



L'évaluation : pourquoi et comment ?

L'évaluation de l'action publique est une pratique qui s'est développée ces dernières années avec la volonté de quantifier les performances. Dans le domaine de la santé publique, l'évaluation est multiforme et a nécessité l'élaboration de stratégies et d'outils spécifiques.

L'évaluation en santé publique en France : diversification et consolidation

Chantal Cases

Directrice de l'Ined,

Isabelle Grémy

Directrice de

l'Observatoire

régional de la santé

d'Île-de-France,

Bernard Perret

Ingénieur général des

ponts, des eaux et

des forêts, Conseil

général des ponts et

chaussées

Membres du Haut

Conseil de la santé

publique

L'évaluation de l'action publique connaît depuis quelques années un développement important et multiforme dans les administrations publiques françaises. La santé publique ne fait pas exception à ce mouvement.

Une brève histoire de l'évaluation des actions publiques

L'évaluation a commencé à s'institutionnaliser aux États-Unis dès avant la Seconde Guerre mondiale avec la création, en 1921, du General Accounting Office, qui associe contrôle et analyse de l'efficacité. Elle s'y renforce et diversifie ses méthodes après la Seconde Guerre mondiale, avec le développement des politiques de *welfare*. Dans cette phase initiale, l'évaluation est conçue avant tout comme une mesure empirique des impacts de programmes simples, principalement dans les domaines de l'éducation et des politiques sociales. En Europe, son développement est plus tardif et date des années soixante. La Grande-Bretagne, les Pays-Bas et les pays scandinaves sont les premiers à suivre l'exemple américain. En France, la première tentative

visant à systématiser et institutionnaliser l'évaluation est la rationalisation des choix budgétaires (1970-1984), centrée sur l'aide à la programmation budgétaire et l'évaluation *ex ante*. C'est dans ce contexte qu'a été mise en place, en 1970, une première évaluation en matière de santé publique, celle du programme périnatalité, par le ministère de la Santé.

Au début des années quatre-vingt-dix, le gouvernement dirigé par Michel Rocard impulse le développement de l'évaluation *ex post* des politiques publiques. Sous l'influence du rapport Viveret¹ (1989), le développement de l'évaluation des politiques publiques est alors conçu comme un outil de modernisation du débat démocratique. Pour remplir cette fonction, l'évaluation doit respecter quatre principes de base : indépendance, rigueur, pluralisme et transparence². La Société française d'éva-

1. *L'évaluation des politiques publiques. Rapport au premier ministre*. Paris : La Documentation française, 1989.

2. Viveret P. *L'évaluation des politiques et des actions publiques. Propositions en vue de l'évaluation du revenu minimum d'insertion. Rapport au Premier ministre*. Paris : La Documentation française, 1989, coll. des rapports officiels : 193 p.

luation, créée en 1999, élargira ces principes à sept : pluralité, distanciation, compétence, respect des personnes, transparence, opportunité et responsabilité³. Un ensemble d'initiatives sont prises par le gouvernement Rocard pour inscrire l'évaluation dans les processus de décision publique. Un Conseil scientifique de l'évaluation est créé (1990) ; il deviendra ultérieurement le Conseil national de l'évaluation (1998), avant d'être supprimé en 2002. En 1999, une mission d'évaluation et de contrôle, appuyée sur l'expertise de la Cour des comptes, est créée au sein de l'Assemblée nationale pour veiller à l'efficacité de la dépense publique. Cette tentative d'institutionnalisation n'a pas eu l'impact escompté sur le processus d'élaboration des politiques, mais elle a contribué à la diffusion d'une culture de l'évaluation dans l'administration française. Parallèlement, à partir de 1993, l'évaluation a connu un fort développement au niveau régional, dans le cadre des contrats de plan entre l'État et les régions et, surtout, de la politique européenne d'aide aux régions défavorisées par les fonds structurels.

C'est à cette période qu'un dispositif d'évaluation est explicitement prévu pour la première fois en matière de santé publique, dans la loi Evin de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (1991). En 1991 est créé le Haut Comité de santé publique, chargé d'orienter la politique de santé à travers, notamment, des analyses critiques du système de santé. La production du HCSP contribuera ainsi, au fil des années, à diffuser la culture et les méthodes de santé publique en France. D'autres institutions y contribuent : ainsi, en 1995, l'Andem publie un premier recueil de recommandations sur l'évaluation d'une action de santé publique⁴, dont la revue *adsp* rend d'ailleurs compte l'année suivante⁵.

Évaluation et culture du résultat

Au cours de la période récente, les initiatives des pouvoirs publics ont été recentrées sur l'amélioration du compte rendu budgétaire, les indicateurs de performance et l'utilisation de l'évaluation pour réduire les dépenses publiques, dans une optique souvent assez éloignée des principes fondateurs énoncés en 1990. La loi d'orientation sur les lois de finances (LOLF, 2001) met en avant une nouvelle culture d'évaluation de l'efficacité de la dépense à travers des procédures de *reporting* : aux grands objectifs de dépense publique sont associés des indicateurs chiffrés et des cibles.

Lancée fin 2007, la « révision générale des politiques publiques » (RGPP) a été présentée comme une version française de la « revue des programmes » entreprise par le gouvernement canadien de 1995 à 1998, période au cours de laquelle les crédits des ministères ont été amputés de 5 % à 40 %. Mais cette comparaison est

trompeuse : la réforme canadienne – on aurait aussi pu s'inspirer des exemples suédois et néerlandais – reposait sur un large consensus social et une étroite collaboration entre le ministère des Finances et les ministères dépensiers. Le cadre de la RGPP s'inspire formellement de la démarche canadienne. L'ensemble des activités et des missions des ministères a été passé au crible sur la base d'un questionnement rigoureux : « Que faisons-nous ? », « Quels sont les besoins et les attentes collectives ? », « Faut-il continuer à faire de la sorte ? », « Qui doit le faire ? », « Qui doit payer ? », « Comment faire mieux et moins cher ? », « Quel scénario de transformation ? ». En dépit des intentions affichées, la RGPP n'a pas donné lieu à de véritables évaluations de politiques publiques et ne s'est guère appuyée sur les évaluations existantes. Compte tenu des délais et des objectifs qui leur étaient impartis, les équipes d'audit se sont rapidement focalisées sur les enjeux de rationalisation de l'organisation des services administratifs, sans se donner les moyens de questionner les objectifs et les priorités de l'action publique.

Ces développements s'inscrivent dans une volonté déjà ancienne d'introduire dans l'administration française les principes du *New Public Management* britannique : « agencisation », contractualisation entre l'État et les établissements publics, quantification des objectifs, indicateurs de performance, développement des obligations de compte rendu et de mesure du résultat à tous les niveaux, tentative de rémunération au mérite, etc. Dans le monde de la santé, les contrats d'objectifs et de moyens des agences de santé, ceux des établissements de soins participent de cette évolution générale. La santé publique a suivi ce mouvement de développement du *reporting*, notamment à travers la loi de santé publique de 2004 qui a entériné ce principe avec ses 100 objectifs annexés et ses grands programmes et plans de santé. La loi a fait davantage : elle s'est également dotée d'un dispositif d'évaluation périodique au niveau national, en constituant dans ce but et à des fins plus générales d'expertise un Haut Conseil de la santé publique qui a pris le relais du Haut Comité en élargissant ses missions. Elle a également prévu le suivi et l'évaluation des programmes régionaux dont elle a organisé la préparation et que les groupements régionaux de santé publique se sont pour la plupart appropriés même si cela constituait pour eux une démarche novatrice.

Au plan institutionnel, l'un des changements les plus significatifs est très récent, et élargit solennellement, et pour l'ensemble des politiques publiques, le *reporting* à l'évaluation : depuis le 1^{er} janvier 2009, l'évaluation des politiques publiques fait partie des missions fixées au Parlement par la Constitution⁶. Celui-ci sera désormais assisté par la Cour des comptes et va se doter d'une mission d'évaluation des politiques publiques.

3. <http://www.sfe.asso.fr/fr/charte-sfe.html>

4. Andem, « Évaluation d'une action de santé publique : recommandations », octobre 1995.

5. Blum-Boisgard C., Gaillot-Mangin J., Chabaud F., Matillon Y., « Évaluation en santé publique », *adsp* n° 17, décembre 1996, p. XVIII-XXII.

6. Par la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la V^e République.



Une grande diversité de pratiques et d'institutions

Ce bref (et incomplet) historique fait apparaître une multiplicité de pratiques, d'acteurs et de contours de l'évaluation, assortis de méthodes variées. De plus, l'évaluation des actions publiques s'inscrit dans un ensemble toujours plus diversifié de pratiques de management, de compte rendu et de contrôle (certification, évaluation des protocoles de soins et de la performance des établissements...) entre lesquelles les frontières sont parfois floues. Les articles réunis dans ce dossier donnent un aperçu de cette diversité (cf. l'article « Acteurs et objets de l'évaluation en santé », p. 27). Sans prétendre à l'exhaustivité, la première partie présente les grands acteurs de l'évaluation en santé publique aujourd'hui, ainsi que certaines méthodes dont le développement permet d'enrichir les analyses. Dans une seconde partie, le propos sera illustré d'exemples récents d'évaluation de politiques nationales et régionales de santé, de leurs résultats, mais aussi des difficultés auxquelles elles se sont heurtées, notamment en matière de systèmes d'information et de déficience du suivi.

Sans surprise, on retrouve dans le champ de la santé les grandes oppositions qui structurent plus largement l'ensemble du domaine de l'évaluation de l'action publique. Pour simplifier, ces oppositions peuvent se lire selon deux axes principaux :

- un axe méthodologique, qui permet d'opposer des évaluations centrées sur la mesure d'un impact bien délimité (à l'image de l'évaluation des effets d'un médicament) et, d'autre part, des évaluations portant sur des actions plus complexes, accordant nécessairement davantage de place à la compréhension des processus sociaux, aux aspects descriptifs et aux méthodes qualitatives ;
- un axe relatif aux usages de l'évaluation, qui voit s'opposer des évaluations centrées sur le compte rendu, à visée de contrôle, de vérification et d'optimisation des moyens, et des évaluations dont les objectifs sont plus larges et variés : production de connaissances scientifiques, aide au pilotage des actions (grâce notamment à une meilleure appréhension des processus de mise en œuvre), interrogation sur la pertinence des objectifs et la cohérence des politiques.

Cependant, au-delà des inévitables controverses propres à tout domaine de connaissance (à l'exemple de celle portant, depuis des décennies, sur la place de l'expérimentation avec groupe de contrôle), il s'agit moins d'opposer différentes approches que de montrer leurs interpénétrations et leurs complémentarités. L'exemple du Haut Conseil de la santé publique illustre parfaitement ce point, puisque ses missions relèvent à la fois d'une approche centrée sur le compte rendu et la mesure (évaluation sur la base d'indicateurs de la réalisation des objectifs nationaux de santé publique annexée à la loi quinquennale débouchant sur la proposition d'objectifs quantifiés pour la prochaine loi) et d'une approche plus compréhensive, pluridisciplinaire et « pluraliste » (évaluation des plans de santé publique tels le Plan cancer et le Plan maladies rares).

En tant qu'elle participe d'une « culture du résultat », l'évaluation s'inscrit dans une démarche de rationalisation de l'action publique. Cependant, la rationalité de l'action (qu'elle soit individuelle ou collective) suppose toujours la donnée d'un cadre normatif et cognitif stabilisé (des objectifs clairement fixés, des valeurs et des représentations de la réalité suffisamment stabilisées et partagées). Or, comme l'ont bien montré plusieurs sociologues contemporains (Ulrich Beck, Antony Giddens...), la société « post-moderne » se caractérise par l'instabilité croissante des cadres de l'action humaine. Sous l'effet de différents facteurs (pluralisme culturel, complexité de la réalité sociale, importance croissante des risques et des incertitudes...), l'individu contemporain est contraint de réévaluer en permanence les paramètres et les buts de ses actions. Cette conceptualisation, d'abord conçue pour comprendre l'action des individus, s'applique parfaitement aux actions et politiques publiques. De fait, l'évaluation participe presque toujours d'un processus réflexif de réinterprétation et de réappropriation du sens de l'action. En effet, même lorsqu'elle obéit à des impératifs légitimes de compte rendu et de rationalisation, l'évaluation évite rarement de s'interroger sur le bien-fondé et le sens des objectifs politiques. Ce faisant, à travers notamment la discussion collective d'un questionnement évaluatif, elle permet à un cercle élargi de « parties prenantes » (experts, professionnels de santé, associations d'usagers et de malades, élus locaux...) de participer à la reformulation des référentiels de la politique de santé. Sans renoncer aux exigences du *reporting*, l'évaluation constitue donc l'une des expressions les plus caractéristiques du développement de la réflexivité sociale.

Un défi pour l'avenir : mettre l'évaluation au service d'une utilisation plus rationnelle des ressources publiques

L'un des objectifs de ce dossier est de réfléchir à ce que devrait être un « bon usage » de l'évaluation en santé publique, et aux conditions de son développement. L'une des conclusions qui s'en dégage est que l'évaluation doit répondre à une pluralité de besoins également légitimes. Comme on vient de le voir, elle ne s'adresse pas uniquement aux besoins des décideurs centraux : c'est aussi un outil de connaissance et d'apprentissage collectif appropriable par l'ensemble des acteurs du système de santé. Reconnaître cela n'enlève cependant rien à l'exigence de fonder la décision politique sur une base plus rationnelle. De ce point de vue, le faible usage des méthodes de l'évaluation économique n'est pas sans poser problème. L'accroissement prévisible de la contrainte financière, l'accroissement des exigences de qualité et de sécurité, le progrès technique, le vieillissement de la population et, plus généralement, l'explosion des demandes de toutes natures adressées au système de santé sont autant de facteurs qui rendent plus que jamais nécessaires l'instauration de processus décisionnels à la fois rationnels

et transparents. L'évaluation pourrait y contribuer, en s'appuyant notamment sur les outils décrits dans l'article de Marie-Odile Carrère, page 57. Encore faudrait-il vaincre toutes les méfiances et incompréhensions qui s'attachent à la mise en œuvre des méthodes d'aide au choix rationnel. On peut penser que le développement d'une culture de l'évaluation donnant droit de cité aux différents aspects de la démarche évaluative créera progressivement les conditions d'une appropriation

des outils économiques. Il deviendra alors possible de déployer toutes les potentialités de l'évaluation, y compris celle de fonder sur de meilleures bases l'affectation de ressources publiques limitées aux différents objectifs de santé. Le respect des exigences indissociables de rigueur et de transparence, de pluralisme et de pluridisciplinarité permettra ainsi à l'évaluation de remplir son objectif ultime : au-delà du jugement sur le passé, orienter l'évolution des politiques. **F**

L'évaluation de la performance au service d'un pilotage décentralisé du système de santé

Les outils nécessaires pour piloter les transformations requises des systèmes de santé, en France, au Québec, comme dans tous les pays développés, font l'objet de discussions et d'efforts considérables. Partout, les effets conjugués du développement des connaissances et des techniques, du vieillissement de la population et de la dégradation de l'environnement créent de nouvelles demandes pour les systèmes de santé. Les pressions qui s'exercent sur les finances publiques obligent également les États à contrôler avec vigueur les dépenses de santé. La crise qui résulte de la rencontre de ces deux mouvements oblige à proposer des réformes majeures des systèmes de santé. Ces réformes visent toutes à améliorer l'intégration des soins. Elles proposent de nouvelles instances se situant entre, d'une part, le niveau micro où les activités cliniques des professionnels se déroulent sans véritable coordination dans des organisations peu articulées les unes avec les autres et, d'autre part, le niveau macro où se prennent les décisions stratégiques (l'État, le ministère de la Santé). Ces instances visent, sur un territoire donné, à coordonner les ressources pour permettre à toute la population d'avoir accès de façon efficiente à des services de qualité ; exemples : au Québec, la loi 25 qui a créé les centres de santé et de services sociaux et modifié les responsabilités des agences régionales de santé et de services sociaux. En France, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », qui crée les agences régionales de santé (ARS) « pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé » et exercer, en reprenant les termes du Rapport Ritter « un pilotage territorial unifié et responsabilisé tant en matière de politique de santé que de maîtrise des dépenses ».

L'implantation de ces instances régionales consacre l'existence d'un pilotage décentralisé du système de santé. Elle implique une redistribution importante des responsabilités entre les différents niveaux du système de santé et elle oblige à concevoir de nouveaux outils pour permettre aux décideurs d'exercer leurs responsa-

bilités et, en particulier, de nouveaux systèmes d'évaluation de la performance des instances régionales, des établissements et des projets cliniques pour pouvoir donner un sens aux réformes en cours, pour orienter les changements et pour gérer de façon responsable.

À partir des études que nous menons au Québec, nous montrons qu'il est utile de concevoir les systèmes régionaux de santé et les organisations qui les composent comme des systèmes organisés d'action complexes qui s'emboîtent et s'articulent les uns avec les autres, et qu'il est possible d'évaluer de façon globale et intégrée la performance de ces systèmes complexes de façon à produire des informations utiles pour les différents preneurs de décisions, aux différents niveaux où ils exercent leurs fonctions. L'idée maîtresse qui a guidé nos travaux réside dans le fait que l'utilité d'une évaluation est d'autant plus grande qu'il existe une forte adéquation entre la complexité de l'intervention à évaluer et le dispositif d'évaluation choisi.

L'article est divisé en quatre parties : 1) l'objet de l'évaluation ; 2) la conceptualisation de la performance ; 3) le but de l'évaluation et le public visé ; et 4) la faisabilité opérationnelle de la démarche. Nous concluons par quelques considérations sur l'utilité de la mesure de la performance des systèmes et des organisations de santé dans l'implantation des réformes.

L'objet de l'évaluation

Représentation systémique du système et des organisations de soins

Le premier choix à faire dans l'élaboration des systèmes d'évaluation de la performance concerne l'objet de l'évaluation. S'agissant de systèmes régionaux de santé, il faut commencer par savoir, et préciser, si on veut mesurer la performance du système de santé au sens large ou la performance du système de soins.

Les systèmes de santé concernent l'état de santé et le bien-être des individus et des collectivités, tandis que l'objectif du système de soins est de « réduire la

**André-Pierre
Contandriopoulos
François
Champagne
Claude Sicotte**

Professeurs titulaires,
Département
d'administration de
la santé, Faculté de
médecine, université
de Montréal et
chercheurs à l'Institut
de recherche en
santé publique
de l'université de
Montréal (Irspum)

**Geneviève
Sainte-Marie**

Coordonatrice de
projet de recherche à
l'Irspum