

Évelyne Chambeau

Évaluer l'évaluation

Voilà le titre donné au colloque organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale au printemps dernier en réponse à la demande de plus en plus présente des pouvoirs publics d'évaluer quantitativement les résultats et les méthodes du travail en santé mentale. Cette évaluation évidemment existe déjà, mais elle n'est pas centralisée, uniformisée et ne permet pas de déduire des mesures économiques. « Nous ne savons pas quoi faire des chiffres que vous nous remettez, donc donnez-nous encore plus de chiffres ! » Voilà la conclusion des pouvoirs publics, l'objectif politique étant clairement une rentabilisation des services de santé, et dans notre cas de santé mentale vue comme une des pratiques de santé parmi d'autres.

Avant d'aller plus loin, il me semble important de préciser l'organisation des soins de santé mentale en Belgique. Organisation complexe, propre à l'évolution de l'État belge mais qui sur le terrain a tout son avantage. Celle-ci est pourtant remise en question actuellement comme nous le verrons plus loin.

La santé mentale a donc actuellement trois pouvoirs subsidiant :

- le ministère de la Santé publique (fédéral), qui subsidie les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les maisons de soins psychiatriques, les hôpitaux de jour assurant les postcures et les initiatives d'habitations protégées ;
- les régions, qui subsidient les services de santé mentale et les autres initiatives de santé mentale ambulatoires ;
- l'Institut national d'assurance maladie-invalidité *via* les mutuelles (organismes privés assurant la sécurité sociale), qui subsidie les projets pilotes (qui pourtant existent depuis trente ans) de

Évelyne Chambeau, psychanalyste, responsable du centre psychothérapeutique de jour « Le Canevas », membre de l'EPFCL, enseignante à l'Espace clinique du Forum de Bruxelles.

réhabilitation psychosociale ou encore ce que l'on appelle les structures intermédiaires en psychiatrie ou la psychiatrie alternative provenant pour la plupart des idéaux de la psychothérapie institutionnelle, de l'antipsychiatrie et des communautés thérapeutiques.

L'avantage de cette division des subsides est l'autonomie des structures ambulatoires et intermédiaires par rapport à la logique hospitalière et médicale. Cela permet l'organisation de ces structures de manière non hiérarchisée au pouvoir psychiatrique médical.

Chacun de ces pouvoirs subsidiant a actuellement des exigences d'évaluation différentes.

Au niveau de la Santé publique, c'est le RPM, le résumé psychiatrique minimum, qui fait loi. Cet instrument d'enregistrement des données (notons qu'on ne parle pas d'évaluation) a été mis en place par trois équipes de recherche universitaires en collaboration avec le ministère de la Santé publique. Ce résumé psychiatrique doit être rempli à l'admission du patient, à sa sortie et lors de transferts de services. Il reprend par patient :

- 1) les données épidémiologiques (âge, sexe, nationalité, originaire de...) ;
- 2) le nombre d'admissions antérieures du patient dans l'hôpital ;
- 3) l'instance d'envoi ;
- 4) le diagnostic multiaxial DSM ;
- 5) le traitement proposé ou appliqué (exemples donnés : stimulation de l'hygiène, stimulation de la continence fécale, stimulation de l'habillement ; surveillance exercée, traitements psychotropes, traitements relationnels qui comprennent entretiens de soutien, thérapies...) ;
- 6) l'évaluation des fonctions de base (propreté sur soi et manière de manger...), des fonctions sociales (gérer son argent, se déplacer dans la ville...), de la gestion du comportement (adéquation, agressivité...), du comportement relationnel (autonomie et satisfaction dans la relation aux autres...) ;
- 7) les membres du personnel qui ont travaillé avec le patient, pourquoi et combien de temps.

Il est très clair que ce mode d'enregistrement des données, même s'il se réclame et se veut athéorique de par le choix d'outils

diagnostiques et la formulation des questions, correspond mieux aux méthodes comportementales qu'à celles psychodynamiques. Les universités chargées de cette recherche s'orientent d'ailleurs clairement de cette pratique qui s'est construite à partir de la méthodologie expérimentale inspirée des sciences médicales.

Depuis le 1^{er} avril 1996, un arrêté royal exige que les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques d'hôpitaux généraux enregistrent le résumé psychiatrique minimum et le transmette électroniquement au ministre qui a la santé dans ses attributions. Les maisons de soin psychiatrique et les initiatives d'habitations protégées sont tenues de répondre aux mêmes critères depuis le 1^{er} janvier 1998.

Malgré un recours au Conseil d'État en 2000, qui interpellait sur le non-respect du secret professionnel et de la vie privée dans l'application de cet arrêté royal et l'annulation par ledit Conseil d'État qui a suivi, celui-ci fut remis en application. En effet, la critique portait sur la possibilité d'identification du patient à partir du numéro de dossier envoyé au ministère, ce numéro étant le même que celui du dossier de l'hôpital reprenant le nom du patient. Une solution informatique servant de parade a permis de répondre à cette critique sans remettre en cause l'outil informatique et a invalidé les raisons de l'annulation du Conseil d'État.

L'enregistrement du résumé psychiatrique minimum a pour but d'après cet arrêté royal de soutenir la politique de santé en ce qui concerne :

- « 1° la détermination des besoins en équipements psychiatriques ;
- 2° La définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques ;
- 3° l'organisation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics ;
- 4° l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques ¹. »

1. Arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

En effet, de plus en plus, les arrêtés de financement des hôpitaux font intervenir les données RPM dans le calcul du prix de journée². Nous aborderons l'évolution que connaît actuellement cette mesure d'enregistrement des données dans la suite de notre texte.

Au niveau des régions, les exigences d'évaluation sont identiques et utilisent une version adaptée de ce même RPM, évitant néanmoins la question de l'évaluation des résultats.

Au niveau de l'Institut national maladie-invalidité, la question de l'évaluation fait débat depuis au moins cinq ans entre cet Institut et les différents pouvoirs organisateurs des institutions subsidiées. L'Institut nous demande de proposer une méthode d'évaluation de nos résultats et de nos méthodes. Jusqu'il y a peu pourtant, l'Institut se contentait d'un rapport d'activité spécifique à chaque structure et reprenant *a minima* des données épidémiologiques et des taux d'occupation en plus d'un rapport moral et financier. Actuellement, l'Institut a gelé toutes demandes de révision du prix de journée tant qu'une proposition concrète d'évaluation ne leur parvenait pas.

La situation est pourtant en train de changer rapidement en Belgique. En 2003 en effet, suite aux élections législatives, nous avons eu un nouveau ministre de la Santé qui, chose rare, avait également les Affaires sociales dans ses attributions.

M. Rudy Demotte, socialiste, s'est présenté comme un homme ouvert et soucieux de connaître les avis des représentants des différents secteurs de la santé. Pourtant, dans ses discours, après avoir vanté le système de soin de santé belge, il en arrive vite à la nécessité de faire des économies à cause du faible taux de croissance, bien qu'il insiste sur la nécessité de garder la qualité et l'accessibilité à tous aux soins. Il se présente donc comme celui qui arrivera avec l'aide des acteurs de terrain à faire face à cette gageure : garder la qualité et l'accessibilité des soins et faire des économies. Pour ce faire, M. Demotte va explicitement utiliser de plus en plus souvent des signifiants sortis du domaine économique et du management. Ces signifiants maîtres sont :

– la primauté des *besoins* et de la *satisfaction* des patients-clients, en sachant que, comme le dit Mispelblom, « le besoin doit

2. Dr Jean Creplet, « La fiabilité des données du résumé clinique minimum », *Bulletin des résu-
més d'informations hospitalières*, octobre-novembre-décembre 2002.

être éduqué, car le client n'a pas nécessairement conscience de ses besoins ³ » ;

– les *bonnes pratiques*, c'est-à-dire les seules valables. Afin d'évaluer ces bonnes pratiques, il est possible, disent les experts en management de santé, sur la base des données de l'attitude qualitative et quantitative, de travailler au développement d'un protocole de traitement pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité ;

– l'*efficacité économique* ;

– l'adhésion de tous par la *motivation* et la *concertation* ;

– les *réseaux* et *circuits de soins* ;

– la *traçabilité*.

Dans cet ordre d'idées, voici les trois grandes avancées du ministre par rapport à la santé mentale.

1. Tenter de légiférer les professions de santé mentale, législation qui permettrait également de protéger le titre de psychothérapeute. Un projet de loi émanant du ministère est actuellement en pourparlers avec les intéressés. Il est globalement très critiqué, pour des raisons diverses et parfois divergentes. Pourtant, il séduit beaucoup de monde et aussi des psychanalystes, car il se présente comme un projet moins mauvais que d'autres connus antérieurement qui paramédicalisaient les professions de santé mentale. Pour ne citer qu'un point de ce projet de loi, notons que le fait qu'il ne nomme pas précisément les psychanalystes n'est pas – comme nous avons pu naïvement le croire – parce qu'il laisse les psychanalystes en dehors de cette loi, mais bien parce que, pour ceux qui ont rédigé ce projet, les psychanalystes font partie *ipso facto* des psychothérapies. Ce point reste jusqu'ici, et malgré plusieurs rencontres, indiscutable.

2. La volonté claire du ministre d'intégrer les structures de réhabilitation psychosociale sous l'égide du ministère de la Santé publique est de rationaliser ce secteur. Le ministre insiste sur la notion de réseaux et de circuits de soin et sur une répartition équitable des services sur le territoire.

³ F. Mispelblom, *Au-delà de la qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros, 1999.

À cet effet, le ministre a convoqué un groupe de travail où ont été invités tous les pouvoirs organisateurs des institutions concernées ainsi que le pouvoir subsidiant actuel de celles-ci afin d'envisager l'intégration de ces structures dans le réseau de soin de santé existant sous l'égide du ministère de la Santé publique actuellement (comme si elles ne l'étaient pas déjà, elles qui existent depuis plus de trente ans et qui pallient depuis ce temps l'absence de structures intermédiaires en psychiatrie). Dans le cadre de ces réunions, il nous a été demandé de proposer une fiche signalétique afin de justifier notre spécificité en tant qu'offre de soin et de préciser le réseau avec lequel nous travaillons effectivement (puisque'il avait été entendu que ce travail en réseau existait déjà). Nous avons travaillé sur cette fiche, celle-ci nous a été remise après correction. De cette fiche corrigée ont disparu les éléments qui caractérisaient notre spécificité et le travail en réseau que nous effectuons. À la place de cela, nous retrouvons ce que nous avons tenté d'éviter : les caractéristiques diagnostiques (d'après le DSM) en pourcentage de la population que nous accueillons.

Je ne peux que penser après cette expérience que ces réunions ne servent qu'à dire que nous avons été consultés. Elles ne servent absolument pas – comme nous avons pu naïvement le croire – à avoir notre avis et à tenir compte de notre expérience de terrain.

3. Le ministre annonçait aussi parmi une série d'actions à mener et reprises sous la rubrique « simplification administrative » l'examen du RPM, outil d'évaluation qu'il qualifiait d'inadéquat. Il faut savoir que, depuis sa mise en application obligatoire, cet outil a été largement critiqué par une majorité de ceux qui avaient à s'en servir. Il confia alors la mission de cet examen à deux organismes avant tout soucieux de la bonne gestion, l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) et le CNEH (Centre national d'expertise hospitalière).

Suite au rapport de ces deux instances, le ministre parla non plus d'inadéquation mais de révision, de simplification et de modularisation de cet outil. Le but est ici « la possibilité – dans les limites de la loi sur la protection de la vie privée – de suivre le trajet effectué par le patient dans le milieu des soins de santé mentale au moyen d'identification unique du patient ». Le numéro unique est en passe

d'être mis en application pour permettre, comme on ose le dire, d'assurer « la traçabilité des patients ».

Dans ce contexte, comment comprendre la demande du ministre d'avoir des diagnostics, des évaluations de résultats et la définition de nos méthodes, si ce n'est pour – dans le moins pire de tous les scénarios – définir « objectivement », « rationnellement », « scientifiquement » pour chaque diagnostic (DSM) la méthode la plus performante et le temps nécessaire pour le traitement.

Finalement et pour conclure, je voudrais revenir sur la question de base qui me semble essentielle et qui évidemment ne peut jamais être abordée dans les réunions ministérielles : *qu'est-ce qu'on veut évaluer ?*

Si ce qu'on veut évaluer est dans quelle mesure nous satisfaisons à notre fonction sociale et publique, il faut définir notre fonction sociale. Étrangement, en Belgique, ce sont les pouvoirs publics qui demandent ou qui font semblant de demander aux acteurs de terrain – qui fonctionnent depuis trente ans – de la définir.

Pour parler des centres de réhabilitation psychosociale – secteur que je connais le mieux –, notre fonction est d'assurer la réinsertion sociale des malades mentaux. Pourtant, si on veut évaluer quantitativement les résultats de notre action, une définition aussi globale ne suffit pas. Il faut encore que l'on se mette d'accord sur ce que celle-ci veut dire. Et cela à l'heure où une réinsertion professionnelle ne peut plus servir de guide puisqu'il n'y a plus de travail pour tous et que Gaston Lagaffe n'est plus bienvenu aux éditions Dupuis.

C'est dans cette définition plus précise et privée de sa définition de base (le travail) que le bât blesse, car chacun de nous a sa conception personnelle de ce qu'il faut entendre par réinsertion sociale. De plus, les définitions proposées doivent – si nous voulons d'une évaluation « scientifique » – pouvoir être observées objectivement pour donner une réponse égale quels que soient « l'expérimentateur », « l'observateur », « le dispensateur de soin ».

C'est là que certains de nos collègues, les psychiatres biologistes et les comportementalistes pour ne pas les citer, répondent « nous, nous le pouvons », « c'est facile ». Là où nous amenons un

débat d'idées, ils proposent des grilles d'évaluation validées scientifiquement, qui se fondent sur l'observation du comportement. Avec ces grilles évidemment, nos dits collègues montreront des résultats positifs puisque leur objectif est le changement dudit comportement observé. Ainsi, le schizophrène se lavera seul à sa sortie de l'hôpital. Se lavera-t-il le lendemain de sa sortie ? Ce n'est plus notre affaire, disent-ils, cela n'entre plus dans nos statistiques. Ainsi, sous neuroleptiques, il sera poli avec les infirmières. Pourra-t-il encore lire un livre ? Lire, ce n'est pas de la réinsertion sociale quand même...

Qu'il y ait quelques personnes qui résistent à tout cela n'a pas beaucoup d'importance, nous disent-ils, c'est du « bruit », bien connu des expérimentalistes. Lors de leur prochaine demande d'admission, nous les refuserons, sous prétexte de non-conciliation au traitement, et nos statistiques n'en seront pas entachées.

Je me rappelle, lors d'un colloque à Grenoble en octobre dernier, la réaction d'un de mes éminents collègues psychiatres universitaires qui, suite à ma présentation d'un cas, me dit : « Mais ce que vous faites, ce n'est pas du traitement, un schizophrène, on le guérit en trois semaines. »

Je voudrais conclure sur quelques oublis délibérés :

- oubli, quoi qu'en disent les politiques, qu'il n'y a pas d'évaluation athéorique ;

- oubli que la définition de ce qu'on veut évaluer a des effets sur les résultats de celle-ci ;

- oubli que le mode d'évaluation choisi a des effets sur la pratique de ceux qui doivent évaluer. Si on me dit que je dois évaluer la propreté du logement d'un patient, je vais devoir le lui demander ou, pire, y aller voir ;

- oubli que jamais en science l'évaluateur est le même que celui dont la pratique doit être évaluée.

Si on leur fait remarquer ces points, les politiciens nous répondent : mais que proposez-vous alors comme évaluation ?