

Évaluation nationale des Praps de première génération

Catherine Gerhart
Médecin inspecteur
de santé publique,
responsable de
l'évaluation des
programmes à la
direction générale de
la Santé

Gérard Pelé
Chef du bureau
Évaluation des
programmes,
recherche et
prospective à la
direction générale de
la Santé

La première génération des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) (2000-2002) arrivant à leur terme de mise en œuvre, la direction générale de la Santé a souhaité que soit réalisée une évaluation des dispositifs Praps. Cette évaluation devait permettre, d'une part, une meilleure visibilité des réalisations des Praps sur l'ensemble du territoire, d'autre part, dans la perspective d'une amélioration des Praps de deuxième génération (2003-2006), de répondre aux trois questions suivantes du mandat :

- Dans quelle mesure les actions mises en œuvre par les Praps sont-elles pertinentes par rapport aux besoins constatés localement et cohérentes au regard des objectifs fixés par la loi et les autres programmes de santé et de prévention ?
- Les Praps ont-ils favorisé l'accès au droit commun des personnes vivant dans des conditions précaires ou bien ont-ils contribué à pérenniser des dispositifs spécifiques ?
- Quelles modalités de gestion des Praps pourraient être modifiées pour en renforcer les impacts attendus en matière d'accès aux droits, à la prévention et aux soins ?

La direction générale de la Santé a donc lancé en avril 2002 l'évaluation nationale de la première génération des 26 programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (Praps) dont les neuf questions évaluatives du cahier des charges peuvent ainsi être regroupées en trois thèmes :

- la pertinence et la cohérence externe des Praps
- l'efficacité et les impacts de ces programmes
- les modalités de pilotage et gestion des Praps permettent-elles de répondre aux enjeux des Praps ?

Le cahier des charges précisait particulièrement que des recommandations étaient attendues pour l'amélioration des processus Praps ainsi que pour l'identification de bonnes pratiques à diffuser.

Les enseignements de l'évaluation

Répartition des actions et leur financement

- Répartition des Praps sur les 22 régions métropolitaines : toutes les régions sont couvertes par les dispositifs des Praps, mais de façon inégale (Ile-de-France et Bretagne concentrent plus du quart des actions).
- Typologies des actions et des publics bénéficiaires : l'accès à la prévention a été un axe fort des Praps, avec plus de 50 % des 1 392 actions financées en 2000 qui concernent surtout des actions d'information, d'édu-

cation pour la santé et des interventions dans des lieux d'accueil, d'écoute ou d'orientation prenant en compte la santé. Les publics bénéficiaires sont principalement : les « tout public précaire », qui arrive en tête (28 %), les jeunes de 16 à 25 ans en situation précaire (26 % des publics), les professionnels (11 %).

- Les financements : ce sont principalement l'État avec 18 millions d'euros en 2000, les collectivités locales avec plus de 22 % du volume des financements, la Caisse nationale d'assurance maladie, qui avait abondé les Praps pour 2 millions d'euros avant la création en 2001 de la ligne Praps du FNPEIS.

Cette partie « observation » de l'évaluation a posé de véritables problèmes méthodologiques, influençant d'ailleurs fortement les conclusions et recommandations des travaux : en effet, il n'existait pas au niveau national de recueil de données standardisées des actions des Praps. Les chiffres présentés ne concernent que l'année 2000, au moment où le bureau en charge des Praps à la DGS avait demandé aux régions, selon une grille préétablie, de faire état de la répartition des actions et des budgets alloués pour cette année l... Mais l'évaluateur, en enquêtant sur place, a perçu des variations interrégionales dans la compréhension des définitions des typologies d'action et de populations visées, ce qui l'a amené à ne pas utiliser ces données pour une analyse nationale puisqu'elles recouvraient des objets variables selon les régions. Cette absence de données précises et exhaustives sur l'ensemble des Praps, a fait réagir vivement le comité de pilotage exigeant que l'évaluateur réalise un bilan *a posteriori* des actions. Cela pose la question des difficultés de la phase d'observation quand on ne dispose pas de standards de données.

Principales conclusions de l'évaluation nationale des Praps I

Une pertinence et une cohérence externe globalement avérées mais qui méritent d'être améliorées

Pour juger de la pertinence d'un programme au regard des besoins de la population visée, l'évaluateur s'est interrogé sur la qualité des diagnostics réalisés et sur la pertinence des objectifs des programmes pour y répondre. La qualité des diagnostics s'est avérée variable selon les régions : certaines ont privilégié une approche « quantitative » sur la base d'indicateurs statistiques, d'autres ont choisi de les définir selon une approche ascendante et qualitative *via* des groupes de travail ou des études *ad hoc*, d'autres enfin ont combiné les différentes approches. Partout se sont posées les questions du niveau des diagnostics (jusqu'au microlocal) et de leur actualisation.

La définition des objectifs des programmes, pour répondre aux besoins identifiés, a souvent posé de véritables questions de méthode : par exemple, les disparités plus locales n'étaient pas assez prises en compte. De plus, cette élaboration, même si elle a donné lieu à de nombreux échanges et débats, semble

Consulter
http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/eval_praps1/sommaire.htm

Organisation de l'évaluation

L'évaluation a été réalisée par un prestataire externe sous la responsabilité d'un comité de pilotage*. La composition du comité de pilotage devait garantir l'approche participative. La continuité des travaux était assurée par une équipe projet constituée des bureaux à la DGS respectivement en charge des Praps et de l'évaluation, ainsi que de l'AMO, et du prestataire réalisant l'évaluation.

Méthodologie

L'évaluateur a travaillé selon quatre axes :

- analyse documentaire des 26 Praps,
- étude approfondie sur site de quatre régions à travers quatre thématiques (régions et thématiques choisies par le Copil) : souffrance psychique en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ruralité en Poitou-Charentes, les jeunes en situation de précarité en Picardie, la formation professionnelle en Rhône-Alpes,
- entretiens individuels et/ou de groupe au niveau régional dans les quatre régions étudiées,
- organisation de trois séminaires

nationaux regroupant les coordonnateurs régionaux et nationaux pour la présentation des étapes intermédiaires et l'approfondissement des questions.

Le déroulement

Les travaux se sont déroulés de fin mai 2002 à mi-avril 2004 en quatre phases :

- phase de cadrage et de lancement de la mission,
- phase d'analyse de l'ensemble du dispositif Praps et d'état des lieux sur les quatre régions,
- phase d'évaluation approfondie à partir d'études de thématiques dans les quatre régions choisies et phase d'élaboration des recommandations,
- phase d'élaboration des rapports finaux d'évaluation.

Les travaux des différentes phases étaient présentés en comité de pilotage et, pour ceux des trois dernières phases, ont été étudiés lors de séminaires regroupant les coordonnateurs régionaux et nationaux pour validation.

L'évaluation des Praps a été demandée par le DGS, principa-

lement dans le but d'améliorer la connaissance du niveau central sur les réalisations des dispositifs Praps : alors que les questions évaluatives concernaient surtout les processus des Praps (six questions sur neuf).

Concernant la méthode choisie pour l'évaluation nationale de programmes régionaux, l'étude sur site des réponses apportées à quatre thématiques identifiées comme majeures dans l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis (étude d'une thématique par région) pose la question de méthode : le choix des thématiques et des régions était-il le plus performant ? *

* Prestataire : Bernard Brunhes Consultants. Président du comité de pilotage : Hélène Khodoss, sous directrice à la DGS, secrétariat général : le bureau de l'évaluation des programmes, de la recherche et de la prospective. Composition du comité de pilotage : représentants de coordonnateurs régionaux de Praps, de Drass, de Ddass, de la Cnam, du Collectif interassociatif sur la santé et des principaux services centraux concernés : DIV, DGAS, DHOS et DGS. Une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) était assurée par la société Eureval C3E.

souvent ne pas avoir assez pris en compte la parole des populations concernées.

Pour ce qui concerne la cohérence externe, l'articulation entre les différents dispositifs et acteurs reste insuffisante, sauf entre Praps et PRS où les procédures passent, dans de nombreuses régions, par des appels à projets communs. Enfin, parmi les acteurs concernés par les Praps, il a été relevé très souvent l'absence du secteur privé ou libéral du champ sanitaire.

Une efficacité réelle, mais les effets en direction des bénéficiaires n'ont pu être mesurés

En effet, c'est surtout l'impact sur les processus qui a pu être démontré : les réponses apportées aux publics précaires vont dans le sens d'une meilleure prise en charge au plus près des populations. Les Praps ont aussi permis des actions innovantes ou expérimentales en direction des publics. Par ailleurs, les Praps ont permis la structuration de réseaux santé/social et permis l'amélioration des pratiques de ces deux champs.

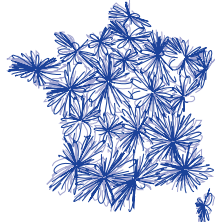
Des modalités de gestion, de suivi et de pilotage à homogénéiser et à structurer pour qu'elles ne soient plus le talon d'Achille des Praps

Si l'on constate une sensibilisation croissante aux

méthodes et outils de suivi, de pilotage et d'évaluation, les « procédures et pratiques » actuelles restent encore trop hétérogènes et insuffisamment outillées par les acteurs locaux (Drass et Ddass) et de portée limitée au niveau national qui rencontre des difficultés à « rendre compte » des Praps.

Faute de méthodes, outils et moyens adéquats, aux niveaux départemental, régional et national, les actions ne font pas systématiquement l'objet de bilans permettant de mettre en évidence et de comparer leurs apports, leurs résultats ou les difficultés rencontrées. Ce défaut de connaissance qualitative (effets constatés sur les publics touchés), mais aussi quantitative (nombre de personnes touchées par les actions), ne permet pas de valoriser comme il se doit les actions financées par les Praps. Ainsi, la reconduction, l'extension (extension territoriale et sur des cibles de publics plus importantes) ou l'arrêt (parce que certaines actions ne sont pas pertinentes, efficaces ou efficients) des actions ne dépendent donc pas d'analyses formalisées et objectivées.

Enfin, l'évaluation des actions est partout considérée et affichée en tant qu'exigence impérative conditionnant la connaissance des caractéristiques et des besoins des



publics cibles, la pertinence du Praps, l'attribution des financements. Les Drass et Ddass se donnent peu à peu les moyens de pallier cette difficulté via les évaluations régionales des Praps lancées quasiment partout.

Au-delà du pilotage opérationnel, se pose la question de l'animation du réseau des « partenaires institutionnels » du Praps. Or il convient de constater que, parmi l'ensemble des partenaires potentiels ou effectifs (ARH, Urcam et organismes de type caisse d'allocations familiales ou Mutualité sociale agricole, collectivités territoriales, secteur sanitaire libéral...), deux types de partenaires sont impliqués à un niveau moindre que les autres. D'une part, les collectivités territoriales restent trop peu impliquées en amont (définition des objectifs, choix des actions à financer...), d'autre part, le secteur sanitaire libéral, malgré l'adhésion des représentants rencontrés par l'évaluateur à la « philosophie » des Praps, s'implique plutôt dans d'autres dispositifs, comme les réseaux ville-hôpital ou d'autres réseaux.

Cette partie « analyse » de l'évaluation a donné lieu à des restitutions d'abord en séminaires avec les coordonnateurs régionaux puis en comités de pilotage. Au début des travaux, l'évaluation, demandée par le DGS, a pu être mal perçue par l'équipe du bureau en charge des Praps. Mais un véritable travail explicatif soutenu en proximité par le bureau de l'évaluation a permis de faire évoluer les perceptions des constats de l'évaluateur. Ce positionnement d'une structure de l'évaluation des programmes à la DGS, distinct des bureaux thématiques, peut permettre la nécessaire distance entre l'évaluateur et les acteurs des programmes à évaluer, mais peut aussi faciliter l'implication des acteurs dans les travaux, une implication nécessaire à la transformation des pratiques.

Au niveau du comité de pilotage, il faut souligner que celui-ci aurait pu avoir un rôle encore plus important, s'il y avait eu moins de turn-over (lié certainement à une relative démobilité du fait des gels des travaux durant six mois), peut-être aussi si des techniques participatives avaient été utilisées, tant la diversité des origines et des modes de fonctionnement des représentants peut être spontanément défavorable à l'expression.

Recommandations

Les recommandations du comité de pilotage, s'appuyant sur les recommandations présentées par Bernard Brunhes Consultants, visent à améliorer la conception et la mise en œuvre des Praps de seconde génération (2003–2006). Dans ce cadre, trois orientations ont été proposées.

Améliorer l'élaboration des Praps 2

Disposer d'un meilleur état des lieux des besoins des populations : il conviendrait de mieux identifier les besoins des populations en situation de précarité grâce à des diagnostics plus fins, élaborés en fonction des problématiques et non à partir de découpages administratifs ; cette réflexion devrait mobiliser les différents partenaires

ainsi que les usagers et formaliser les démarches visant à recueillir les informations du terrain.

Améliorer l'élaboration des objectifs des Praps : l'élaboration d'une « grille » commune et simplifiée de déclinaison des objectifs (de type « arbre des objectifs ») aiderait la Drass, les Ddass et les autres acteurs concernés à passer des diagnostics à la formalisation des objectifs. Ceux-ci devraient se décliner en objectifs spécifiques définis au niveau régional, et en objectifs opérationnels déclinant les objectifs spécifiques en fonction des contextes départementaux et locaux.

Améliorer la mise en œuvre des Praps

Formaliser les liens fonctionnels entre Drass et Ddass : le niveau régional devrait définir la stratégie et les axes prioritaires en concertation avec le niveau départemental, puis valider les projets départementaux ; les Drass seraient également amenées à jouer un rôle d'instance ressource et de transmission à l'administration centrale des données synthétisées ; le rôle des Ddass serait, quant à lui, de mobiliser les acteurs départementaux, de déterminer les axes prioritaires pour le département, d'accompagner les porteurs de projets et d'assurer le suivi et le « reporting » des actions.

Développer la logique de projet : cette nouvelle forme de fonctionnement passe notamment par la mise en place d'une véritable équipe projet et une meilleure définition du rôle de ses membres. Un profil type des coordonnateurs régionaux doit être défini dans l'optique d'un « chef de projet », et un temps minimum d'un demi-poste devrait leur être confié ; les compétences d'ingénierie de projet doivent être développées auprès des référents départementaux.

Généraliser les dispositifs d'appels à projets communs : au-delà des appels à projets communs État/assurance maladie, il convient également de réfléchir à la faisabilité d'un appel à projets associant les services de l'État (y compris l'Éducation nationale), l'assurance maladie, mais également les collectivités territoriales ; cela permettrait de mieux mobiliser les acteurs et de mieux articuler les programmes.

Assurer le suivi des porteurs de projet : il convient de mieux connaître les porteurs de projets existants et potentiels, ce qui suppose que les Ddass aillent plus souvent à la rencontre des porteurs de projets. Les relations directes avec les porteurs de projets pourraient être optimisées par l'organisation de séances de travail régulières visant notamment à leur apporter des soutiens méthodologiques et une aide à la « professionnalisation ». Ce soutien méthodologique pourrait aussi concerner le reporting de leurs actions.

Optimiser les relations contractuelles avec les porteurs de projet : il pourrait être envisagé de développer les conventions triennales et de fonder les modalités de reconduction sur des critères et une procédure claires tenant notamment compte des bilans produits annuellement et au regard des objectifs définis dans les conventions.

La formation au management des politiques régionales de santé

Les rapports de l'évaluation des programmes régionaux de santé réalisés par l'Aspher [10] et la SFSP¹ avaient souligné en 1999, d'une part, la nécessité de clarifier le profil et les missions des coordonnateurs de programmes et, d'autre part, de renforcer leurs compétences en matière de gestion de projet. En effet, la multiplicité des programmes (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, déclinaison régionale des programmes nationaux, programmes locaux...), mais aussi des acteurs (institutionnels, professionnels, associatifs...), complexifie le champ d'intervention et suppose des modalités de coordination et d'articulation de l'ensemble de ces dispositifs. Ainsi, afin de renforcer les capacités de pilotage des services déconcentrés, la direction générale de la Santé a confié à l'École nationale de la santé publique la mise en place d'une formation qui permette l'acquisition de nouvelles compétences et d'outils pour accompagner les cadres dans l'évolution de ces fonctions, dans l'optique de professionnaliser la conduite des politiques régionales de santé. Un comité scientifique² a été chargé de valider les étapes dans la préparation de cette formation et d'en assurer le suivi. Compte tenu des objectifs sur la consolidation d'une culture de santé publique et des techniques de management, un équilibre a été recherché lors de la procédure de recrutement, dans la sélection des stagiaires entre des agents de culture administrative et des agents de culture de santé publique. Par ailleurs, des personnes en charge de politiques nationales ont été associées. Un engagement formel des Drass et des stagiaires était explicitement sollicité.

Deux cycles de formation se sont déroulés depuis 2001.

La formation 2001-2002

Regroupant vingt-deux stagiaires³, cette formation s'est déroulée en deux phases : la première axée sur les politiques de santé, la seconde sur des

aspects de management. L'évaluation de ce cycle a conduit à réaménager les modalités de cette formation en intégrant étroitement les deux approches, en renforçant le caractère opérationnel, en particulier par l'intervention plus fréquente des partenaires du réseau, et en réorganisant les travaux personnels demandés aux stagiaires.

La formation 2003-2004

Elle intègre, dans sa nouvelle version, des cadres départementaux responsables de l'animation de politiques et programmes de santé, et regroupe ainsi vingt-deux personnes.

Les objectifs sont les suivants :

- acquérir une culture commune en santé publique,
- optimiser le management des politiques régionales de santé à leurs différents niveaux de mise en œuvre,
- développer une réflexion favorisant les évolutions nécessaires du dispositif.

Elle est organisée en 10 modules thématiques de deux jours :

- L'administration face aux changements de l'action publique
- Enjeux et perspectives en santé publique
- Les acteurs et les interactions dans le champ de la santé publique
- La démocratie sanitaire
- La construction des priorités de santé publique
- L'animation de projets dans l'action publique
- Politiques locales, et territorialisation des politiques de santé
- Le suivi et le pilotage des politiques de santé
- L'évaluation des politiques publiques de santé
- L'animation des politiques régionales de santé

Le processus pédagogique

Il est basé sur l'alternance de travaux de réflexion en groupe et d'interventions d'experts et de professionnels. L'architecture est identique à chaque module. Le premier jour, un cadrage théorique est réalisé par un expert du thème. Le second jour, une table ronde

permet d'une part de confronter des approches différentes et des points de vue contrastés, et, d'autre part, de resituer la problématique dans le contexte professionnel. En fin de session, il s'agit d'élaborer collectivement des repères professionnels en faveur du management des politiques, des programmes et des services. Un document de synthèse, capitalisant les axes forts, les débats et les problématiques de la séquence, est formalisé pour chaque module. Une plate-forme de formation à distance a été mise en place ; elle permet la diffusion de tous les documents utiles et un forum d'échanges entre stagiaires et animateurs.

Cette formation, fondée sur le partage d'expériences et l'interactivité, a permis de construire des repères communs sur l'action publique de l'État en matière de politique de santé. Cet espace de réflexion sur les pratiques a réellement contribué à construire une culture commune et partagée de santé publique.

Le devenir de la formation

Au terme de la deuxième promotion, il convient de s'interroger sur l'impact de cette formation, d'une part, sur le management des politiques régionales et les évolutions à prévoir en lien avec le projet de Loi relatif à la santé publique et, d'autre part, sur la carrière des personnes formées, au regard des objectifs initiaux formulés. Les groupes projet « GRSP » et « PRSP »⁴ mis en place par le directeur général de la Santé pour anticiper la mise en œuvre de la loi de santé publique, auront à traiter de cette question. ✨

1. Société française de santé publique, rapport de décembre 1999 « PRS : Rôle du chef de projet, rédactions des objectifs ».

2. Il rassemble des représentants de la DGS, de la DAGPB et des Drass, de l'ENSF, des coordonnateurs de PRS, des universitaires de santé publique et des chercheurs en économie de la santé.

3. Vingt cadres régionaux médecins et administratifs et deux cadres de la DGS.

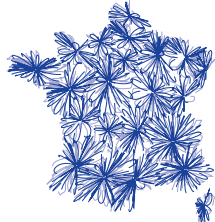
4. PRSP : plan régional de santé publique qui devra être mis en œuvre par le GRSP.

Françoise Jabot

Médecin de santé publique, enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique

Christian Nicolas

Directeur d'hôpital, chargé de mission à la direction générale de la Santé



Améliorer le pilotage régional et national des Praps

Mieux formaliser le suivi des actions : la Drass, avec les Ddass, doit élaborer des fiches de bilan qui seront renseignées annuellement par les porteurs de projets bénéficiant de crédits Praps ; ces fiches permettront de disposer des éléments nécessaires pour mieux suivre les actions ; les bilans produits offriront une vision globale et faciliteront la diffusion d'une doctrine commune.

Perfectionner les outils de gestion et de suivi : une série d'items minimum obligatoires, définis au niveau national et régional, doivent figurer dans la fiche de suivi des actions renseignée annuellement ; un nombre limité d'indicateurs, constituants des « outils partagés » pour assurer le suivi du Praps doivent être mis en place.

Les effets constatés de l'évaluation nationale et les suites données à ces travaux

L'évaluation nationale des Praps a été demandée dans un contexte de véritable interrogation sur la réalité, sur l'utilité et sur l'efficacité d'un dispositif à caractère réglementairement obligatoire pour les Drass.

Les travaux de l'évaluation ont permis de répondre pour partie à ces questions et de valoriser le bien-fondé de stratégies spécifiques auprès des populations en difficultés sociales. Certes, il y a eu des difficultés pour connaître les résultats précis de cette politique, mais l'évaluation a permis l'analyse des processus et les jeux des acteurs mis en œuvre. Pour tous ceux qui ont participé à cette évaluation, elle a certainement permis l'évolution des pratiques dans le sens d'une meilleure prise en compte des éléments de processus retenus : améliorer le diagnostic au plus près des populations concernées, améliorer la qualité du suivi par la construction d'indicateurs de suivi partagés entre les différents niveaux d'intervention, mais aussi veiller à ce que les principaux acteurs concernés, comme par exemple les représentants du secteur médical libéral et aussi les collectivités territoriales, soient partie prenante dans ces dispositifs.

La démarche de l'évaluation nationale des Praps de première génération a privilégié l'approche participative et stratégique. Les travaux qui y ont fait suite au niveau national prouvent qu'elle a constitué un véritable outil au service d'une politique.

Dans un premier temps, elle a permis d'améliorer les modes de suivi. En effet, dans les suites de l'évaluation, un groupe de travail réunissant le bureau en charge des Praps et celui de l'évaluation, ainsi que des coordonnateurs régionaux, a élaboré un tableau

de bord permettant un suivi harmonisé de l'élaboration des Praps, ainsi que des fiches de suivi des actions des Praps de seconde génération dont il reste à sélectionner quelles données partagées devront être transmises du niveau régional au niveau national pour permettre un suivi cohérent.

Cette démarche a été retenue car la direction a souhaité que les résultats en soient utilisés dans le cadre du marché de définition¹ dont l'objet était la mise en place d'outils et de procédures de gestion permettant de faciliter la gestion courante et de développer le pilotage et le contrôle de gestion à la DGS. Les Praps bénéficieraient ainsi rapidement d'un système opérationnel de suivi performant, qui serait modélisé pour d'autres suivis de programmes.

De plus, pour permettre, dès le début du lancement des Praps de seconde génération, un éventuel réajustement des objectifs des Praps et de leurs modalités de suivi, une évaluation de début de programme, confiée au prestataire Evalua a démarré. Celle-ci devra permettre d'apprécier la pertinence des objectifs des Praps 2 au regard des besoins nationaux et régionaux ainsi que la pertinence des modalités de pilotage des Praps 2.

Dans le contenu de cette évaluation est incluse la problématique de l'articulation des évaluations régionales avec l'évaluation nationale. En effet, une grande partie des Praps ont fait l'objet d'évaluations régionales, dont les méthodes, les conclusions et les apports pour l'amélioration des programmes devront être étudiés.

Les travaux d'évaluation ont bien mis en évidence l'intérêt de cette démarche pour l'amélioration des dispositifs. Dans un contexte où la culture de l'évaluation est encore peu répandue, à la différence des pratiques des pays anglo-saxons, deux textes de loi vont permettre d'intégrer l'évaluation dans notre action administrative : la loi organique relative aux lois de finances du 2 août 2001 qui prévoit la mise en place d'une gestion par programme dont les résultats devront être évalués, et le projet de loi de santé publique modifié le 12 janvier 2004 par le Sénat qui dispose que l'évaluation de la réalisation des objectifs nationaux devra être réalisée tous les cinq ans au niveau national, et que les plans et programmes régionaux font l'objet d'une évaluation. ✨

1. Procédure préconisée « lorsque la personne publique n'est pas en mesure de préciser les buts et performances à atteindre par le marché, les techniques de base à utiliser, les moyens en personnel et en matériel ».