



Société Française de l'Évaluation

Journées nationales de l'évaluation

16 novembre 2017

Laurence Roux : Sociologue/Psychologue, co-animatrice du groupe « évaluation en santé » SFE

Comment associer les bénéficiaires et la politique évaluée?

1. Le propos

2. Le contexte

- Mesurer la subjectivité en santé (B. Falissard)

3. Pourquoi associer les bénéficiaires à l'évaluation

4.

5.

Conclusion

Débat avec la salle

1. Le propos

Lorsque l'on évalue une politique publique ou un dispositif, peut-on faire l'économie de la consultation des bénéficiaires?

Si la réponse est négative, comment s'y prendre afin de produire des données recevables par les décideurs?

Cette communication propose de présenter : une discussion relative au caractère présumé subjectif (donc peu fiable) des données produites par la consultation directe des bénéficiaires de dispositifs que l'on souhaite évaluer, les procédés opératoires susceptibles d'être utilisés, et les normes éthiques à appliquer.

La présentation d'une étude portant sur l'évaluation d'un dispositif ville-hôpital et les méthodes employées illustrera l'argumentation plaidant pour l'association des bénéficiaires à ce travail.

2. Contexte

- Dans notre culture, les approches quantitatives sont privilégiées
- Les décideurs institutionnels préfèrent des données scientifiques (fiables), donc des chiffres, basés idéalement sur d'importants échantillons (voire des cohortes), la randomisation etc..
- Le tout dans un temps restreint à partir de la commande, si possible sans avoir à dégager un budget important pour la seule évaluation
- Les données qualitatives, notamment celles produites par les récits des personnes impliquées (issues d'entretiens) sont souvent perçues comme peu fiables.
- La participation des bénéficiaires à l'évaluation se voit opposer les arguments tels que :
 - La parole est subjective
 - Le déclaratif comporte trop de faiblesses, il ne peut être traduit en chiffres
 - Le recueil de ces données est chronophage pour l'évaluateur
 - Le nombre d'entretiens obtenus est trop restreint pour prétendre en tirer des résultats fiable (pas de caractère scientifique)

Mesurer la subjectivité en santé

B. Falissard Directeur INSERM 1178

- Mesurer une caractéristique subjective peut-il revendiquer le même statut scientifique que mesurer une caractéristique objective?
- En réalité, il est difficile de trouver les éléments épistémologiques permettant de différencier la valeur ou la qualité d'une mesure subjective avec celle d'une mesure objective.

- La qualité d'une mesure est déterminée par la réponse à deux questions : que vaut la mesure? ; Quel sens donner à la mesure?

Mesures subjectives et mesures objectives : les différences

- Dans le champ des mesures objectives, la réponse à la seconde question est grandement facilitée par l'existence de modèles physiopathologiques solides. Ces modèles n'existent pas le plus souvent dans le champ des mesures subjectives.
- L'argument fréquent : la mesure subjective (sujet pensant) contrairement à la mesure objective (sujet pensé) ne peut accéder à un statut scientifique.
- Par définition, un élément subjectif est relatif à ce que ressent un individu, or il est impossible d'avoir la moindre preuve qu'une personne ressent bel et bien ce qu'elle dit ressentir. Il serait donc impossible d'espérer obtenir une mesure scientifique acceptable de l'élément subjectif en question.
- Les mesures objectives ont un rôle essentiel en clinique (poids, pression, glycémie) car elles peuvent apporter une information diagnostique ou pronostique. Mais elles ne peuvent prétendre décrire un patient dans son intimité psychique.
- Or c'est bien en tant que sujet pensant que le patient est ce partenaire incontournable dans le choix thérapeutique ou l'arbitre définitif du succès d'une prise en charge.

- L'une des objections à opposer au manque de crédibilité d'un sujet dont on étudie certains paramètres subjectifs est pratique. Pour des questions sans véritable enjeu, si la réponse est recueillie dans un environnement de confiance, il est peu probable que le sujet exprime quelque chose de véritablement différent de ce qu'il éprouve.
- Quand deux personnes discutent suffisamment longtemps, en toute confiance dans un environnement calme et sécurisant, elles parviennent chacune, plus ou moins consciemment, à ressentir intérieurement, a minima, ce que l'autre ressent. Pour évaluer une caractéristique subjective de l'une, il peut suffire alors d'interroger l'autre. Le biais du manque de crédibilité du sujet exploré est ainsi en théorie en grande partie diminué

D. Weinstock

Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal

- le concept contrasté à « donnée probante » est celui de « preuve ». Les données probantes ne constituent pas une preuve. La preuve est quelque chose que l'on obtient par raisonnement déductif ou logique; tous les hommes sont mortels, Socrate est un homme, donc Socrate est mortel. Si la prémisse est vraie, logiquement, la conclusion ne peut pas être fausse.
- Les données probantes, c'est autre chose. On réunit des données dans les situations où l'on n'a aucun espoir de réussir à produire des preuves. Vous avez une proposition abstraite qui ne peut pas être observée directement et qui ne peut pas être confirmée par le type de preuve dont je viens de parler.
- Il faut donc réunir des données qui augmentent la confiance que vous avez en votre proposition ou en votre hypothèse. Les données probantes ne produisent donc pas de preuves, pas de certitudes, mais génèrent de la conviction, de la confiance, des connaissances probabilistes.

- Quand nous nous intéressons à ce qui se produit dans le corps humain cela requiert des expériences en laboratoire (comprendre comment différentes enzymes ou protéines, ou quoi que ce soit d'autre, se comportent lorsqu'elles sont isolées).
- Dans le domaine des sciences sociales, il y a des variables confusionnelles. Si nous tentons de comprendre l'impact d'un facteur sur le comportement, le bien-être ou la santé des individus, nous ne trouverons jamais ce facteur isolé dans le monde réel. Il y a toutes ces variables confusionnelles, ce qui veut dire qu'il faut faire des devis de recherche dont la fonction est d'isoler le facteur dont on tente de découvrir l'incidence causale.

- Dans chaque noeud décisionnel de la production de données probantes, des questions évaluatives surgissent.
- Il y a des questions d'ordre éthique et politique et des valeurs qui sont inscrites dans notre façon de faire des sciences de nos jours.
- Le danger de considérer l'activité scientifique comme neutre et exempte de toute valeur est de voir s'immiscer ces valeurs dans nos pratiques sans que nous nous en rendions compte.
- C'est un enjeu
- Il faut comprendre à quel point les valeurs sont présentes dans tous les noeuds décisionnels de cette activité humaine délibérée de production de données probantes, qu'il s'agisse de biologie ou de sciences sociales.

- Afin de produire des DP, il faut mettre en place des conditions de laboratoire et concevoir des devis de recherche. Ces données sont collectées consciemment et délibérément par des humains dans des institutions, après avoir demandé des subventions.
- Pour trouver des données probantes, il faut les chercher activement et cette recherche aboutit uniquement si on emploie les bonnes techniques de laboratoire, si on s'efforce de le faire dans les bonnes conditions, avec les bons devis de recherche, etc.
- Dans chaque noeud décisionnel de la production de données probantes, des questions évaluatives surgissent. Il y a des questions d'ordre éthique et politique et des valeurs qui sont inscrites dans notre façon de faire des sciences de nos jours (biologie comme sciences sociales).
- Le danger de considérer l'activité scientifique comme neutre et exempte de toute valeur est de voir s'immiscer ces valeurs dans nos pratiques sans que nous nous en rendions compte.
- Les valeurs guident nos décisions quant aux secteurs dans lesquels nous choisissons de faire de la recherche. Dans le contexte de recherche actuel, ces valeurs sont établies par les organismes subventionnaires et, ultimement, par les gouvernements et non pas par les chercheurs eux-mêmes.

Les sujets de recherche

- Quelles normes éthiques devons-nous appliquer pour tirer des données probantes de ces sujets humains? Il y a aussi une sorte de question subsidiaire : les normes qu'il nous semble important d'imposer ont-elles un rapport avec le consentement éclairé, avec la règle qui préconise de ne jamais soumettre un individu à un projet de recherche dont il ne peut tirer profit?
- Est-ce que cela signifie que l'on aura tendance à exclure certains types de sujets humains, donc certains types de recherches, parce que l'on pense qu'en fait on ne peut tout simplement pas se soumettre aux contraintes dans le cas de ces types de sujets humains?

La signification statistique

- Les données probantes génèrent plus ou moins de confiance en une proposition causale.
- Y a-t-il un moment où nous décidons que nous en avons assez? Existe-t-il une sorte de loi de la nature qui stipule que lorsqu'on a X mille sujets qui participent à un essai aléatoire contrôlé, qui a été répliqué un nombre Y de fois, on a franchi une ligne magique?
- Existe-t-il un X ou un Y qui nous est donné naturellement et qui détermine, une fois pour toutes, d'une façon acceptable pour tous et exempte de valeurs, des seuils de signification statistique?
- Je pense que non et que les questions qui ont quelque chose à voir avec la signification statistique sont chargées de valeurs. Plus nous sommes rigoureux, plus nous avons d'attentes, plus nos valeurs X et Y sont élevées, plus nous pouvons affirmer que nous sommes certains, mais par ailleurs moins les cas individuels commencent à se montrer significatifs. Plus nous adoptons une sorte d'approche populationnelle utilitaire pour aborder un problème, moins nous nous permettons de nous former à partir de cas individuels.

La production de données probantes

- Dans la recherche médicale, la norme par excellence en matière de production de données probantes est l'essai contrôlé randomisé, pour de nombreux intervenants, il n'y a réellement aucune autre façon de produire des données probantes. Si des données probantes sont produites d'une autre façon, elles doivent être classées dans des méta-analyses qui ont pour but de générer des lignes directrices, et elles se classent bien en deçà des essais contrôlés randomisés.

Savoir-faire et savoir que

- John Charles Polanyi, canadien philosophe des sciences, qui vivait au siècle dernier, faisait la distinction entre deux sortes de savoir : le « savoir-que » et le « savoir-faire ».
- Le « savoir-que » est une connaissance propositionnelle. Je sais qu'il fait beau, qu'il y a du soleil et qu'il fait 24 degrés à Baddeck aujourd'hui. Le savoir-faire découle de la pratique. Je sais comment attacher mes lacets de chaussures.
- Dans le domaine de la santé, voulons-nous nous priver des données probantes qui viennent des années de savoir-faire accumulé simplement parce que nous avons décidé que seul le « savoir-que » était la véritable connaissance et la seule sorte de donnée probante?
- Quelles sont les valeurs sous-jacentes à cette décision?

- Quel impact les contraintes éthiques en place ont-elles sur ma décision d'étudier ce sujet plutôt que cet autre?
- Qu'en est-il de mes décisions de placer le seuil de la portée statistique ici plutôt que là?
- Quelles en sont les conséquences sur le plan éthique?
- Quelles conséquences éthiques y a-t-il à considérer l'essai aléatoire contrôlé comme la norme, la norme par excellence de la connaissance ou de la production de données probantes?

Participation du public et équité

- Qu'est-ce que l'équité?
- Que faut-il faire pour être équitable en ce qui a trait aux décisions qui contribuent à façonner l'activité productrice de DP?
- Je pense que l'on doit donner plus de place aux processus délibératifs en accordant plus de place à la participation du public. Les gens ont le droit, en tant que citoyens, de se faire entendre et d'avoir un impact sur la façon de traiter ces nœuds décisionnels.
- Je vous amène donc à quelque chose qui est devenu le truisme ultime de l'éthique relative à la santé, à savoir la participation du public, l'implication du public.
- Il s'agit d'une phrase souvent entendue et souvent prononcée du bout des lèvres, mais on y donne rarement suite de façon sérieuse. Je pense à de nombreux forums où l'on a conclu que l'on devrait en savoir plus sur ce que pense le public, que l'on devrait avoir une sorte de mécanisme qui permette au public de nous informer sur la façon dont nous devrions prendre des décisions, sans jamais y donner suite.

- Je pense que ça fait partie de la résistance résiduelle et que ça a un rapport avec le fait qu'en tant que scientifiques, à un certain degré, la distinction entre les faits et les valeurs n'a pas complètement disparu.
- Il y a la pensée résiduelle selon laquelle, à un certain degré, nous ne voulons pas que le public ait un impact sur la façon dont les politiques de santé et les données probantes sont produites en ce qui a trait à la conception des politiques relatives à la santé, parce que la santé, c'est une question de science. Nous sommes des scientifiques, il ne faudrait pas donner trop de pouvoir à ceux qui prendront des décisions émotives basées sur des valeurs, des décisions non scientifiques.

3. Pourquoi associer les bénéficiaires à l'évaluation

- Les effets d'un dispositif, d'une organisation cherchant à améliorer la qualité de vie des personnes, ne peuvent être appréhendés par les seules bases de données disponibles.
- Plusieurs questions ne peuvent trouver de réponses par la seule consommation de soins.
- Les trajectoires des usagers/patients, l'adhésion thérapeutique (les différents types d'observances) sont visibles par les comportements et les attitudes et déterminés par des motivations qui ne peuvent être appréhendées que par des méthodes qualitatives
- Les savoirs expérientiels d'usagers ou de patients sont aussi importants à appréhender que les savoirs des experts les accompagnant ou les prenant en charge
- Par conséquent, évaluer les effets d'un dispositif sur l'état de santé ou la qualité de vie de ses bénéficiaires ne peut faire l'économie d'aller chercher une information qui ne peut provenir notamment que de leurs récits.
- On peut aller plus loin, dans certains cas, le calcul du retour sur investissement doit composer avec les données produites par la consultation des bénéficiaires.

- Pouvoir obtenir des données probantes
- Cadre scientifique
- valeurs

Modalités de participation des usagers à l'évaluation

- Entretiens
- Focus groupes, journées d'échange
- Atelier de clinique des pratiques/groupe de parole
- La participation des usagers à l'évaluation peut passer par l'observation des comportements (avec leur accord) :
 - Immersion anthropologique (en situation)
 - Observation participante
 - Shadowing

4. Femmes enceintes et jeunes mères en situation de grande précarité

- La femme migrante se retrouvant mère (bien souvent sans conjoint) dans une société autre que la sienne n'y trouve pas l'appui du groupe de pairs dont elle aurait bénéficié dans son pays d'origine. La satisfaction des besoins vitaux est une préoccupation quotidienne (alimentation, hébergement). Etre ainsi dans une situation de survie induit une errance physique et psychique. La femme enceinte ou la jeune mère peut se sentir très isolée.
- Ce type de situation induit un syndrome dépressif chez un grand nombre d'entre-elles, lui-même susceptible d'altérer la mise en place ou la qualité de l'attachement entre elles et leurs bébés. Le développement de ces derniers peut alors en être affecté à court, moyen et long terme.
- La malnutrition des femmes et des enfants est très préoccupante.
- Globalement, l'état de santé est dégradé (accès aux soins difficile).
- Pour les professionnels du champ de la santé et du champ social en charge d'accompagner ces femmes, c'est l'un des enjeux de leurs actions.

Le dispositif ville-hôpital Prenap

- La fonction principale du dispositif est de formaliser une organisation devant renforcer le parcours de santé de femmes et d'enfants en situation de grande précarité, le plus souvent des femmes issues d'Afrique subsaharienne étant hébergées par le Samu social.
- Et ce, en construisant un lien entre le sanitaire et le social (la ville et l'hôpital, les principales structures impliquées sont une maternité et un accueil de jour) devant aboutir à créer un territoire d'ancrage.

- Créer un territoire d'ancrage doit permettre à la jeune mère de s'y ancrer/s'y enraciner si elle y trouve les ressources nécessaires. Ressources devant à la fois répondre aux besoins vitaux comme aux besoins de soutien psychologique et social.
- Même si elles y arrivent souvent avec une grossesse avancée, la maternité reste une étape incontournable pour les femmes enceintes en situation de grande précarité. Elle représente le lieu princeps qui repère ces femmes et en permet « la captation » devant se poursuivre par leur intégration dans le système de santé.
- Le partenariat doit être intersectoriel (fonctionner en un réseau d'acteurs pluri professionnels), privilégier le critère de proximité, permettre de lier l'amont et l'aval des séjours hospitaliers, et ainsi produire les réponses idoines visant l'optimisation de la santé physique comme de la santé mentale des publics accompagnés.
- Initier une démarche « d'empowerment » doit être l'un des principes conducteurs des actions. Le territoire où s'exerce ce fonctionnement en réseau crée des limites réelles et virtuelles suffisamment solides pour assurer un rôle d'appui auxiliaire pour les mères et leurs enfants. Le maillage territorial des différentes ressources s'avère donc utile pour répondre à leurs besoins quotidiens mais aussi pour les liens et le soutien qu'il permet d'instituer.

- Construire une organisation étayée par des partenariats intersectoriels permet de repérer les personnes susceptibles d'échapper au système de santé, de les y « ancrer » par une offre répondant à leurs besoins réels (préalablement identifiés via une démarche participative) avec l'objectif de leur assurer une meilleure santé tout en maillant le parcours de manière à ce qu'il produise de l'efficience.
- En effet, le recours aux urgences, comme globalement à l'hôpital, devient le premier recours quand la situation sociale limite le choix des ressources. On assiste ainsi à des situations peu satisfaisantes pour la qualité de vie des publics concernés et coûteuses pour le système de santé :
 - hospitalisations de femmes enceintes malnutries pour leur faire accéder à un plateau repas,
 - des urgences qui deviennent le refuge de la nuit quand on n'a pas de solution d'hébergement,
 - une durée moyenne de séjour post-accouchement qui augmente, faute de ne pas avoir de solution d'aval, hébergement, voire ne pas disposer de poussette ou de ceinture de portage pour le bébé etc....

- Ce dispositif a été créé en 2009, dans le cadre du dernier plan régional de santé publique suite à un travail préalable de environ un an, incluant un diagnostic territorial, lui-même privilégiant la démarche participative.
- Il existe à Paris (maternité de Port-Royal/ESI Emmaüs) et à Saint-Denis (maternité de l'hôpital Delafontaine/Amicale du nid)
- Il est financé par l'ARS IDF, co-financé par le CRIF
- Une recherche interventionnelle a évalué la phase expérimentale

La commande évaluative

- L'évaluation du dispositif portait sur un territoire (Paris) et la commande institutionnelle (ARS IDF) était de déterminer si le budget investi était couvert par le retour sur investissement (économies sur le plan sanitaire).
- Et ce, dans l'objectif de le transférer sur un autre territoire.
- Evaluation conduite par le département études de l'ARS IDF, accompagnée par l'INSERM 669 (Pr Moro, Pr Falissard).



REALISATIONS

- **Partenariats ville-hôpital intersectoriels**
- Mise en place d'une coordination dédiée à temps plein
- Informations adaptées, orientations, services/prestations



RESULTATS

- **Lien entre le sanitaire et social établi/renforcé**
- Accès aux droits
- Offre sociale étayant l'offre de soins, proposant une offre en santé (réponses aux besoins vitaux)
- Démarche d'empowerment mise en œuvre
- Recours majoré en ville (notamment pour le premier recours)



IMPACTS

- **Efficience du système de santé**
- Amélioration de l'état de santé des bénéficiaires
- Réduction des couts (volet sanitaire)
- Lutte contre les inégalités sociales de santé
- Mise en synergie des plans

Questions évaluatives

- En quoi le dispositif palliait-il ou corrigeait-il les effets délétères de la vulnérabilité sociale sur l'état de santé des femmes et de leurs enfants?
- En quoi permettait-il de lutter contre les inégalités sociales de santé?
- En quoi renforçait-il l'efficacité du système de santé?

Questions préalables au choix de la méthode

- **Plusieurs questions se posaient d'emblée :**
 - Comment évaluer l'impact du dispositif à partir d'un petit volume d'activité et d'un échantillon trop restreint pour prétendre en tirer des conclusions statistiquement significatives?
 - L'apport de la participation des bénéficiaires est-il incontournable pour évaluer l'amélioration de leur état de santé et les répercussions sur le plan sanitaire (coûts, fonctionnement)?
 - Sous quelle forme les faire participer à l'évaluation?
 - Comment utiliser les données produites par cette participation pour évaluer l'efficacité du dispositif?
 - Quels méthodes et procédés opératoires adopter?

- Si l'on souhaite appréhender une éventuelle amélioration de la qualité de vie, de l'état de santé des bénéficiaires, sur le plan scientifique, il est inconcevable de ne pas chercher à recueillir leur avis et à l'intégrer dans l'évaluation
- En outre, si l'on veut appréhender l'économie produite par le dispositif sur les plans financiers et du fonctionnement hospitalier (surcoûts, temps équipes investi dans la gestion de la vulnérabilité sociale), il faut s'intéresser aux comportements observés et déclarés, (à leur modification), et donc interroger et/ou observer les différents protagonistes (bénéficiaires, professionnels impliqués)
- Comment évaluer la subjectivité en santé cad comment déduire/traduire de la parole des bénéficiaires comme des professionnels, d'observations, donc de méthodes qualitatives, les bénéfices que le dispositif apporte?

Choix de la méthode

- Partir d'une combinaison d'approches, articuler les méthodes quantitatives et qualitatives (méthodes mixtes) afin d'évaluer les effets du dispositif sur l'efficacité du système de santé
- La partie qualitative concerne la consultation des bénéficiaires et des équipes impliquées

Les procédés opératoires

- **Entretiens semi-directifs (10 personnes)**
 - Volontariat requis, modalités présentées par l'accueil de jour ou la coordinatrice (process rigoureux)
- **Immersion anthropologique (couplée avec l'entretien)**
 - La rencontre s'est effectuée, soit sur le lieu d'habitation ou d'hébergement, soit à l'accueil de jour. A partir de leur disponibilité, je prenais rendez-vous avec elles (voire avec le mari). Après une présentation des objectifs de l'entretien (précision des conditions de confidentialité/d'anonymisation), demande d'autorisation d'enregistrer (destruction ultérieure)

- Des focus groupes et entretiens avec les acteurs de terrain
 - avec le service social de la maternité, la coordinatrice
 - avec les psychologues des deux structures
 - avec la bénévole de l'accueil de jour (praticienne en massage bien-être et participant au lien ville-hôpital)

Les entretiens

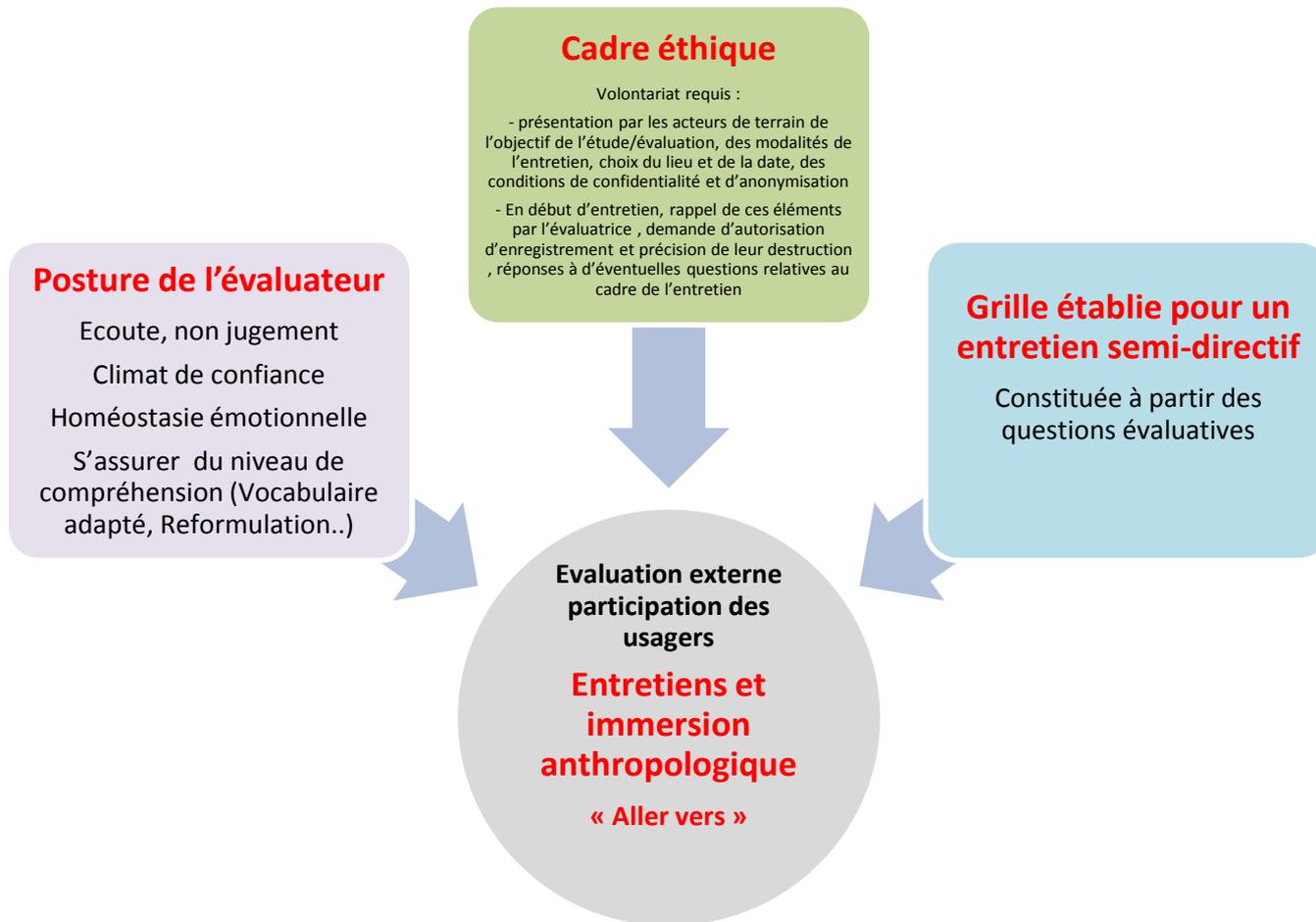
- Elaboration d'une grille d'entretien identifiant les éléments à explorer
- Laisser une part « d'improvisation », ce que les personnes souhaitaient évoquer de leur histoire, parcours..

Globalement, il fallait chercher à identifier :

- Les informations dispensées étaient-elles comprises, utilisés (accès aux droits, aux ressources)
- La compréhension d'être accompagnée dans un parcours ville-hôpital (sécurisation)
- Les effets du dispositif sur les modifications des trajectoires, de l'utilisation des ressources (déplacement du recours hospitalier vers la ville)
- Les effets sur l'accès aux soins pour les femmes et leurs enfants (hôpital si besoin, médecin généraliste, PMI..)
- Les effets sur le plan de la santé mentale (modification des stratégies de coping)

Immersion anthropologique

- Aller vers
- Reçu dans le lieu de vie (l'intime)
- Réaliser l'entretien sur le lieu d'hébergement, de vie induit davantage à évoquer les déterminants de la santé, à observer des «évènements» non perceptibles autrement (et permet d'introduire des questions qui y sont relatives)
- Un focus étant réalisé sur la santé mentale des femmes et de leurs enfants, les entretiens et l'immersion ont permis de mettre en exergue des données renseignant les conditions de vie (stress majoré par le manque d'intimité, conséquences d'un espace réduit et impossible à investir, problème de sécurité pour les enfants)



- **La grande précarité : Un cumul de difficultés**

« Parce qu'en fait, dans ce truc-là, tellement vous êtes mélangée que vous pouvez pas réfléchir. Peut-être qu'il y a une solution devant vous, vous ne la voyez même pas. Du moment que vous êtes dans un problème qui est grave, par exemple : quand j'étais enceinte j'aurais pu avoir les papiers (...). Vous, vous êtes dans un pays qui est en guerre, allez à la CAFDA. Tellement que j'étais dans les problèmes, j'avais des maux de dents, j'avais été ce jour-là pour la douleur, je savais pas où m'orienter tellement que la douleur... Quand j'arrivais là, on me disait non. Quand j'arrivais là, on me disait non. Quand elle m'a dit allez à la CAFDA, c'est dans le premier mois de votre arrivée en France. J'ai sauté complètement cette partie-là alors que ça aurait pu m'aider plus tard. Ca veut dire qu'on est tellement bouleversée qu'on ne voit même pas ce qui peut vous aider plus tard. On voit tellement le jour d'après, la nourriture, comment il faut gérer le lendemain, après il y a beaucoup de choses. »

« C'était difficile, elle tirait (sur le sein). J'étais affamée. J'étais comme un fil de fer. Je n'avais pas de budget pour la nourriture. Je n'avais rien, c'était difficile »

« Je n'avais pas tellement le choix pour me nourrir : c'était moi ou elle. Donc je préférais pas manger, prendre du pain et vu qu'une baguette fait un euro, il faut vraiment calculer ce qu'il faut faire. Donc j'allais à Emmaüs manger et rentrer tranquillement. »

- L'ESI est vécu comme un lieu ressource à plusieurs niveaux :
 - Répondre aux besoins vitaux
 - Orienter
 - Intervenir selon différentes modalités sur « le moral » : la santé mentale, sur le physique (bien-être)(massages)
 - Soutien à la parentalité et qualité de l'attachement mère-enfant
 - Pour les enfants : les nourrir (lait maternisé, gouter), les vêtir et surtout y jouer.

« J'étais là-bas hier. L'ESI familles ça m'a beaucoup aidé parce que ça m'a permis de me reconstruire, de me rencontrer moi-même, de me retrouver quelque part parce que j'étais perdue. C'est-à-dire je me retrouvais dans rien, je ne comprenais pas, je marchais dans la rue comme ça. C'est-à-dire comme si je n'avais plus une âme. Quand j'ai été à l'ESI, ça m'a permis de me calmer, de me poser tranquillement, et ils sont tellement accueillants. C'est comme s'ils faisaient fi d'eux-mêmes et ils ne vous jugent pas. »

« Ils essaient au plus de vous mettre dans un cocon pour que vous puissiez réfléchir, (...) donc l'ESI m'a permis de m'ouvrir sur d'autres personnes qui traversaient ma situation, d'avoir un regard extérieur, de voir. Par exemple, j'allais au massage avec Claire qui me parlait qu'elle était assistante sociale, que c'était possible de s'en sortir. Parce que, à un moment, on pense au suicide tellement on ne voit pas le bout. C'est un tunnel, je ne vois même pas le bout, (...) Ils vous permettent de voir votre vie autrement »

- Croisement des données produites par les différents procédés opératoires

Résultats

- Les femmes entrent dans **une filière structurée** reposant sur un partenariat entre deux grandes structures du champ sanitaire et social. L'implémentation du social dans la santé est amplement probant.
- L'établissement des partenariats intersectoriels locaux ont maillé le territoire de nouvelles offres pour ces femmes éloignées du système de soins (médecins traitants, HAD, PMI etc.) permettant de **majorer le recours en ville** et de **diminuer le recours hospitalier**. La différence entre les femmes récemment intégrées dans le dispositif et celles qui y sont depuis un moment est flagrante : ces dernières ont toutes un médecin traitant, un suivi en PMI pour leur bébé ; c'est beaucoup moins vrai pour les premières. Les acteurs de PRENAP, soit orientent, soit vérifient que la femme est bien inscrite dans un parcours de soins qu'il faut fluidifier le plus possible en intégrant les contraintes d'un hébergement mobile.

Résultats

- L'ESI prend le relais sur le plan de l'urgence (besoins vitaux) et sur le plan psycho-social. Il gère ainsi ce que la maternité n'assumait pas (hors champ propre d'intervention) mais aussi pour une part ce qu'elle était obligée d'assumer. Clairement, il participe d'une **désembolisation de la maternité** de la **gestion des situations de grande précarité** (notamment du service social) et d'une **diminution de la charge psychique des soignants et des assistantes sociales**.
- En fluidifiant les trajectoires des femmes et en renforçant leur parcours de santé, l'étude a démontré **l'impact essentiel** du dispositif sur **la santé mentale des femmes** qui présentent systématiquement un syndrome dépressif. Plusieurs actions menées conjointement par la maternité et l'accueil de jour, majeurent globalement leur qualité de vie et pallient le syndrome dépressif.
- A noter aussi, **le frein à la malnutrition** que favorise le dispositif, réduisant ainsi les risques qu'ont les enfants de développer plus tard une maladie chronique (programmation fœtale des maladies chroniques, cf. bibliographie).
- Via l'accueil de jour, l'offre que propose le dispositif est large et pérenne (dans la mesure de ses capacités d'accueil) et permet ainsi de formaliser un vrai territoire ressource pour les femmes où elles peuvent « s'ancrer » et dérouler leur histoire pendant parfois plusieurs années.

- Ce type d'accompagnement permet aussi de poser l'hypothèse d'une **meilleure intégration sociale** pour les jeunes mères, d'une **meilleure insertion scolaire** pour les enfants et d'être **un frein à la délinquance** dans laquelle entrent plus facilement les adolescents en rupture sociale. Sous l'angle sociétal comme sous celui des couts, lorsque des actions visent à optimiser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle, **l'économie potentielle réalisée** est réelle même s'il est impossible de la chiffrer.

Résultats

- Il a été demandée à l'équipe de Port-Royal de produire ce qu'elle estimait
- Cependant, même si on base les résultats à partir d'une méthodologie ne pouvant produire des résultats statistiquement significatifs, on peut néanmoins objectiver ces résultats. B. Falissard et K. Chevreul ont validé cette approche. Citons aussi les rapports de l'EHESP et de A. Exertier et A. Minodier sur cette question (31, 32)
- Il était demandé à la coordinatrice de réunir dans les trajectoires des femmes qu'elle a accompagnées, les journées qu'elle supposait avoir été évitées en termes de :
 - 1) DMS post-accouchement,
 - 2) Hospitalisations évitables comme le passage en néonatalogie
 - 3) Le recours aux urgences.
- Et ce, par des actions basées sur une meilleure organisation de l'aval après l'accouchement :
 - 1) Mise en place d'une HAD,
 - 2) Mise en place d'un suivi en ville
 -
- **Dans une période de six mois (février/juillet 2014) :**
- **Total des couts évités pour 6 mois : de 90.255,49 euros à 95.314,41 euros.**

En conclusion