

« Certains programmes de recherche en santé publique échouent parce que les acteurs de terrain n'ont pas été consultés »

Entretien avec Tim Greacen, directeur du laboratoire de recherche, EPS Maison Blanche, Paris.

La Santé en action : Vous êtes chercheur, quel est le principal enjeu de la recherche interventionnelle en santé publique ?

Tim Greacen : La notion de recherche interventionnelle dans le domaine de la santé englobe toute recherche impliquant une action sur la personne, qui modifie la prise en charge habituelle. D'où l'importance de solliciter le consentement de la personne. Mais comment faire pour une recherche interventionnelle de santé publique ? En premier lieu, il s'agit de concevoir l'action avec un volet évaluation, comme pour la recherche-action en général, non seulement de transformer la réalité mais aussi de produire des connaissances concernant ces transformations.

Avec la recherche interventionnelle en santé publique, immédiatement se pose la question éthique – mais aussi pratique : qui définit ces objectifs ? Qui les évalue ? Les bonnes pratiques de recherche interventionnelle impliquent donc l'ensemble des parties prenantes, dont les chercheurs, les acteurs de terrain et les populations concernées, et cela dès la conception de l'action et pas seulement pour sa mise en œuvre et son évaluation.

En même temps, l'action doit se situer par rapport aux connaissances scientifiques nationales et internationales. L'objectif est de concevoir

des interventions basées sur des preuves scientifiques, tout en prenant en compte la réalité du terrain.

Les intervenants de terrain et les chercheurs travaillent donc sur un pied d'égalité ?

T.G. : Absolument, et c'est l'un des piliers les plus difficiles à mettre en œuvre. Très souvent, les équipes de recherche sont basées dans les universités et donc éloignées du terrain. En France, dans le domaine de la recherche biomédicale et de l'épidémiologie, la création des centres hospitaliers universitaires a permis que les praticiens hospitaliers puissent également être des chercheurs, donc cumuler ces deux activités est une excellente chose et cela fonctionne bien. La recherche interventionnelle est donc fréquente dans le biomédical. En revanche, l'éloignement entre chercheurs et intervenants de terrain est la règle dans les autres domaines comme l'éducation, le médico-social et la santé communautaire.

Par ailleurs, les professionnels sont formés séparément, sans cursus et culture commune. Un exemple : travailleurs sociaux et éducateurs spécialisés sont souvent formés aux techniques d'écoute, de counseling, de plaidoyer, ce qui n'est guère le cas des infirmiers auxquels ces formations peuvent manquer cruellement. D'une manière générale, les professionnels devraient partager davantage de compétences et maintenir à jour, tout au long de leur carrière, leur connaissance des évolutions dans les compétences de leurs collègues d'autres métiers.

L'ESSENTIEL

- **Docteur en psychologie, Tim Greacen est devenu directeur de recherche après avoir milité dans les associations, à Aides notamment, pour que l'utilisateur ait son mot à dire dans le champ de la santé publique.**
- **Ce parcours atypique lui permet de porter un regard particulier sur la recherche interventionnelle en santé publique, fondée justement sur le travail en commun des chercheurs et porteurs de projets.**
- **L'unité de recherche qu'il dirige travaille sur plusieurs recherches interventionnelles sur la petite enfance et la psychiatrie.**

S. A. : Dispose-t-on de preuves scientifiques pour fonder des interventions efficaces ?

T.G. : Cela dépend des champs. Si l'on prend l'exemple de la psychiatrie, qui est notre travail quotidien au laboratoire de recherche de Maison-Blanche, nous disposons de très peu de preuves réellement scientifiques sur l'efficacité des interventions en santé mentale communautaire, du fait de la faiblesse voire de l'absence de recherche, y compris en France. Une illustration concrète : les groupes d'entraide mutuelle (GEM)¹ mis en place en France fonctionnent-ils de manière satisfaisante par rapport aux missions qui leur ont été fixées dans les circulaires les instaurant ? Il s'agit d'une stratégie importante dans le champ de la santé mentale ; or, hormis quelques thèses de doctorat, aucune évaluation d'ampleur n'a été réalisée.

La recherche interventionnelle répond à ce type de défi : des chercheurs vont dès le départ co-construire l'intervention avec les acteurs de terrain. La rigueur scientifique doit s'imposer dans tous les domaines. Si c'est possible, il faut mettre en place des études randomisées contrôlées à large échelle (un groupe bénéficie d'une action, l'autre est un groupe « témoin » qui n'en bénéficie pas, on compare les résultats dans les deux groupes pour voir si une action est efficace, ndlr) sur ces interventions.

S. A. : En quoi consiste la recherche interventionnelle CAPEDP à laquelle vous participez ?

T.G. : Dans l'étude CAPEDP² (prononcer « Cape et d'épée »), nous examinons dans quelle mesure le fait d'envoyer des psychologues effectuer des visites à domicile auprès des futures mères, puis après la naissance de l'enfant (à partir du 7^e mois de grossesse et jusqu'aux 2 ans de l'enfant), aurait un effet positif sur la santé mentale de l'enfant. Notre étude porte sur 440 jeunes femmes primipares en situation de vulnérabilité psychosociale. Elles ont été recrutées au 6^e mois de grossesse (220 dans le groupe qui reçoit l'intervention et 220 dans le groupe témoin qui ne fait pas l'objet de cette même intervention). Nous évaluons à plusieurs reprises, selon un protocole scientifique très rigoureux, l'état psychologique des enfants. Nous examinons la relation entre la mère et l'enfant, en mesurant tout un ensemble de variables associées à la santé mentale de l'enfant : la nature de la relation, l'attachement, etc.

S. A. : Qu'avez-vous observé pour ces deux groupes ?

T.G. : Il est trop tôt pour en tirer des conclusions définitives. Les analyses en cours cherchent à identifier si les visites à domicile par les psychologues ont eu un effet positif sur la dépression post-partum chez les mères, un résultat potentiellement important puisque la dépression maternelle est associée aux troubles psychiques chez l'enfant. Ensuite, les analyses porteront sur une série de questions qui ont des implications cruciales pour notre politique de prise en compte de la santé mentale

au niveau périnatal en France : quel aura été l'impact sur la relation mère-enfant ? Y a-t-il un impact sur le recours aux services de droits communs, comme par exemple la PMI ? Sur l'incidence des troubles psychiques chez l'enfant dans les familles qui ont reçu les visites à domicile ?

S. A. : Que va apporter concrètement cette recherche interventionnelle ?

T.G. : Nous touchons ici le cœur de l'intérêt de ce type de recherche : l'analyse en cours va nous permettre d'identifier auprès de quelle population cela fonctionne, quelles sont les femmes qui ont quitté le dispositif, quels sont les enfants qui en bénéficient le plus. En somme, qu'est-ce qui fonctionne et pour qui.

CAPEDP a par ailleurs une spécificité importante : c'est la première fois, dans le cadre d'une recherche interventionnelle randomisée, contrôlée au niveau international, que les intervenants qui effectuent les visites à domicile dans un programme de ce type sont uniquement des psychologues. Ailleurs, que ce soit en Europe ou en Amérique du Nord, les intervenants sont le plus souvent des infirmières, des puéricultrices, des bénévoles formés. Les résultats sont donc attendus avec impatience³.

S. A. : En quoi consiste « Un chez soi d'abord », autre recherche interventionnelle à laquelle vous participez ?

T.G. : « Un chez soi d'abord » concerne la population des sans domicile fixe ayant des troubles psychiatriques sévères (schizophrénie ou maladie bipolaire). L'intervention traditionnelle auprès de cette population consiste en une réhabilitation progressive par étapes : il s'agit de les approcher, d'établir le contact, de leur procurer un hébergement d'urgence, puis un hébergement intermédiaire dans un centre de stabilisation, puis un hébergement individuel – le « chez soi » – un appartement en milieu ordinaire, typiquement dans un bâtiment collectif.

Or, la recherche internationale sur ce type d'intervention semble montrer que cette démarche progressive, imaginée au départ comme la plus efficace et appropriée, n'est pas forcément la plus adaptée pour favoriser le rétablis-

sement des personnes sans domicile fixe. Ce qui fonctionne le mieux est – au contraire – de leur donner tout de suite un logement, un « chez soi » ! Le projet « Un chez soi d'abord », financé et piloté par l'État (Dihal), est aidé sur chaque site par les collectivités locales notamment pour la recherche de logements : obtiendrons-nous les mêmes résultats positifs en France, pays avec une offre de soins parmi les plus développées du monde, par rapport à cette population ? La recherche apportera une réponse à cette question.

S. A. : Qu'en est-il justement de la France ?

T.G. : En France, huit cents personnes SDF participeront à cette étude, avec là encore un groupe qui bénéficie tout de suite d'un « chez soi » et un autre groupe, témoin, qui suit le processus de réhabilitation habituel, progressif. Mais la recherche ne s'arrête pas là : nous suivons ensuite ces personnes pendant deux années supplémentaires, pour les unes une fois qu'elles sont installées dans leur studio, avec un accompagnement/soutien à domicile ; pour les autres, pendant leur suivi habituel.

Sur chaque site, des enquêteurs en sciences sociales sollicitent et mettent en valeur le point de vue de l'ensemble des participants, y compris les sujets de recherche eux-mêmes, sur l'ensemble du processus. Sur chaque site, des personnes ayant une expérience de la rue ou de la maladie mentale grave, participent en tant que médiateurs santé salariés à l'accompagnement des sujets de recherche.

La recherche n'est pas terminée, donc on ne peut rien dire sur les résultats pour l'instant. Les personnes SDF du groupe qui a disposé d'un logement à soi tout de suite et d'un accompagnement à domicile se rétabliront-elles plus rapidement, comme cela a été observé au Canada et aux États-Unis ? Certes, les études internationales indiquent que cette approche ne fonctionne pas pour tout le monde, mais elles montrent que cela fonctionnerait pour au moins les trois quarts des personnes concernées, le quart restant ayant besoin d'un accompagnement plus progressif, notamment par le logement collectif.

On voit là tout l'intérêt de la recherche interventionnelle, qui teste un dispositif avec les règles strictes d'un essai randomisé et contrôlé à grande échelle, et qui provoque une rupture avec la prise en charge traditionnelle, en respectant le point de vue de l'ensemble des parties prenantes. Ceci se déroule actuellement dans quatre villes françaises : Paris, Lille, Marseille et Toulouse. Notre équipe de l'hôpital de Maison-Blanche, assure la partie recherche sur le site de Paris, en lien avec les équipes de recherche des trois autres sites. Ce programme est opérationnel sur de nombreux sites : New York, Chicago, Los Angeles aux États-Unis, la plupart des grandes villes au Canada, et en Finlande, où cette approche du « chez soi d'abord » est désormais la politique nationale mise en œuvre de manière systématique.

S. A. : La recherche interventionnelle réunit chercheurs et intervenants de terrain : comment vous-même avez-vous rempli ces deux fonctions ?

T.G. : J'ai effectivement été président de l'association Aides pour l'île-de-France et je suis encore aujourd'hui représentant des usagers à l'hôpital Pitié-Salpêtrière. Donc c'est l'intervenant

associatif de terrain qui est devenu chercheur. Au sein de Aides et dans les collectifs d'associations d'usagers, les questions que se posent les usagers des systèmes de santé constituent souvent des questions importantes de recherche. Pour promouvoir la participation des usagers, j'ai – en tant qu'intervenant de terrain – siégé dans de nombreux comités scientifiques pour participer aux choix et à l'orientation des actions, tenter d'orienter les projets vers des sujets qui intéressent les usagers.

S. A. : Quel écueil majeur à surmonter pour développer la recherche interventionnelle ?

T.G. : Pour qu'une recherche interventionnelle fonctionne, il faut que l'ensemble des parties prenantes – acteurs de terrain, représentants des populations concernées et chercheurs – co-construisent à la fois l'intervention et son évaluation. Et, si comité scientifique il y a, il faut que toutes y soient représentées. Beaucoup de projets interventionnels échouent ou sont retardés parce que l'un des groupes n'a pas été consulté. C'est le cas, par exemple, en France pour le recrutement des médiateurs santé en psychiatrie.

Il s'agit d'usagers de la psychiatrie qui sont recrutés dans les services pour aider d'autres usagers : la France a pris un retard important en ce domaine, notamment parce que le personnel soignant existant n'a pas été assez consulté, ni accompagné. Certains services font de la résistance lorsqu'arrivent des pairs aidants et des médiateurs santé. Leurs compétences sont mises en question, se pose parfois la question d'un poste qui sera pris sur l'effectif existant. Dans d'autres pays comme le Danemark, l'Australie, ce type de projet est mieux accepté, voire même porté et défendu par les syndicats professionnels, comme en Californie.

Propos recueillis par Yves Géry

1. Empowerment et santé mentale [dossier]. La Santé de l'homme, mai-juin 2011, n° 413 : p. 7-44. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>
2. CAPEDP compétences parentales : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience.
3. Les résultats définitifs sont attendus d'ici fin 2013.

