations quotidiennes et une agressivité importante adressée aux éducateurs. Il reproduisait sur cette scène le rôle qui lui était assigné au sein de sa famille, qui le considérait comme porteur d'une faute impardonnable, « *mal-dite* », et il mettait tout en œuvre pour être, de facto, puni et expulsé, installant toutes les conditions d'un *pharmakos*¹ sans cesse réitéré. Le travail de liaison et de pensée, mené conjointement avec l'équipe du foyer, permit de travailler la question de la culpabilité inconsciente à l'œuvre chez ce jeune et d'élaborer des pistes de compréhension pour mieux appréhender les messages énigmatiques que constituaient ses passages à l'acte, pour l'environnement du jeune comme pour lui-même. Il était fondamental que Joann puisse, un temps, être réaccueilli dans son foyer d'origine pour y terminer un travail authentique de séparation. C'est à cette condition que put s'opérer de profonds remaniements de son fonctionnement psychique et qu'il put retrouver des liens plus sains avec son groupe familial. Le retour dans son foyer a été pour Joann une étape, importante mais brève, avant un retour en famille. Analyse qualitative et mesure quantitative de stabilité du placement sont dans ce cas en contradiction.

A travers cet exemple éducatif et clinique, il ne s'agit pas d'entériner le divorce épistémologique qui existe entre les tenants de l'expérience de terrain, qui seraient des chantres du qualitatif, et les évaluateurs arithmomanes, scientifiques assis sur des certitudes quantitatives. D'ailleurs la conclusion de l'étude menée par le Conseil Général est qu'une analyse quantitative *seule* ne permet pas de rendre compte de la valeur du travail mené à l'EPETC. Alors comment déterminer la valeur et la pertinence d'un travail clinique et éducatif s'inscrivant dans un contexte de crise, crise qu'il s'agit pour nous de rendre féconde, d'en accompagner les moments mutatifs ?

En premier lieu, il semble important de nous constituer en *force de proposition*. Il nous faut proposer des outils complétant ceux de nos partenaires et travailler ensemble à une évaluation qui ne serait pas stérile et aisément instrumentalisable. Ce serait une bonne façon de mener une évaluation rigoureuse et honnête.

Tâchons d'élaborer des questionnaires qualitatifs, destinés à tous les partenaires rassemblés autour de la situation d'un jeune, interrogeant les aspirations, représentations et perceptions de chacun sur la prise en charge, dans sa diversité. Réalisons une enquête au long cours auprès des familles des jeunes accueillis dans notre structure. Interrogeons enfin les premiers concernés. Nos « incasables » n'ont-ils pas quelque chose à raconter de leur expérience ? Ces outils peuvent, j'en suis persuadé, constituer d'authentiques éléments de stimulation pour la pensée groupale. Ces données ainsi recueillies permettraient aux équipes de se saisir autrement de leurs cousines chiffrées.

L'usage de la méthode combinée (c'est-à-dire, l'analyse qualitative et quantitative des données) caractérise à présent des recherches qui évaluent, par exemple, les politiques de l'emploi, le processus psychothérapeutique², le traitement des maladies chroniques en médecine, etc.

Pour élaborer des items qualitatifs pertinents, les professionnels de terrain sont les meilleurs experts. S'ils ne doivent pas avoir peur de l'évaluation, s'en exclure et se constituer en quantités négligeables de ce processus, leurs gestionnaires et financeurs ne doivent pas non plus craindre de penser avec eux la réaliste complexité de leur action et ainsi de retrouver le véritable sens de l'évaluation, à savoir non pas seulement apprécier le bien fondé de la dépense, mais améliorer la qualité de l'outil de travail pour le rendre plus performant. ■

Cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé

Etant consultant indépendant en santé publique, j'ai pu conduire depuis plusieurs années un certain nombre de travaux d'évaluation interne et externe de réseaux de santé (notamment des réseaux ayant pour finalité la facilitation de l'accès aux soins et à la prévention des publics socialement vulnérables, la prise en charge de publics consommateurs de produits psycho actifs, et de soins palliatifs), ainsi que des missions d'accompagnement méthodologique et de formation d'acteurs engagés ou souhaitant s'engager dans cette nouvelle forme de travail.

Fernando BERTOLOTTO

*Sociologue,
Consultant en santé
publique*

L'évaluation externe des réseaux de santé est une composante de l'évaluation des politiques publiques de santé

Dans cette perspective, il semble donc indispensable que les institutions de tutelle définissent précisément ce qu'elles attendent des réseaux de santé en général et de chaque réseau thématique en particulier, afin que ces organisations puissent, à leur tour, situer leurs pratiques et rendre compte de leurs résultats de manière positive, en adhérant pleinement au projet de l'évaluation.

Il semble ici important de rappeler que le processus de développement institutionnel des réseaux de santé a plus de vingt ans, et des nombreuses évaluations ont été financées pour accompagner ce processus, au point qu'un véritable champ d'activités s'est développé, et un marché s'est constitué autour de nombreux « experts ». Cependant, les finalités de ces demandes d'évaluations, la qualité et l'usage des résultats restent souvent confidentiels, et leur intérêt difficile à apprécier dans une perspective d'évaluation des politiques publiques.

Afin de préserver la crédibilité de cette exigence, il semble indispensable de présenter clairement dans les cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé, la manière dont celle-ci sera considérée dans la perspective d'évalua-

tion des politiques de santé publique, les modes de contrôle de la qualité des prestations et les conséquences de responsabilité qu'une telle démarche entraîne pour les parties engagées dans la démarche.

L'évaluation externe des réseaux de santé ne doit pas stériliser le potentiel d'innovation et de réforme du système de santé de ces organisations, qui en constitue à mes yeux la principale valeur ajoutée de leurs contributions

Les réseaux de santé s'inscrivent dans le processus de modernisation du système de santé, en apportant une forme d'organisation nouvelle, qui opère à deux niveaux, en fonctionnant, d'une part, comme un dispositif ad hoc qui permet d'optimiser la cohérence, l'efficacité et l'efficience du système en place, et d'autre part, comme un espace d'innovation et de transformation des pratiques sociales en santé, dans lequel les acteurs : (soit les effecteurs publics et privés, les financeurs et les consommateurs/citoyens/usagers du système), reformulent concrètement les problématiques de santé publique et réinventent ensemble des stratégies nouvelles capables de répondre à la complexité des questions posées.

L'évaluation externe des réseaux de santé doit prendre en compte ces deux niveaux afin de pouvoir apprécier leur véritable « valeur ajoutée » : c'est ce qui motive et permet de donner sens à l'engagement des acteurs, sans qui le réseau n'existe pas, et sans lequel l'innovation et la modernisation du système de santé ne pourra pas être envisagée de manière positive. Or, l'expérience montre que si le premier niveau apparaît relativement clairement exposé dans les cahiers des charges, conventions et autres protocoles qui « cadrent » le financement des réseaux, force est de constater que le second niveau en est généralement peu ou mal pris en considération, et ce défaut de compréhension de ce qui se

« joue » dans les réseaux, explique les décalages qu'on constatera à l'heure de l'évaluation.

Il semble donc indispensable que les cahiers des charges d'évaluation des réseaux considèrent cette dimension, et donnent la possibilité d'intégrer dans la démarche d'évaluation un temps d'élaboration qualitative, afin de bien appréhender le sens et la portée de ce qui est produit au sein des réseaux.

L'évaluation externe des réseaux de santé doit contribuer à la promotion d'une culture de l'évaluation positive et démocratique

L'expérience montre qu'une partie des réticences (résistance) des acteurs se fonde sur l'ambiguïté des intentions des institutions qui l'exigent.

En effet, lorsqu'on évoque « l'efficience » des réseaux de santé, il semble qu'en matière d'évaluation économique de ces modes d'organisation il soit possible d'avoir une exigence particulièrement grande (que l'on ne retrouve pas toujours ailleurs dans le champ des soins pour des dispositifs moins complexes). Or, cela rentre en contradiction avec l'expérience en matière d'évaluation économique des réseaux de santé ces dernières années, qui montre la difficulté rencontrée à la réaliser, et les limites des approches utilisées essentiellement comptables (par définition cette forme d'évaluation ne considère pas les finalités des actions évaluées, mais seulement les conditions d'utilisation des ressources alloués, au regard d'indicateurs qui ne reflètent que ce que l'on sait et que l'on peut compter). Dans cette perspective, nous voulons signaler ici qu'il nous semble indispensable qu'en matière d'évaluation économique des réseaux de santé, les cahiers des charges de l'évaluation externe déterminent de manière très rigoureuse les zones sur lesquelles il pourra être « exigé » des résultats précis, celles où il est encore nécessaire de progresser dans la



Cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux de santé (suite)

connaissance et dans l'élaboration de standards de référence (y compris pour ouvrir des espaces de recherche au sein même des dispositifs d'évaluation), et celles où il y a débat.

Cette posture scientifique et non dogmatique de l'évaluation des réseaux, contribue à la promotion d'une culture de l'évaluation positive, dans laquelle les institutions responsables du système de santé assument la vocation démocratique de l'évaluation et préservent, par ce biais, l'espace politique de la santé, au croisement des pratiques sociales et des savoirs technocratiques qui s'expriment dans le champ. Ce positionnement de l'évaluation contribue à la réduction des stratégies d'occultation ou de travestissement des données, si fréquentes dans les exercices « d'évaluation » d'un champ qui,

par la spécificité de ses objets et sa culture, a du mal à intégrer les nouveaux standards de management fondés sur la « qualité » (logique industrielle) et les « résultats » (logique comptable).

L'évaluation externe des réseaux de santé doit considérer le point de vue des usagers

Il est « facile » et de bon ton de décréter que les usagers doivent être « au centre » du réseau et pouvoir « participer » pleinement aux activités de celui-ci. L'expérience pratique montre à quel point ceci est difficile, non pas parce que les usagers ne sont pas qualifiés ou disposés à le faire, mais parce que les enjeux de la participation sociale dans le champ de la santé sont souvent « impor-

tants » et risquent de mettre en cause l'homéostasie du système.

A l'heure de la démocratie sanitaire, quand l'exigence de transparence et de qualité des services est un leitmotiv des nouvelles politiques de santé, il semble indispensable que les cahiers des charges de l'évaluation externe des réseaux soient aussi un espace d'expression des usagers, qui permette l'appréciation raisonnée et subjective de cette partie du système de santé. Dans cette perspective, en plus de l'ouverture du dispositif d'évaluation aux méthodes qualitatives proposées par les sciences sociales, il semble possible d'envisager l'inclusion des organisations de consommateurs et de représentants des usagers du système de santé tels que reconnus par la loi du 4/II/2004 notamment. ■



Les fausses évidences de l'évaluation (suite de la page 4)

mécanismes de défense, face à cette précarisation des parcours, tels que les comportements conformistes, prudents... On pourrait alors faire apparaître une articulation évaluation-précarité-conformisme qui irait à l'encontre de l'exigence d'innovation et de prise de risques.

Au final, l'évaluation est un concept vague qui permet souvent de justifier la diffusion de pratiques supposées standard et vertueuses en toutes circonstances. Le simplisme qui prévaut néglige la complexité liée à l'imbrication des différents objectifs de l'évaluation et au fait que la

mise en œuvre de l'évaluation peut prendre des formes extrêmement variées. Diffuser des solutions simples et standard relève soit de la naïveté, soit de l'idéologie. L'évaluation peut être utile, mais elle relève de pratiques complexes qu'il est souhaitable d'appréhender comme telles. ■

Faut-il évaluer la dangerosité ?

Cette question posée tient à la fois de la provocation et de l'injonction. Provocation, car la réponse à une telle question n'est ni simple, ni facile, ni neutre et par les temps qui courent, a bien des chances de ne pouvoir s'articuler que dans l'émotion. Pour beaucoup de psychiatres, il faudrait absolument répondre par la négative pour éviter l'instrumentalisation des équipes et des pratiques soignantes. Pour d'autres, le plus souvent juristes ou politiques, si la réponse est affirmative c'est pour estimer que la psychiatrie actuelle n'a pas d'autres choix que de s'engager dans une approche méthodique de la dangerosité dite criminologique pour jouer à plein le mandat de contrôle social qui lui est donné en faisant fi du caractère aléatoire des connaissances et compétences en la matière.

Bruno GRAVIER,

Professeur à l'Université de Lausanne,
Médecin Chef du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du CHUV

Bibliographie

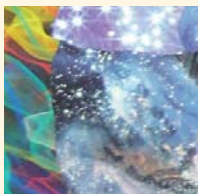
Coté G., *Les instruments d'évaluation du risque de comportement violent : mise en perspective critique*, Criminologie, 34, 1, 2001, 31-45.

Dubreucq J.-L., Joyal C. Millaud F., *Risque de violence et troubles mentaux graves*, Ann. Médico-psychol., 2005 ; 163: 852-65.

Gravier, B (2008) *De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence*, in Senon J.-I., Lopet G., Cario R. eds., « Psychocriminologie, clinique, prise en charge, expertise », Dunod, Paris 2008, 51-65.

Jaudel N., *Précaution maximale: prévention de la délinquance aux Etats-Unis et en Europe*, Mental, 21, sept 2008, 91-107.

Salas D., *La volonté de punir : Essai sur le populisme pénal*, Hachette, Paris, 2005.



Tentons donc d'y répondre pour essayer de mettre un peu de cohérence dans ce champ bien malmené, sans occulter le débat politique, mais sans oublier, non plus qu'à côté des enjeux sociétaux, il y a aussi une clinique à identifier, une notion à resituer dans son histoire et sa complexité et des réponses à articuler face à la violence pour préserver une psychiatrie ouverte et digne.

L'enjeu actuel du « populisme pénal » (D. Salas)

Parler de dangerosité déclenche la tempête et ramène inéluctablement le débat autour de la rétention de sûreté et autres mesures en train de se développer dans nombre de législations européennes visant à faire porter par le psychiatre le poids du contrôle et celui d'un enfermement parfois illimité. L'insistance autour de cette question et l'assignation faite au psychiatre à qui l'on demanderait, une fois évaluée la dangerosité, de « soigner le crime », ne peut que susciter la colère des uns et des autres.

Colère des praticiens du secteur qui se voient brutalement renvoyés dans un champ médico-légal dont ils pensaient que leur

pratique avait pu s'éloigner en développant une psychiatrie ouverte sur la cité. Le malade redevient un criminel potentiel.

Colère aussi des praticiens qui ont essayé, depuis quelques décennies, de s'inscrire dans une compréhension de ce qui se joue dans le psychisme des sujets marqués par la violence de leurs actes et ont aussi tenté de penser une articulation entre espace thérapeutique et espace judiciaire pour accompagner ces patients.

Lorsque la dangerosité est définie, comme dans certaines législations américaines, comme « la probabilité de commettre des actes de violence criminelle qui constitueraient une menace continue contre la société » (Jaudel, 2008), il devient difficile d'en faire autre chose qu'un objet criminologique réducteur au service « d'une rationalité de précaution » (Doron, 2008). Le psychiatre, ou tout autre professionnel, ainsi désigné comme opérateur principal de l'identification et de la contention de ces sujets à risque, ne peut que se recuser.

La dangerosité, une notion en prise sur l'émotion et la confusion

Évaluer la dangerosité ouvre cependant à d'autres dimensions qu'il nous faut mieux percevoir pour y apporter une réponse clinique. Évaluer, c'est accepter de reconnaître un frayage constant avec des dangerosités ressenties, induites, diffuses, sources de pesanteur et de brouillages relationnels ou temporels.

La confusion naît de l'urgence à agir dans laquelle plonge l'évocation du sujet dangereux. L'urgence à soigner un psychotique décompensé et potentiellement violent se trouve mise sur le même plan que l'urgence à se préoccuper du délinquant sexuel potentiellement récidivant. Ce qui se traduit dans l'urgence à mobiliser des législations compulsives comme les a bien décrites D. Salas. Derrière ces urgences résonne la figure du psychopathe, revisité par Melloy et Hare,

comme gradient de l'inquiétante réactivité des sujets à évaluer au-delà de leur pathologie.

La dangerosité, une notion criminologique

Pourtant, la dangerosité n'est pas née d'hier. Cette notion a été développée par l'école positiviste pour qualifier une catégorie d'individus particulièrement retors, récalcitrants à la loi, voire aux soins (Gassin, cité par Lézé, 2009).

Le « criminel incorrigible » et le « fou dangereux » sont de vieilles figures qui hantent les champs criminologiques et psychiatriques, justement disjoints par la question de la dangerosité. La nouveauté réside sans doute dans l'assimilation de ces différentes figures par certains acteurs politiques dans une dangerosité sociale, diffuse, informe et effrayante, « alors même que l'on croyait cette confusion dépassée... » (C. Protais, D. Moreau, 2009). Danet rappelle le long chemin que la dangerosité a parcouru depuis Lombroso jusqu'à la défense sociale des années 1960 et nous permet de comprendre combien la situation actuelle ne fait que réactiver la vieille tentation positiviste et l'illusion prédictive, stigmatisante et réductrice.

La dangerosité, une notion clinique qui nécessite des repères pour construire une pratique

Confrontés au quotidien à des comportements violents, à l'inquiétude que ceux-ci suscitent, à la nécessité d'articuler des réponses cliniques, il nous est possible de penser la dangerosité dans d'autres coordonnées que la création de nouvelles exclusions ou dans l'illusion d'un risque zéro supporté par le psychiatre. Il s'agit, comme l'a bien décrit Colin, de cerner un phénomène imprévisible, soudain, menaçant, risquant de se répéter ou de s'amplifier, source de sidération psychique. Il s'agit d'un phénomène qui peut témoigner de la violence, psychique parfois tout autant que physique, qui agite le sujet concerné, mais qui peut aussi

Faut-il évaluer la dangerosité ? (suite)



¹NDRL : Echelle d'évaluation semi-structurée utilisée par les cliniciens, et qui comporte 20 facteurs résumant des informations pertinentes

rendre compte de la violence de l'institution dépassée par des comportements transgressifs et qui contre-agit cette violence dans une escalade symétrique. Si le risque violent lié à la maladie mentale est largement surévalué dans les discours politiques et médiatiques, il existe cependant et peut être mieux anticipé. Dubreucq a, par exemple, montré comment les ruptures de soins pouvaient être mises en relation avec l'émergence de comportements violents après une hospitalisation. Dans un ordre d'idées proche, Hodgins estime que l'attention portée aux troubles les plus aigus lors de décompensations schizophréniques laisse souvent au second plan des éléments qui ont une validité importante dans l'anticipation de comportements violents.

Evaluer la dangerosité, en premier lieu lorsque l'on travaille avec des patients dont on pressent la violence et qui nous inquiètent, c'est avant tout se poser la question de la manière dont on va les aborder et parler, avec eux et en équipe, de leur violence et ce qui peut la déclencher. C'est aussi accepter de se dire, entre professionnels que notre patient est inquiétant et pas seulement parce qu'on le sent comme tel, mais bien parce qu'on est capable d'en nommer certains aspects pour lui restituer ce qui fait inquiétude.

Venons-en au cœur du sujet, celui des instruments développés depuis quelques décennies pour évaluer le risque de violence. Les outils actuariels sont ceux qui mobilisent les débats. Il s'agit « d'estimer le risque de comportements violents pour un individu donné, dans un contexte donné, et selon un temps donné » en référant celui-ci à des variables statistiques dites statiques, c'est à dire qui ne vont pas se modifier en fonction de l'évolution du sujet

puisqu'elles appartiennent à son histoire. L'objectif ici n'est pas de comprendre pourquoi tel ou tel aspect est lié au comportement violent; il est uniquement de prédire le comportement violent d'un individu en s'appuyant essentiellement sur une probabilité statistique. » (G. Coté, 2001). Ces outils actuariels, en pointant un certain nombre d'éléments qui ont leur pertinence dans une telle évaluation, ont suscité la folle illusion de la création d'un instrument objectif permettant de quantifier le risque et évacuant la compréhension clinique. Les facteurs marquant l'histoire d'une personne, son exposition à la violence, aux séparations, aux échecs, ses antécédents d'abus d'alcool, son impulsivité, etc. dessinent les contours de la personne dangereuse. On comprend bien qu'une telle vision de l'homme dangereux ne peut que raviver la crainte et le risque de stigmatisation et combien elle peut se mettre au service d'une gestion redoutable des populations incarcérées ou à enfermer.

A l'inverse, une approche qui ne se base que sur notre seule intuition clinique peut être aussi redoutable tant elle peut s'obnubiler de la violence du sujet et de la peur qu'il suscite. Elle peut aussi être prise dans la séduction de la relation, dans la banalisation et l'emprise visant à participer au déni de la violence du sujet.

Aussi, l'enjeu est bien de tenter d'appréhender le sujet dans son histoire autant que dans son actualité en pointant avec lui ce qui peut être mobilisable, et ce qui peut aider à construire un futur où il peut prendre en compte ce qui est inquiétant en lui. En ce sens, les données apportées par les recherches sur l'évaluation du risque violent nous sont précieuses dans la mesure où elles peuvent être utilisées dans une perspective dynamique qui permet l'élaboration d'équipe, la confrontation des points de vue, l'évaluation de la manière dont le patient perçoit le risque dont il est porteur et les projets cliniques qu'il est susceptible de construire pour s'en distancier. C'est le prin-

cipe d'instruments permettant un jugement clinique semi-structuré tels que la HCR-20¹ développé par Webster. Il ne s'agit pas là d'établir un score, mais de permettre, à travers la création d'espaces d'échanges appropriés, de dépasser la charge imaginaire que la violence et la dangerosité déposent en nous pour donner un sens à une histoire souvent lourde de violence et de traumatisme.

Evaluer la dangerosité pour poser les limites de l'art divinatoire

Beaucoup estiment que leur seule expérience clinique suffit pour asseoir leur appréciation. Mais toute expérience clinique, aussi approfondie soit-elle, ne permet pas d'utiliser les indicateurs que nous connaissons pourtant bien de manière intuitive. C'est là aussi un des enjeux du débat actuel au sein de notre profession. Evaluer la dangerosité et la violence procède d'une démarche qui se construit et se pratique. C'est en construisant de telles démarches que l'on pourra poser les limites de cette évaluation et en éviter les dévoiements et les utilisations à d'autres fins que cliniques.

Dans le domaine plus spécifique de l'expertise, « la question de la scientificité du pronostic de récurrence (...) doit être posée fortement. Comment s'organiser pour que l'expert ne soit pas dispensé de tous comptes ? Que cette évaluation ne devienne un art soustrait à tout contrôle ? » demande J. Danet, juriste éclairé mais attentif aux dérives. C'est bien aussi à cette question que notre profession doit répondre sous peine de voir se développer des officines spécialisées avant tout soucieuses de répondre à la commande sécuritaire actuelle. N'oublions pas que Daumezon avait fortement milité pour que la psychiatrie publique ne s'éloigne pas de ce champ particulier de l'expertise qu'il inscrivait dans un rapport particulier mais privilégié du psychiatre à la cité. La question est toujours d'actualité. ■

Nous avons lu

■ Evaluation des politiques publiques

Bernard Perret, *La Découverte, Paris, 2001 (réédition 2008)*.

Ce livre propose une histoire comparée des pratiques d'évaluation en insistant sur le contraste entre les contextes français et anglo-saxon. Il analyse les enjeux et usages de l'évaluation. Il en présente les méthodes sous le double aspect de la conduite de projet et des techniques d'analyse et de mesure. L'évaluation est une activité de connaissance inscrite dans une démarche institutionnelle. Appréhender un tel objet suppose de combiner l'analyse politico-institutionnelle et la réflexion méthodologique, voire épistémologique.

■ Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines

Pascale Jamouille, *La Découverte, Paris, janvier 2009*.

Dans les espaces urbains marqués par la précarisation, les sphères de l'intime se fragilisent. Cet ouvrage explore la vie émotionnelle, affective et sociale de personnes de toutes origines, souvent marquées par l'épreuve de l'exil, dans un quartier « chaud » de Bruxelles. L'auteure restitue ici, avec finesse et délicatesse, leurs histoires et contextes de vie, qui contribuent à façonner leurs rapports au corps, à l'autre sexe et à la solitude.

■ La montée des incertitudes : travail, protection, statut de l'individu

Robert Castel, *Collection Couleurs des Idées, Ed. Le Seuil, mars 2009*.

Les mutations du travail ont des effets sociaux et anthropologiques profonds. Elles bouleversent l'identité des individus et fragilisent la cohésion sociale. Comment doit se redéployer, dans ces conditions, l'État social ? Réforme libérale ou de gauche ? L'auteur montre ici les multiples conséquences des transformations du travail, ou de la centralité du travail. Ce constat oblige à reconfigurer la protection sociale, reconfiguration qui à son tour contraint l'État à redéfinir son rôle et le droit du travail à redéfinir ses principes.

■ Les conférences-débats « La rue ? Parlons-en ! »

Editions Rue D'Ulm, Presses de l'Ecole Normale Supérieure.

Initiées par l'Association Emmaüs, ces conférences-débats autour de thèmes tels que le lien familial, l'hébergement d'urgence, l'Europe des sans-abri, ... font intervenir des personnalités du monde de la recherche afin de rapprocher la réflexion universitaire et l'action sociale menée sur le terrain.

Agenda

■ Position professionnelle et relation d'aide/d'accompagnement dans la demande d'asile

Journée organisée par le Réseau SAMDARRA, mardi 26 mai 2009, Fontaine (38).

Contacts : Tél. 04 37 91 50 93 – Fax : 04 37 91 54 62

E-mail : gwen.legoff@ch-le-vinatier.fr

■ Actes éducatifs et de soins : entre éthique et gouvernance

Colloque international organisé par ADSEA 06 et LASMIC les 4 et 5 juin 2009.

Lieu : Université de Nice – Sophia Antipolis.

Inscriptions en ligne : <http://www.unice.fr/LASMIC/>

■ Santé mentale et pouvoir politique : quelle dialectique ?

XIIIème Colloque interrégional de la revue Psy-Cause le 6 juin 2009 au CH Le Mans.

Contacts : Tél. 02 43 24 16 00 – E-mail y.mourtada@chs-sarthe.fr

■ L'adolescence et la mort

Colloque international organisé par le Centre de Recherche en Psychopathologie et Psychologie Clinique (C.R.P.P.C.) les 12 et 13 juin 2009, Université Lumière Lyon 2 - Bron.

Contacts : Tél. 04 78 77 43 57 – E-mail : gabriela.comte@univ-lyon2.fr

■ La parentalité à l'épreuve de la pratique

Colloque organisé par l'Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile de France, lundi 22 juin 2009 – Lieu : Asiem, 6 rue Albert-de-Lapparent - 75007 Paris.

Contacts : Tél. 01 44 93 13 42 – Fax : 01 44 93 44 89 -

E-mail : colloque-ep@epe-idf.com

Nous remercions, pour l'illustration de ce numéro, l'association Conciliabules créée à l'initiative de femmes hébergées dans des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale enfants du Rhône.

*Conciliabules, 156 Cours Tolstoï 69100 Villeurbanne. Tél. 04 72 13 33 82.
www.conciliabules.fr*

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP-ORSPERE) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS
Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Katia AMORETTI, infirmière coordinatrice EMPP - (Nord Isère)
- Guy ARDIET, psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)
- Frédérique CATAUD, cadre de santé (Bron)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Lyon)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Carole GERBAUD, responsable associatif (Bourg en Bresse)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Nanterre)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé d'études PJJ
- Pauline RHENTER, politologue (Lille)
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60



ONSMP-ORSPERE

CH Le Vinatier, 95, Bd Piel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.orspere.fr
Impression : Imprimerie BRAILLY
(St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47
Conception : Crayon Bleu - Tél. 04 72 61 09 99
Dépôt légal : 2302 - Tirage : 10 500 ex.
ISSN 1622 2032
N° CPPAP 0910B05589