



## Pour un cadre général de suivi des politiques de santé

**Alain Béraud**

Médecin de santé publique et économiste de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

**Pierre-Henri Bréchat**

Médecin de santé publique, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP)

**A**ssurer le suivi et l'évaluation d'une politique de santé, c'est se prononcer sur les résultats des actions définies (à partir de l'écart entre ce qui est observé et ce qui était attendu) et réalisées à partir d'objectifs (loi relative à la politique de santé publique), tout en tenant compte des financements investis (loi organique relative aux lois de finances). Des actions correctrices peuvent être élaborées, puis mises en œuvre et enfin évaluées jusqu'à la disparition de l'écart (roue de Deming<sup>1</sup>). Selon ce principe, le seul critère d'efficacité d'une politique de santé devrait être sa disparition, les objectifs étant atteints, les problèmes de santé étant résolus.

En pratique, la situation est plus complexe : les facteurs interagissant sont multiples<sup>2</sup>, le lien de causalité entre action menée et résultat observé n'est pas toujours prouvé ou démontrable statistiquement, les résultats sont obtenus à un horizon temporel largement supérieur à un ou plusieurs cycles d'évaluation, etc. Or, du fait de la rareté des ressources face aux besoins en santé quasi illimités de la population, le décideur est sur-sollicité par de nombreux promoteurs de politiques de santé en situation de concurrence. Il doit financer les projets rapportant le plus de résultats (*a priori*) par rapport aux investissements consentis (maximisation des ressources consommées), mais également être capable à tout moment d'argumenter ses choix (face aux coûts d'opportunité).

Le suivi d'une politique de santé nécessite :

- une information permettant d'effectuer un état des lieux à une période pré-déterminée après la mise en place des actions de santé,
- une information permettant d'effectuer des évaluations spatiales et temporelles<sup>3</sup> dans un souci d'aide à la décision,
- une information éclairant l'environnement et le contexte de la politique de santé.

La première étape consiste à faire un instantané, la deuxième à interpréter ce cliché à partir de filtres d'analyse variant selon les objectifs de l'évaluateur, et la troisième à affiner l'analyse et la portée des résultats. Or, selon le point de vue de l'observateur, les critères

d'analyse vont différer selon les objectifs et priorités de chacun. Sur la simple notion d'efficacité, les critères retenus par l'État ne seront pas forcément les mêmes que ceux de l'assurance maladie, des producteurs de soins, des élus, des représentants des associations d'usagers, etc. Cependant, des critères peuvent être retenus sur la base d'un minimum commun : le point de vue de la société (*a minima*).

### L'obtention de résultats : jugement de l'efficacité

Une action de santé est efficace dès lors que le problème initial a disparu ou a diminué de manière statistiquement significative, et qu'un lien de causalité a pu être prouvé. Puisqu'il n'existe pas de norme en la matière, c'est la recherche évaluative (mesurer l'écart entre résultats observés et résultats initiaux) qui est utilisée. Les critères et indicateurs étudiés sont des données épidémiologico-socio-démographiques. D'autres éléments donnent une vision indirecte de la situation : diminution du recours à l'hôpital (modification des flux de patients), augmentation des dépenses de ville, etc.

Obtenir des résultats n'implique pas une réussite de la politique de santé. Selon la frilosité ou la témérité des promoteurs de la politique de santé, la réussite peut être artificiellement obtenue. Dès lors que les objectifs quantifiés sont très modestes, la probabilité de réussite augmente. Il est difficile, sur cette seule information, de juger une politique et de la comparer à d'autres.

### La juste réponse aux justes besoins de la population : jugement de la pertinence

La politique de santé doit juste répondre au juste besoin de la population, ni plus ni moins (rareté des ressources). Il s'agit de mesurer la réduction de chemin à parcourir entre les résultats obtenus et la situation en santé désirée. Le besoin en santé est la différence entre état de santé initial et état de santé désiré. De là sont définies les politiques et actions de santé, et pour ce qui concerne les déterminants extra-sanitaires de la santé : des politiques de promotion de la santé.

Il est également possible de déterminer le besoin en biens et services (différence entre les biens et services consommés et les biens et services requis pour obtenir l'état de santé désiré), et le besoin en ressources humaines, financières et structurelles.

Il est utile de mesurer le chemin à parcourir entre état de santé observé et état de santé désiré, la vitesse de réalisation programmée des politiques en cours et l'horizon temporel de réussite à cette vitesse de croisière.

En plus de ces éléments permettant d'étudier les politiques de santé de manière individuelle, d'autres

1. La roue de Deming (ou PDCA) se caractérise par la séquence répétitive : Plan (planifier), Do (mettre en œuvre l'action de santé), Check (évaluer l'action de santé) et Act (agir pour corriger les effets de l'action de santé).

2. Notamment les déterminants de santé extra-sanitaires dont l'impact sur l'état de santé d'une population est important.

3. Comparatifs spatiaux : comparaison entre une région et la nation ou encore entre deux régions. Comparatifs temporels : comparaison sur deux périodes données pour une même région.

données doivent être prises en compte comme le pourcentage de convergence entre priorités et programmes régionaux : une région met en œuvre en moyenne 4 PRS pour 10 priorités identifiées par région. Y aurait-il trop de priorités régionales ?

La qualité du processus de priorisation est un élément important qui doit être intégré à l'évaluation dès la conception des actions retenues.

À partir de ces critères portant sur le besoin, il est possible de décliner les mêmes ratios et indicateurs pour les ressources humaines, financières et structurelles.

### Maximisation des ressources sanitaires : jugement de l'efficacité et de la productivité

L'efficacité est la recherche du meilleur résultat aux moindres coûts. La productivité est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources consommées. En prenant la valeur nationale comme norme, ce système permet à une région de se situer par rapport à la moyenne nationale et par rapport aux autres régions. Plusieurs niveaux de ratios sont possibles :

- donnée régionale/donnée nationale : ratio simple,
- ce ratio pondéré par la démographie (*per capita*),
- ce ratio pondéré par le *per capita* et par tranche d'âge,
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité (indice comparatif de mortalité) et/ou de morbidité (ALD 30, qualité de vie, etc.),
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité évitable imputable au système de santé,
- ce ratio pondéré par le *per capita*, par tranche d'âge et par des indicateurs de mortalité évitable imputable au système de santé, de vulnérabilité sociologique (personnes âgées dépendantes vivant seules...) et économique (perception de minima sociaux...).

Ces ratios permettent de faire la part des choses entre le global et ce qui relève de la démographie, ou encore du système de santé.

Il serait intéressant de connaître initialement et lors de l'évaluation :

- la représentativité des acteurs du programme de santé (État, assurance maladie, producteurs de soins, élus, etc.) : l'effectif et la part relative de chacun ;
- les structures créées pour la mise en œuvre et le suivi de la politique de santé ;
- les structures supprimées du fait de leur inutilité ;
- les moyens humains et financiers disponibles et ceux utilisés ;
- la part des politiques de santé non menées à terme...

### Environnement

Plusieurs éléments sont à rechercher au niveau régional et national :

- des indicateurs contextuels

– pourcentage de programmes en cours d'élaboration,

– pourcentage de programmes écrits et mis en œuvre en regard des domaines investis (au niveau national, entre 1985 et 2002, il y a eu 44 domaines investis, dont 40 ont bénéficié d'éléments de programmation : soit 91 %),

– pourcentage de programmes écrits et non mis en œuvre,

– pourcentage de programmes suivis,

– pourcentage de programmes abandonnés...

- des indicateurs de prise en compte des programmes nationaux en programmes régionaux

– pourcentage de convergence et rapport entre priorités nationales et régionales : sur les 40 domaines qui ont bénéficié d'éléments de programmation, une vingtaine de priorités ont été globalement retenues : soit 50 % de convergence. Chaque région a en moyenne 10 priorités : les régions ont trois fois moins de priorité que le national. Le national a-t-il trop de priorités ?

– pourcentage de convergence entre programmes nationaux et régionaux,

– pourcentage de convergence entre priorités et programmes.

Cependant tous les éléments listés n'expliquent pas le pourquoi d'un échec ou d'un retard dans la mise en place des mesures correctrices ou dans les résultats, ni le ressenti de la population et des acteurs. D'où l'impossibilité de dégager des pistes d'amélioration. Des enquêtes ponctuelles ciblées sur des dysfonctionnements et s'appuyant sur des interviews (enquêtes sociologiques) pourraient être réalisées en complément.

L'addition de ces critères d'évaluation donnerait une liste excessivement longue. Or le suivi et l'accompagnement d'une politique de santé nécessitent une mise à jour fréquente de ces données.

Du fait de la diversité des objectifs de chacun des acteurs de la politique de santé, la construction d'un tableau de bord type est difficile et se fait sur la base du plus petit dénominateur commun. La vision de ce que l'on voulait découvrir devient dénaturée et fautive.

D'où l'intérêt d'une banque d'indicateurs régulièrement mise à jour. Chaque partenaire peut alors y puiser les informations qui lui paraissent utiles pour la construction de son propre tableau de bord de suivi.

Afin de maintenir l'homogénéité des données et de permettre une agrégation nationale et/ou une comparaison interrégionale, il serait utile que le niveau national définisse des règles communes (contenu minimal, périodicité des mises à jour, circuit des informations) dans un cahier des charges : c'est la procédure descendante. L'objectif est que les régions s'approprient ce dispositif et l'alimentent. À terme, chaque région complète cette base d'indicateurs en intégrant de nouvelles données propres à ses spécificités. Lorsqu'un critère est fréquemment retrouvé, se pose alors la question de son intégration dans le cahier des charges national : c'est le rétro-contrôle ascendant. 