

L'évaluation en santé publique

Que doit être le « bon usage » de l'évaluation en santé publique, et les conditions de son développement ? Ce sont les questions que pose ce dossier. L'évaluation doit répondre à une pluralité de besoins également légitimes. Elle ne s'adresse pas uniquement aux besoins des décideurs centraux : c'est aussi un outil de connaissance et d'apprentissage collectif pour l'ensemble des acteurs du système de santé. L'évaluation répond bien sûr à l'exigence de fonder la décision politique sur une base plus rationnelle. L'accroissement 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 nécessaire l'instauration de processus décisionnels à la fois rationnels et transparents. L'évaluation peut y contribuer. Le développement d'une culture de l'évaluation 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.



dossier coordonné par **Chantal Cases, Isabelle Grémy et Bernard Perret**

18 L'évaluation : pourquoi et comment ?

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

Chantal Cases, Isabelle Grémy, Bernard Perret

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

André-Pierre Contandriopoulos, François Champagne, Claude Sicotte, Geneviève Sainte-Marie

26 Bien choisir et dimensionner l'évaluation : l'approche de la Banque mondiale

Dominique Deugnier

27 Acteurs, objets et méthodes de l'évaluation

27 Acteurs et objets de l'évaluation en santé

Bernard Perret

30 La charte de la Société française de l'évaluation : des principes pour les participants à l'évaluation des politiques et des programmes publics

Jean-Claude Barbier

32 La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique

Valéry Ridde, Geneviève Mak

35 L'évaluation en santé publique à la Haute Autorité de santé

Olivier Scemama, Catherine Rumeau-Pichon

37 L'évaluation des politiques de santé et la Cour des comptes

Alain Gillette

40 L'évaluation en pratiques

40 100 objectifs de la loi de santé publique : du suivi à l'évaluation

Béatrice Tran, Sandrine Danet

42 Le Haut Conseil de la santé publique et l'évaluation des plans de santé publique

Renée Pomarède

43 L'évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement

Isabelle Momas, Jean-François Caillard

46 L'évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008

Bernard Perret

48 Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique de Franche-Comté

Cynthia Morny, Alain Trugeon, Jean-Marc Tourancheau, Claude Michaud, Agnès Jeannot

54 Évaluation en prévention : les études faites à l'INPES

Philippe Guilbert, Pierre Arwidson, Enguerrand Rolland Du Roscoat, Viet NGuyen-Thanh

57 tribunes

57 Déficients sur l'efficience ?

Marie-Odile Carrère

59 Quel avenir pour l'évaluation en santé publique ?

Gilles Duhamel

61 L'évaluation, ça se prévoit...

Stéphane Le Boulter

63 bibliographie



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



prévalence, la durée, l'intensité ou les conséquences des problèmes sociaux ou de santé spécifiques des individus ».

Le système de soins ne peut pas avoir d'influence directe, *a fortiori* exclusive, sur l'ensemble des conditions sociales, économiques, culturelles, démographiques qui affectent la santé et le bien-être des populations. Il ne dispose pas des leviers nécessaires pour agir sur l'ensemble de ces conditions, mais il peut intervenir sur les problèmes physiques, mentaux, comportementaux et sociaux des individus.

L'évaluation des systèmes de santé revient en fait à évaluer la capacité de la société à permettre à ses membres de vivre bien et longtemps. Les frontières de ces systèmes sont très difficiles à tracer, elles tendent à se confondre avec celles de la société. En revanche, il est possible de tracer les frontières du système de soins, de mettre en place des dispositifs d'évaluation de sa performance et d'aider les décideurs dans leurs responsabilités.

Ces dispositifs d'évaluation doivent pouvoir rendre compte de la complexité des systèmes et des organisations à évaluer. Il faut donc commencer par appréhender la dynamique du système et des organisations de soins, en l'analysant en tant que système organisé d'action (figure 1).

Comme tout système organisé d'action, le système de soins est situé dans un contexte concret (par exemple la société québécoise, le Canada), à un moment donné. Sa structure repose sur l'interaction d'une structure physique particulière (bâtiments, architecture, plateaux techniques, budgets), d'une structure organisationnelle (gouverne) et d'une structure symbolique spécifique (représentations, valeurs, normes collectives). Elle délimite un

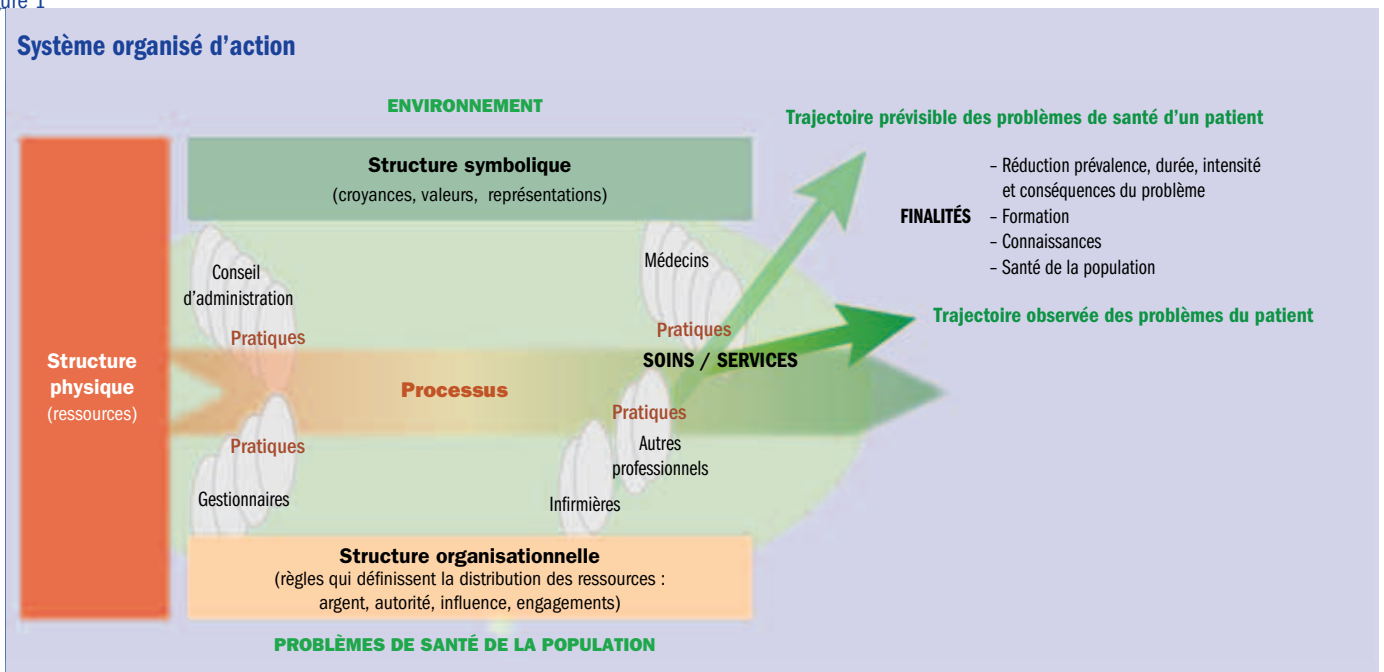
espace social dans lequel des acteurs (professionnels, gestionnaires, planificateurs, etc.) interagissent dans un jeu permanent de concurrence et de coopération, orienté par la ou les finalités du système, afin d'obtenir ou de contrôler les ressources pour améliorer leur position dans le système. Le système de soins en tant que système organisé d'action est lui-même constitué de plusieurs sous-systèmes organisés d'action (les systèmes régionaux de soins, les organisations de santé) interdépendants et ayant chacun un certain degré d'autonomie.

La figure 1 propose une représentation générique d'un système organisé d'action, elle permet de voir comment interagissent les éléments qui le caractérisent : la structure, les acteurs et leurs pratiques, les processus, et les finalités.

La structure est constituée de trois composantes et de leurs interrelations : une structure symbolique (ensemble des croyances, des représentations et des valeurs), une structure organisationnelle (ensemble des lois, règlements, conventions et règles de gestion) et une structure physique (volume et structuration des différentes ressources mobilisées). Ces trois composantes définissent un espace à l'intérieur duquel des acteurs interdépendants pratiquent un jeu permanent de coopération et de compétition.

Les acteurs peuvent être des individus ou des groupes organisés d'agents (organisations, groupes de pression, syndicats, etc.). Ils sont interdépendants et interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétition pour améliorer leur position, avoir ou contrôler les ressources critiques du système d'action. Leurs pratiques sont simultanément influencées par les structures du

figure 1



système et constitutives de ces dernières, Elles organisent les processus par lesquels les ressources du système sont mobilisées et employées pour produire les biens et services requis pour atteindre la ou les finalités recherchées.

Le réseau des processus de production constitue en quelque sorte la colonne vertébrale d'un système organisé d'action. Chaque processus est un ensemble cohérent d'activités qui produisent, à partir des ressources du système, des biens ou des services. Ceux-ci, en répondant aux besoins d'un client interne ou externe, contribuent à la réalisation de la finalité du système [4].

De façon générique, la finalité d'un système consiste à transformer la trajectoire prévisible d'évolution d'un ou de plusieurs phénomènes en agissant, au cours du temps, sur un certain nombre de leurs déterminants (objectifs spécifiques de l'intervention) pour corriger une situation problématique. Dans le cas du système de soins, la finalité consiste à réduire l'incidence, la durée, l'intensité et les conséquences des problèmes de santé et des problèmes sociaux de la population, à répondre aux attentes de la population et à favoriser l'équité.

Pour résumer, le système de soins et les organisations de santé dont il s'agit d'apprécier la performance peuvent être conçus comme des systèmes organisés d'action situés dans un contexte concret (la société québécoise, la France), à un moment donné.

La conceptualisation de la performance

Dans le domaine de la santé, de nombreux concepts – *efficacité, efficacité, rendement, productivité, qualité, accès, équité, sécurité, performance* – sont très souvent utilisés pour qualifier la performance sans que les nuances entre ces notions – pourtant distinctes – soient clairement établies et sans qu'on puisse être en mesure de les intégrer dans un même concept.

Nous faisons ici le choix de considérer la *performance* comme un concept générique englobant l'ensemble de ces notions qui en constituent des sous-dimensions. En nous appuyant sur les travaux de T. Parsons [25-27], nous définissons la performance comme la capacité pour un système d'accomplir au cours du temps quatre fonctions interdépendantes : 1) s'adapter à son environnement (acquérir des ressources, répondre aux besoins), 2) atteindre ses buts (réduire l'incidence, la durée, la gravité, les conséquences des problèmes de santé), 3) produire avec productivité des biens et des services de qualité et 4) maintenir et développer des valeurs et un climat favorable à la réussite des trois autres fonctions.

«L'appréciation de la performance repose ainsi, non seulement sur la mesure d'indicateurs de réussite dans chacune des quatre fonctions de l'organisation, mais aussi sur le caractère dynamique de la tension qui existe entre elles, c'est-à-dire sur la capacité de la gouvernance à orchestrer les échanges et les négociations nécessaires pour maintenir un équilibre entre les quatre fonctions par les différents acteurs.

«La performance d'une organisation ne peut se concevoir qu'en relation avec la performance de chacune de ses composantes et avec celle du réseau constitué par les autres organisations avec lesquelles elle interagit. C'est seulement dans la mesure où la performance d'une organisation contribue à la performance du réseau qu'elle est véritablement performante» [32, 33].»

Le but de l'évaluation et le public visé

L'engouement actuel pour la mesure de la performance des systèmes et services de santé découle de deux exigences de plus en plus fortes. D'une part, la population, et par conséquent les appareils politiques et technocratiques, s'inquiètent de plus en plus de l'état de leur système de santé. Des réformes et des restructurations majeures ont eu lieu à peu près partout et l'impact de ces transformations reste à démontrer. Une première raison d'implanter des systèmes d'évaluation de la performance est donc de répondre à ces demandes croissantes d'imputabilité et de reddition de comptes.

D'autre part, on observe à peu près partout d'importantes variations dans les coûts et dans la qualité des services dispensés. Ces constats exercent de fortes pressions pour améliorer la performance du système de soins. La deuxième raison pour laquelle on veut implanter des systèmes d'évaluation de la performance est d'aider les décideurs à améliorer de façon continue les systèmes et les organisations.

La figure 2 illustre l'idée que le besoin d'une évaluation sommative pour rendre des comptes est d'autant plus grand qu'on se situe à un niveau macroscopique (la population, le gouvernement, à la fois l'appareil technocratique et l'appareil politique, dans un but d'imputabilité) et que, inversement, le besoin d'une évaluation permettant d'améliorer de façon continue le fonctionnement du système est une nécessité pour les acteurs qui se situent au niveau microscopique (les gestionnaires du système et de ses organisations, dans un but premier d'amélioration, mais aussi d'imputabilité à l'appareil technocratique ; les professionnels et les gestionnaires des opérations dans un but d'amélioration continue des processus).

La faisabilité opérationnelle

La mise en œuvre du modèle d'évaluation globale et intégrée du système de soins (modèle EGIPSS) se fait en parcourant les quatre étapes décrites sur la figure 3.

Étape 1 : Sélection des indicateurs

Le choix des indicateurs permettant de documenter de façon équilibrée et valide chacune des dimensions et sous-dimensions du modèle est critique. Elle devra être faite avec la double exigence de parcimonie et d'exhaustivité, et dépend de la disponibilité et de la qualité des données.

La parcimonie est certainement une vertu importante dans l'élaboration d'un système d'évaluation. Les indicateurs doivent être choisis avec minutie pour à la fois

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 63.



refléter de façon suffisamment globale et exhaustive les différentes dimensions de la performance tout en évitant de noyer l'utilisateur dans une mer d'informations qui ne lui permettra pas de porter un jugement éclairé. La contrainte de parcimonie variera aussi selon le but poursuivi (et le public cible). Un système mis en place à des fins d'imputabilité contiendra un nombre moindre d'indicateurs qu'un système visant l'amélioration continue de la performance [34]. De même, un système visant l'amélioration comprendra moins d'indicateurs lorsqu'il vise et est utilisé par des gestionnaires œuvrant à un niveau stratégique que lorsqu'il est utilisé par des professionnels ou des gestionnaires très proches des opérations.

Le choix des indicateurs devra aussi être réaliste, le dilemme ici étant de limiter le fardeau de collecte de données tout en optimisant la qualité des indicateurs. Il y aura donc d'abord un choix à faire entre l'utilisation des données existantes, provenant de systèmes d'information administratifs, financiers ou cliniques, et la collecte de données originales. Il est important de noter que la collecte de données originales ne représente pas obligatoirement un fardeau important. Comme le suggère la figure 4, la stabilité d'un système d'évaluation de la performance repose sur un mélange judicieux de données existantes et de données originales. L'absence d'un de ces piliers risque de rendre le système boiteux.

Les données, secondaires ou originales, devront être fiables et valides.

Étape 2 : Collecte des données

Étape souvent longue et fastidieuse qui exige qu'une attention très grande soit portée à la validation des processus de saisie et de sélection des données. Les banques de données administratives et les systèmes d'information mobilisés sont souvent nombreux et n'ont généralement pas été constitués pour l'évaluation de la performance.

Étape 3 : Analyse des données

Le tableau 1 fournit une carte de route pour analyser les données de façon à ce qu'elles puissent servir à porter un jugement sur la performance du système évalué.

Ce jugement doit porter, d'une part, sur la capacité du système à accomplir chacune de ses fonctions et de leurs sous-dimensions et, d'autre part, sur les relations d'équilibre entre les sous-dimensions et les dimensions du modèle.

Étape 4 : Élaboration du jugement

Le jugement que les décideurs peuvent élaborer grâce au modèle EGIPSS repose sur le postulat qu'aucun indicateur, à lui tout seul, n'est suffisant pour révéler les problèmes ou la qualité des processus des systèmes ou des organisations de santé dans leur complexité et leur dynamique. Pour porter un jugement sur la performance d'une organisation, on a besoin de l'apprécier par des configurations d'indicateurs qui éclairent simultanément les quatre fonctions du modèle. Plus la conceptualisation des processus sous-jacents est valide et complète, plus le jugement a de chance d'être valide. Pour aider les décideurs à accroître la validité de leur jugement, il est utile de formaliser les modèles logiques permettant de mettre en relation les différentes sous-dimensions du modèle. Quatre types de relations peuvent exister entre les sous-dimensions :

- 1) Relation de causalité : la performance d'une sous-dimension est directement influencée par la performance d'une autre sous-dimension. Exemple : la relation qui existe entre l'Acquisition des ressources et l'Utilisation des services par la population ;
- 2) Relation d'arbitrage : dans ce type de relation, il faut maintenir un équilibre entre deux sous-dimensions – favoriser l'une d'entre elles pourrait se faire au détriment de l'autre. Exemple : accorder trop d'importance à la Productivité des soins et services pourrait hypothéquer la Qualité non technique ;
- 3) Relation contingente : la relation entre deux

figure 2

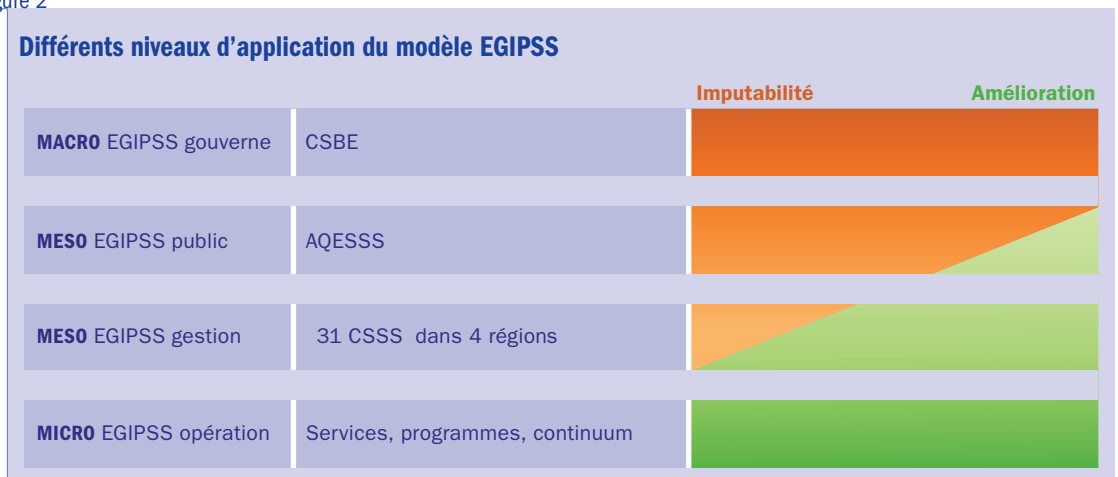


figure 3

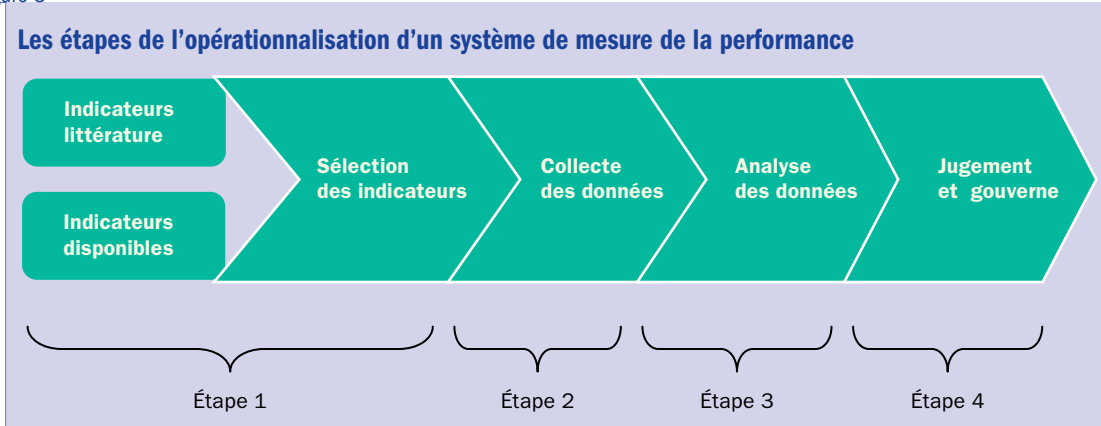


figure 4

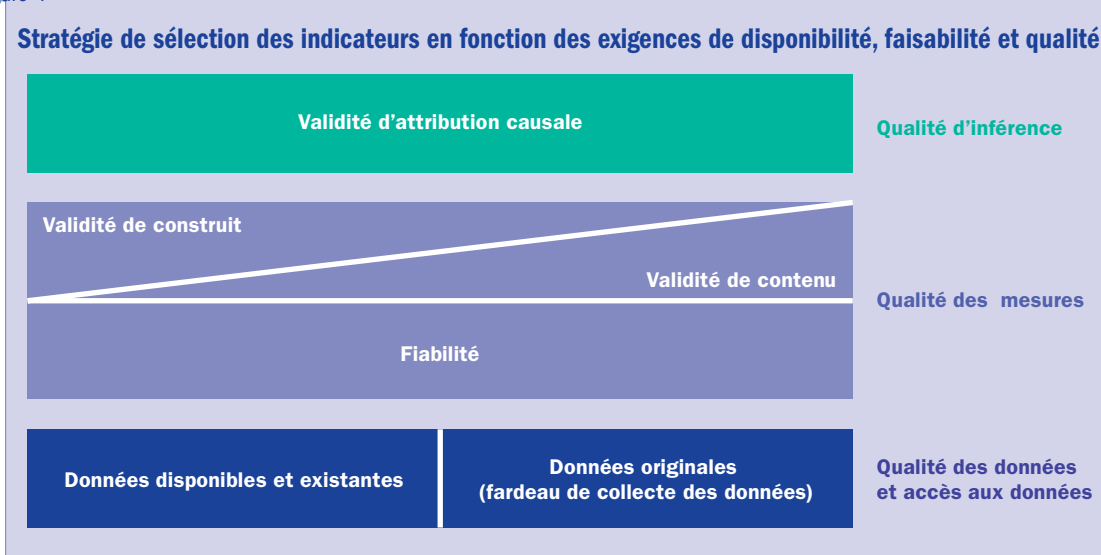


tableau 1

Stratégies d'analyse

Type d'analyse	Niveau d'analyse		
	Indicateurs	Sous-dimensions	Dimensions
Normative	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison avec une norme et calcul d'indices relatifs (IR) (outils 1 et 2) • Identification des leaders pour quelques indicateurs prioritaires (outil 3) 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution par niveau catégoriel de performance (outil 4) • Scores agrégés (outil 5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution par niveau catégoriel de performance (outil 4)
Relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Cartes logiques (outil 6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux croisés des scores agrégés (outil 7) • Analyses de regroupements (outil 8) 	



sous-dimensions dépend d'une troisième ; 4) Relation parabolique : en U ou en U inversé.

Discussion

Dans cet article, nous avons proposé que le contenu des systèmes d'évaluation de la performance des systèmes de santé reflète et soit cohérent avec un ensemble de choix portant d'abord sur l'objet de l'évaluation, la nature de la performance, le but de l'évaluation et le public visé. Le contenu devra aussi être adapté aux valeurs, intérêts, stratégies et priorités, et être réaliste par rapport aux contraintes du terrain.

Mais l'effort qui devra être mis pour développer et adapter de tels systèmes aux particularités locales en vaut-il la peine ? Que sait-on de l'utilité des systèmes d'évaluation de la performance ?

L'évidence sur l'utilité des systèmes visant l'imputabilité est limitée. La population, un des utilisateurs potentiels de systèmes d'imputabilité, ne semble pas les trouver utiles [14]. Bien que fort préoccupés par les questions de santé, les gens trouvent difficile de se prononcer sur l'information qu'ils souhaiteraient obtenir, particulièrement s'ils sont interrogés dans une perspective systémique plutôt qu'individuelle. De plus, ils trouvent l'information difficile à interpréter et n'ont

pas confiance dans les organisations pour fournir de l'information crédible sur leur performance, ni dans les gouvernements, ni dans les universités associées aux centres hospitaliers universitaires (CHU).

Pour les gouvernements, les systèmes d'imputabilité semblent au contraire être d'une grande utilité pour rendre des comptes à la population, transmettre des messages sur les valeurs et les priorités, et gérer le système en comparant et en motivant. L'utilisation par des gestionnaires gouvernementaux de systèmes d'imputabilité peut cependant amener des comportements indésirables de la part des gestionnaires des organisations dont la performance est évaluée.

Que ce soit dans un but d'imputabilité ou dans une perspective d'amélioration, l'élaboration de systèmes d'évaluation de la performance qui respecte les exigences d'architecture évoquées ici devrait permettre d'optimiser l'utilité de ces systèmes pour la prise de décision. L'élaboration de tels systèmes se fait souvent dans des contextes sous pression. Il semble cependant important d'éviter la simplification conceptuelle qui pourrait être tentante pour faire vite et simple. La finesse requise dans l'évaluation de la performance des systèmes et organisations de santé est nécessaire pour rendre compte de leur complexité et pour agir en toute connaissance de cause. **F**

Bien choisir et dimensionner l'évaluation : l'approche de la Banque mondiale

Les pratiques de suivi (« monitoring ») et d'évaluation (« evaluation ») des activités donnent aux politiques publiques, financeurs, managers et responsables de la société civile les meilleurs moyens de tirer parti de l'expérience, améliorer les services, planifier et allouer les ressources en rendant compte des résultats de l'action aux différentes parties prenantes.

C'est l'objet du court ouvrage publié par la Banque mondiale (deuxième édition 2004) intitulé : *Monitoring Evaluation: Some Tools, Methods & Approaches* consultable et téléchargeable sur le site de la Banque mondiale : [http://lnweb90.worldbank.org/OED/oeddoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/A5EFB85D776B67D285256B1E0079C9A3/\\$file/MandE_tools_methods_approaches.pdf](http://lnweb90.worldbank.org/OED/oeddoclib.nsf/DocUNIDViewForJavaSearch/A5EFB85D776B67D285256B1E0079C9A3/$file/MandE_tools_methods_approaches.pdf)

Aujourd'hui, où l'accent est mis fortement sur l'objectivation des résultats mais aussi sur la nécessité

d'un calibrage réaliste et raisonnable du coût de l'évaluation par rapport au coût intrinsèque de l'action, ce document synthétique et pragmatique permet de guider le choix des méthodes à privilégier selon l'objectif et le point de vue d'où elle est conduite.

Il répertorie les principales pratiques possibles en ce domaine : outils, méthodes dont certains sont complémentaires, d'autres alternatifs et le choix relève de façon conjuguée de l'objectif de l'évaluation, du point de vue de l'évaluateur, du délai exigé de disponibilité des résultats de cette évaluation, et enfin du niveau des moyens mobilisables pour la réaliser.

Il donne sur une fiche consacrée à chaque méthode un descriptif synthétique et systématique des avantages et désavantages, coûts, temps, compétences requises et des références bibliographiques (et internet) permettant de compléter son information.

Sans prétendre à l'exhaustivité, ce guide est précieux par sa concision et son approche didactique tout autant pour le maître d'ouvrage – *a priori*, lors de l'élaboration du cahier des charges d'un appel à projets et, *a posteriori*, pour disposer d'une aide à la décision ou tirer enseignement d'une expérience – que pour le maître d'œuvre, pour répondre à un appel d'offres, assurer le suivi de son action, repérer les actions correctrices nécessaires et enfin « rendre compte » au commanditaire. **F**

Dominique Deugnier
Médecin de santé publique

Acteurs, objets et méthodes de l'évaluation

Il existe différents types d'évaluation en santé : plan, programmes et politiques, pratiques professionnelles, certification et performances des établissements. Qui sont les évaluateurs et quelles sont les méthodologies mises en œuvre ?

Acteurs et objets de l'évaluation en santé

Bernard Perret
Ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts, membre permanent du Conseil général des ponts et chaussées, membre du Haut Conseil de la santé publique

L'évaluation de l'action publique présente de multiples visages. Entre les indicateurs de performance, la recherche évaluative, l'évaluation participative et l'audit, entre l'évaluation des politiques, programmes, projets et celle des pratiques professionnelles, etc., les opérations relevant du domaine de l'évaluation mobilisent différentes postures professionnelles et modèles méthodologiques, et font appel à des compétences techniques variées. Les activités d'évaluation se différencient par leurs objets et finalités, leurs méthodes et leur cadre institutionnel. Cette complexité du champ rend malaisée sa description et l'analyse des tendances qui s'y manifestent. En termes d'objets, une typologie grossière conduirait à distinguer les actions (lois, politiques, programmes, projets...), les structures (organismes, établissements, services...), les pratiques professionnelles, les techniques et les protocoles de soins. À chacune de ces classes d'objets correspond un *corpus* de méthodes ainsi que des finalités/fonctions particulières. Ces dernières s'inscrivent cependant toujours, comme l'indique la charte de la Société française de l'évaluation (SFE), « dans la triple logique du management public, de la démocratie et du débat scientifique ».

La seule définition officielle de l'évaluation figurait dans le décret actuellement abrogé du 18 novembre 1998 : « L'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis

en œuvre. » Il ressort de cette définition que l'évaluation s'entend le plus souvent comme un examen rétrospectif des effets d'une action, étant précisé qu'elle s'intéresse aussi aux conditions de mise en œuvre de celle-ci, à la compréhension de ses mécanismes d'action, à sa pertinence et à sa cohérence.

Cette prééminence de l'évaluation *ex post* ne doit pas faire oublier qu'il existe une évaluation *ex ante* (ou étude d'impact) et une évaluation concomitante (ou « chemin faisant »). L'évaluation *ex ante*, plus directement liée à l'exigence de rationalisation des décisions publiques, devrait se développer au cours des prochaines années, suite notamment à la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique 2009-403 du 15 avril 2009 (article 8), qui imposent à partir du 1^{er} septembre 2009 une étude d'impact pour tout projet législatif. L'influence des procédures mises en place à Bruxelles devrait également pousser au développement des études d'impact, particulièrement dans l'analyse des projets à fort impact budgétaire. L'évaluation socio-économique *ex ante* des projets d'infrastructures de transport est une pratique courante depuis plusieurs décennies ; ses méthodes sont actuellement en cours de révision pour qu'elles prennent mieux en compte les enjeux du développement durable, et notamment la lutte contre le changement climatique.

La complexité des jeux d'acteurs autour de l'évaluation induit une grande diversité de configurations institutionnelles. Il n'est pas rare qu'une même action



donne lieu à plusieurs évaluations à l'initiative d'acteurs différents. Le risque de foisonnement qui en découle est d'autant plus grand que l'évaluation est perçue, non sans raison, comme un enjeu d'influence : être à l'initiative d'une évaluation donne généralement la possibilité d'en orienter le questionnement.

Pour se limiter au domaine de la santé, le paysage de l'évaluation est d'une grande complexité et l'on peut prévoir que la diversification des pratiques ne fera que s'accroître. En première analyse, deux grands blocs se dessinent : l'évaluation des pratiques et techniques de soins et l'évaluation des politiques et programmes de santé publique. Mais il est impossible de ne pas tenir compte de plusieurs champs connexes – recherche en santé publique, économie de la santé, statistiques, observation, contrôle et audit –, qui interfèrent à des degrés divers avec les activités d'évaluation. Il arrive fréquemment que des opérations lancées sous ces différents labels constituent de fait des évaluations. Le monde de la santé se caractérise enfin par une multiplicité d'acteurs aux statuts les plus divers : services administratifs, organismes de recherche, instances publiques autonomes. Outre la Haute Autorité de santé (HAS) et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), il convient de mentionner à ce titre le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale créé en 2002, dont le champ de compétence jouxte étroitement le domaine sanitaire proprement dit.

L'évaluation des pratiques et techniques de soin

Il s'agit de la partie la plus structurée de l'évaluation en santé. Avec plusieurs dizaines de salariés permanents, la HAS – qui a succédé en 2004 à l'Anaes – est l'organisme le plus important dans le champ de l'évaluation médicale. Les objets évalués par la HAS sont eux-mêmes divers : médicaments, technologies, dispositifs de soin, actes professionnels, actions ou programmes de prévention. L'évaluation n'est toutefois que l'une des deux grandes missions de la HAS, parallèlement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (accréditation, certification, guide de bonnes pratiques, etc.). Au plan institutionnel, la HAS est dotée d'une forte autonomie : c'est une autorité administrative indépendante au sens plein du terme. Dans le domaine de l'évaluation des soins, la HAS est un acteur dominant. Toutefois, d'autres instances sont susceptibles d'intervenir sur ce même terrain. Ainsi, l'Office parlementaire des politiques de santé (aujourd'hui supprimé) a procédé à plusieurs évaluations de politiques de prévention et de dépistage, dont l'objet et le questionnement relèvent directement de la compétence de la HAS. Il existe par ailleurs une large zone de recouvrement entre l'évaluation des soins et la recherche clinique. La HAS s'appuie largement sur les recherches et expérimentations effectuées en milieu hospitalier, à travers notamment la pratique des conférences de consensus.

En termes de méthodes, l'évaluation des pratiques de soin repose principalement sur l'expérimentation avec

échantillon témoin et les revues (débouchant ou non sur des conférences de consensus¹). Elle est centrée sur la question de la mesure des bénéfices pour les malades, mais intègre également, de plus en plus, la question du coût (études coût-efficacité). Elle est fortement influencée par le concept anglo-saxon d'*evidence based medicine* (ou « médecine fondée sur des preuves »).

L'évaluation des politiques et programmes de santé publique

Le Haut Conseil de la santé publique est un organisme récent (2007), créé en application de la loi de santé publique de 2004 (LSP). Ses missions en matière d'évaluation, définies par la loi, comprennent plusieurs volets :

- l'évaluation des 100 objectifs de la loi de 2004,
- l'évaluation des programmes de santé publique mentionnés dans la loi,
- une contribution à l'évaluation globale de la loi elle-même.

Les travaux du HCSP relèvent pour une part d'une approche classique d'évaluation de politiques publiques. Les plans de santé publique (Plan cancer et Plan maladies rares, notamment²) ont été évalués sous l'égide de comités d'évaluation pluralistes et ont reposé sur la mise en place d'un programme d'étude et d'investigation visant à répondre à un questionnement élaboré par les comités. L'évaluation des objectifs de la LSP constitue en revanche un exercice plus original au regard des typologies usuelles de pratiques d'évaluation. Cette évaluation a débouché sur la rédaction de fiches commentant l'évolution des indicateurs associés aux objectifs (lorsque ces indicateurs existent et peuvent être renseignés), analysant sommairement les causes des évolutions constatées et faisant des propositions pour les objectifs de la future LSP qui devrait prendre la suite de la loi de 2004.

La contribution du HCSP à l'évaluation globale de la loi de santé publique se traduit par un ensemble d'observations rassemblées dans le rapport rédigé par le Haut Conseil, en s'appuyant notamment sur les deux exercices précédemment mentionnés (évaluation des plans et programmes de santé publique et évaluation des objectifs).

Les frontières entre les missions du HCSP et celle de la HAS sont globalement assez claires – d'un côté

1. Selon la présentation résumée des conférences de consensus par la HAS, « les recommandations sont rédigées en toute indépendance par un jury de non-experts du thème traité, dans le cadre d'un huis clos de 48 heures faisant immédiatement suite à une réunion publique. Les recommandations répondent à une liste de 4 à 6 questions prédéfinies posées au jury. Au cours de la réunion publique, les éléments de réponse à ces questions sont exposés par des experts du thème et débattus avec le jury, les experts et le public présent. La réalisation d'une conférence de consensus est particulièrement adaptée lorsqu'il existe une controverse professionnelle forte, justifiant une synthèse des données disponibles, une présentation des avis des experts du thème, un débat public, puis une prise de position de la part d'un jury indépendant. »

2. Le Plan national santé-environnement (PNSE) avait pour sa part fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours par un comité ad hoc, avant la mise en place du HCSP.

les pratiques de soin, de l'autre la politique de santé publique – mais des zones de recouvrement existent. Des questions telles que le dépistage ou la vaccination sont susceptibles d'être abordés par les deux instances sous des angles en principe complémentaires. À titre d'exemple, le HCSP a été saisi d'une demande d'évaluation des mesures prises en matière de vaccination antituberculeuse, l'efficacité technique des vaccins ayant fait préalablement l'objet d'une expertise par la HAS. D'une manière générale, le travail du HCSP a un caractère plus « politique » que celui de la HAS. Les évaluations réalisées sous la responsabilité du Haut Conseil s'efforcent de prendre en compte plus largement les aspects sociaux (inégalités en matière de santé, impacts psycho-sociaux...), les processus administratifs de mise en œuvre des actions, et les enjeux stratégiques de la politique de santé publique.

Le rôle des services du ministère

La Direction générale de la santé et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) apportent diverses contributions à l'évaluation des politiques du ministère. La Drees publie chaque année depuis 2006 un *Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique*, bilan chiffré de l'état de santé de la population élaboré à partir des indicateurs d'atteinte des objectifs de la loi. Ces rapports fournissent au HCSP des matériaux essentiels pour son travail d'évaluation et constituent par eux-mêmes une contribution à l'évaluation de la loi. La DGS possède en son sein un bureau « programmation-synthèse-évaluation ». Il a notamment pour mission de « développer les méthodes de programmation et d'évaluation ». Il apporte notamment un soutien méthodologique aux services déconcentrés du ministère dans l'évaluation des plans régionaux de santé publique.

L'évaluation comme prolongement du contrôle

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) participe à divers titres à l'évaluation des politiques de santé. Elle a contribué à plusieurs reprises aux évaluations que le gouvernement s'est engagé, par la loi, à adresser au Parlement. On peut citer l'exemple de la couverture maladie universelle (2001). L'Igas réalise en outre un certain nombre d'évaluations de sa propre initiative (ainsi, en 2002, l'évaluation de l'informatisation des professionnels de santé et de la gestion des praticiens hospitaliers). Pour réaliser ces évaluations, l'Igas s'appuie largement sur les travaux d'étude existant, complétés par le recueil des points de vue des acteurs institutionnels, administratifs et associatifs.

La connaissance du système de soin de l'Igas peut également être mise à contribution dans le cadre d'évaluations interministérielles, conjointement avec d'autres corps d'inspection (organisation des soins en prison, 2001), ou encore dans le cadre des évaluations du HCSP (Plan cancer, PNMR).

Le Parlement

Un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) avait été créé en 2002 par la loi de financement de la Sécurité sociale. Il a été supprimé par la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008. Ses missions seront désormais exercées par les commissions des affaires sociales des deux assemblées et par le « Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques », qui doit prochainement être créé à l'Assemblée nationale.

Entre 2003 et 2008, l'Opeps a remis une dizaine de rapports portant sur l'évaluation de pratiques de soin : dépistage des cancers du sein et de la prostate, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des accidents vasculaires cérébraux, utilisation des médicaments psychotropes... À l'avenir, le futur Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques devrait permettre à l'Assemblée nationale de contribuer plus largement à l'évaluation des politiques de santé.

La Cour des comptes

À l'instar du Parlement – et à la demande expresse du président de la République –, la Cour des comptes envisage de se doter d'un dispositif spécifique d'évaluation des politiques publiques, en élargissant à cette occasion le spectre de ses compétences internes et en instituant de nouvelles formes de travail collectif. En rupture avec la posture traditionnelle des magistrats, la cour envisage d'associer à certaines évaluations les administrations en charge de la politique examinée et d'autres parties prenantes concernées. Jusqu'à la réforme en cours, les contributions de la cour à l'évaluation des politiques de santé sont restées limitées. À titre d'exemple, on peut mentionner le « rapport thématique » sur le Plan cancer (juin 2008), qui inclut notamment un audit du fonctionnement de l'Institut national du cancer (INCa). Dans son rapport, la cour précise elle-même que son examen a porté sur « l'efficacité et l'efficacité de la gestion du Plan par ces intervenants, au regard des objectifs initiaux », mais qu'il « n'a pas inclus une évaluation de l'efficacité du Plan en termes d'impact médical ».

L'évaluation des plans régionaux de santé publique (PRSP)

La loi de santé publique prévoit que, dans chaque région, « le plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation ». Pour procéder à ces évaluations, les régions ont pu s'appuyer sur un guide méthodologique diffusé par le ministère³. Ces évaluations ont été généralement conduites, avec l'aide d'un prestataire, par des comités d'évaluation mis en place sous l'égide des groupements régionaux de santé publique (GRSP). Un certain nombre de rapports intermédiaires d'évaluation (qui portent rappelons-le sur la période 2006-2009) sont d'ores et déjà publiés et consultables sur Internet. **F**

3. *Évaluation des PRSP, quelques repères pour les acteurs* (Direction générale de la santé, avril 2008).

Les références entre crochets renvoient à la *Bibliographie générale* p. 63.



La charte de la Société française de l'évaluation : des principes pour les participants à l'évaluation des politiques et des programmes publics

Jean-Claude Barbier
Directeur de recherche CNRS, Centre d'économie de la Sorbonne (CES), université Paris 1 Panthéon Sorbonne CNRS.

Le besoin de définir des critères de bonnes pratiques et de déontologie est particulièrement fort en matière d'évaluation des politiques et des programmes publics¹ (EPP, en abréviation dans le texte), compte tenu du caractère politique de cette activité, même si la tendance contemporaine des professions à se doter de règles normatives de conduite et de guides propres est générale. Il s'agit d'un mouvement qui relève de la standardisation, mais il est loin de s'y résumer. Dans pratiquement tous les pays où l'évaluation est pratiquée à grande échelle, les associations d'évaluateurs ont élaboré des systèmes de normes ou standards, relatifs, d'une part, à la déontologie (des évaluateurs, ou, plus largement, des commanditaires et des acteurs qui participent au pilotage de l'évaluation, comme les membres des instances d'évaluation) et, d'autre part, à la qualité des évaluations (qualité de ses produits, qualité de ses processus, qualité des systèmes d'évaluation). Le choix de ces normes, que les participants à l'évaluation se donnent le plus souvent volontairement, est essentiel pour la définition de ce qu'ils entendent par évaluation des politiques publiques.

La charte de la SFE comprend désormais sept principes, dont on dira brièvement quelle fut la genèse. On conclura par quelques considérations sur l'usage de la charte en France.

L'adoption de la charte

Dès sa création, la question des « standards de qualité » et de la « déontologie » s'est imposée à la SFE comme l'un des enjeux majeurs de la structuration d'un milieu professionnel de l'évaluation en France. Les statuts de la société prévoyaient expressément, dans leur article 3 (alinéa b), que la société « se fixe notamment pour objectifs de faire progresser les techniques et méthodes et de

1. Il n'est pas nécessaire de souligner le caractère éminemment polysémique du mot « évaluation ». On évalue constamment dès qu'on pense, et on classe, comme l'a souligné le regretté Georges Pérec. On peut évaluer des projets, des personnes, etc. La charte dont on parle ici a été adoptée, dans une première version, en octobre 2003, par la Société française de l'évaluation. L'auteur de ces lignes a été le fondateur du groupe « Standards de qualité et déontologie » de la société et son animateur dans ses débuts. À ce titre, il a participé, avec d'autres membres de la SFE et du groupe, aux étapes de l'élaboration de la charte, révisée en 2006. Les Cahiers de la SFE n° 1 (2005) retracent l'histoire de cette charte. Ils sont accessibles sur le site web de la société. On emploiera dans le texte « évaluation » ou « EPP » pour signifier l'évaluation des politiques et des programmes publics.

favoriser le respect des règles éthiques et procédurales propres à garantir la qualité des évaluations ainsi qu'un usage approprié des résultats ». Entre 1999 et l'adoption, dans son assemblée générale de Limoges, en 2003, les membres de la SFE ont été associés, par son conseil d'administration et son bureau, au débat sur le caractère opportun de l'adoption de « standards » ou de « principes éthiques ». Dans un premier temps, les adhérents se sont révélés pour une part rétifs, pour une autre part favorables, mais en majorité plutôt indifférents, avant de voter la charte à une large majorité. Le choix s'était porté sur l'affirmation d'un petit nombre de principes simples, plutôt que, comme l'ont fait beaucoup de sociétés étrangères, d'adopter une liste de prescriptions précises concernant l'utilisation, la conduite, les méthodes, etc., de l'évaluation². En 2006, la conscience de l'intérêt de la charte était nettement plus vive, quand, en assemblée générale, un débat a porté sur l'opportunité d'ajouter à la charte un commentaire affirmant que « les membres de la SFE déclarent adhérer aux principes de la Charte de l'évaluation, s'engagent à les appliquer en tenant compte des contextes particuliers rencontrés et à promouvoir la charte tant dans leur milieu professionnel qu'auprès des personnes et institutions concernées par l'évaluation et la délibération publique ». Ce texte adopté figure désormais dans le préambule de la charte.

Les principes

La première liste de principes en comprenait six (voir encadré page 31). Celui qui provoqua le plus de débats fut celui de « pluralité », tant il semblait à certains restreindre l'application du terme « évaluation » pour des opérations qui ne concernaient pas simplement la relation d'un commanditaire et d'un évaluateur.

En 2006, la formulation des principes fut légèrement remaniée et un septième principe, celui d'opportunité, fut adjoint, selon lequel :

« Une évaluation doit être décidée lorsqu'elle est susceptible de – et organisée afin de – produire des résultats à l'égard des finalités mentionnées au préambule de cette charte : compte rendu démocratique, efficacité de la dépense, apprentissage organisationnel, facilitation d'évaluations ultérieures ».

2. On se fera une idée d'une telle liste de prescriptions en consultant, sur le site de la SFE, le premier projet de texte discuté en 2001 (<http://www.sfe.asso.fr/fr/charte-sfe.html>).

La principale autre modification concernait le principe de pluralité, dont la rédaction est désormais la suivante : « L'évaluation s'inscrit dans la triple logique du management public, de la démocratie et du débat scientifique. Elle prend en compte de façon raisonnée les différents intérêts en présence et recueille la diversité des points de vue pertinents sur l'action évaluée, qu'ils émanent d'acteurs, d'experts, ou de toute autre personne concernée. Cette prise en compte de la pluralité des points de vue se traduit – chaque fois que possible – par l'association des différentes parties prenantes concernées par l'action publique ou par tout autre moyen approprié. »

La charte réaffirme ainsi une caractéristique de l'EPP inscrite dans un univers qui croise science, démocratie et gestion publique. La pluralité des points de vue qu'elle invite à rassembler ne transforme pas le pilotage de l'évaluation en une représentation politique des intérêts ; elle invite à y associer le plus grand nombre de ces points de vue parce qu'ils sont pertinents, pour des raisons cognitives : d'où le remplacement du mot « légitimes » par le mot « pertinents » dans le premier principe.

Logique de la charte et utilisation

Comme on pourra le constater en consultant les étapes de l'adoption de la charte que nous n'avons pas la place de détailler ici, la logique initiale – qui vaut encore aujourd'hui – est celle d'un document de référence que les commanditaires sont invités à mettre en annexe de leurs appels à propositions, ou les évaluateurs en référence de leurs propositions. La charte est aujourd'hui utilisée par les masters en évaluation, dont le nombre croît, dans les universités ; elle sert aussi de référence pour les travaux de méta-évaluation.

Les protagonistes de l'adoption et de la discussion de la charte de la SFE ont été étonnés, avec le recul d'une expérience de près de sept ans, donc relativement récente par comparaison avec les sociétés sœurs, de constater l'importance symbolique croissante de la charte. Ce document est un marqueur de l'identité de la société, mais il va désormais bien au-delà et fait l'objet d'une reconnaissance croissante, même si la SFE n'a pas la prétention de représenter tous les types d'acteurs qui s'occupent en France d'évaluation. **F**

Les principes

Principe de pluralité

L'évaluation prend en compte de façon équilibrée les différents points de vue légitimes qui ont été exprimés sur l'action évaluée. Cette prise en compte de la pluralité des points de vue se traduit – chaque fois que possible – par l'association des différentes parties prenantes au processus d'évaluation, ou par tout autre moyen approprié.

Principe de distanciation

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant à l'évaluation à titre professionnel informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel. Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision. Cette autonomie préserve la liberté de choix des décideurs publics.

Principe de compétence

Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel mettent en œuvre des compétences spécifiques en matière de conception et de conduite de l'évaluation,

de qualité de la commande, de méthodes de collecte de données et d'interprétation des résultats. Elles ont le souci d'améliorer et de mettre à jour leurs compétences. Elles s'appuient sur des méthodes reconnues, notamment celles en usage dans la communauté internationale de l'évaluation. Elles utilisent ces méthodes en explicitant leurs limites.

Principe de respect des personnes

Les participants au processus d'évaluation respectent les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées. Ils s'interdisent de révéler l'origine nominative des informations ou opinions recueillies, sauf accord des personnes concernées.

Principe de transparence

La présentation des résultats d'une évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui

conduisent à ces résultats. La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

Principe de responsabilité

La répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon à ce que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge (définition du mandat, pilotage du processus, enquêtes et analyses, formulation du jugement et des recommandations, diffusion des résultats). Les personnes et institutions impliquées dans le processus d'évaluation mobilisent les moyens appropriés et fournissent les informations nécessaires à la conduite de l'évaluation. Elles sont conjointement responsables de la bonne application des principes énoncés dans cette charte. **F**



La place des données qualitatives dans les évaluations en santé publique

Valéry Ridde

Chercheur, Ph. D.,
Centre de recherche
du centre hospitalier
de l'université de
Montréal (CRCHUM),
Département de
médecine sociale
et préventive de
l'université de
Montréal, Institut
de recherche en
sciences de la santé/
CNRST du Burkina
Faso

Geneviève Mak

Doctorante en santé
publique, Centre
de recherche du
centre hospitalier
de l'université de
Montréal (CRCHUM),
Département de
médecine sociale
et préventive de
l'université de
Montréal

« **S**i vous ne pouvez pas le mesurer, cela n'existe pas », voici un adage qui revient régulièrement lorsque l'on souhaite entrer dans le débat de l'utilisation des méthodes quantitatives ou qualitatives dans le domaine de l'évaluation. Hier encore (pour plagier Aznavour), à la veille d'écrire ce texte, nous présentions à des médecins du Burkina Faso les résultats d'une évaluation de processus ayant eu recours à des données qualitatives. La synthèse des discours prononcés par les infirmiers que nous avons interrogés n'a pas été facilement perçue par cet auditoire car, nous a-t-on dit, « il faut des chiffres, nous dire quel est le pourcentage d'infirmiers qui ont dit cela ». Si pour les évaluateurs ce type de questionnement reste contemporain et rémanent à la fameuse « guerre des paradigmes », nous sommes au cœur d'un débat qui semble bien dépassé pour ceux qui suivent l'histoire des sciences. Car nos collègues médecins ne souffrent pas plus de quantophobie aiguë, cette fameuse maladie de la mesure décrite par De Gaulejac, que la plupart des personnes concernées par les évaluations. On ne peut donc faire l'économie d'une rapide mise en perspective pour éclairer les discours et pratiques actuelles de l'usage des données qualitatives dans les évaluations.

Des expérimentations à l'utilisation des résultats des évaluations

Le domaine de l'évaluation a d'emblée été largement dominé par la vision du monde conçue par les sciences naturelles, les méthodes expérimentales et l'approche hypothético-déductive qui donnent une place prépon-

dérante aux mesures quantitatives et aux analyses statistiques. C'est ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique de multiples évaluations se sont développées dans les années 1960 en usant d'une myriade d'expérimentations en comparant des groupes bénéficiant d'un programme à d'autres n'en bénéficiant pas, pour mieux évaluer l'efficacité. Certains évaluateurs pensent donc que seules ces expériences contrôlées sont en mesure de vérifier les effets et les impacts des programmes. Par la suite, et la taille de ce texte nous contraint à un réductionnisme historique, on s'est rendu compte de la difficulté (encadré « De l'efficacité des parachutes ») à organiser de telles évaluations et à expliquer comment ces effets ont été produits. Or les chiffres sont souvent moins utiles que les mots pour comprendre les processus. De surcroît, ces interrogations d'ordres méthodologique, éthique et politique ont émergé en parallèle à une nouvelle vague de pratiques évaluatives plus soucieuse de l'utilisation des résultats. C'est ce que l'on qualifie schématiquement de 4^e génération d'évaluation (après celles de la mesure, de la description et du jugement), une évaluation plus ancrée dans le constructivisme. Il s'agissait aussi, pour de nombreux évaluateurs, de trouver de nouvelles stratégies pour accroître le potentiel d'utilisation des résultats des évaluations face à la rédaction de nombreux rapports dont les recommandations n'étaient pas toujours utilisées. Ainsi, plusieurs nouvelles approches sont nées dans les années 1980 où les données qualitatives prirent plus de place afin de faire en sorte que les évaluations soient plus réactives, plus participatives et mieux centrées sur l'utilisation des recommandations.

De l'efficacité des parachutes

Dans un article célèbre du *British Medical Journal* paru en 2003, Smith et Pell présentent leur étude qui visait à vérifier si le parachute est un instrument efficace pour prévenir les traumatismes liés à la chute. Pour cela, ils ont entrepris une revue systématique des articles scientifiques présentant les résultats d'essais randomisés — la seule méthode valide pour juger de l'efficacité du parachute. Leur recherche a été infructueuse, aucun essai randomisé n'a été retrouvé. Pourtant, les études observationnelles montrent l'efficacité des parachutes. Les auteurs en concluent que les pourfendeurs des études observationnelles et ceux qui ne jurent que par l'évaluation expérimentale doivent redescendre sur terre.

De la complexité des interventions en santé publique

Le recours à des données qualitatives s'explique certainement en partie par cette impasse méthodologique des évaluations expérimentales pour expliquer comment produire des effets. Mais une autre clef d'explication doit être utilisée, celle de la complexité des interventions en santé publique. Ces interventions ont une histoire, elles sont enchâssées dans un contexte particulier qu'il faut obligatoirement prendre en compte. Elles sont des systèmes ouverts, dont l'évaluateur qui les observe fait lui-même partie. Compte tenu de cette complexité, le recours à des démarches évaluatives expérimentales paraît peu pertinent. Les données qualitatives sont donc ici d'un grand secours et pas uniquement pour comprendre le point de vue (*emic*) des acteurs, mais aussi pour rendre compte des effets des interventions. Car les données qualitatives peuvent aussi être utiles pour expliquer des liens de causalité, comme nous l'avons

Valéry Ridde dispose
d'une bourse de
recherche du Fonds pour
la recherche en santé
du Québec (FRSQ) et
l'analyse des écrits de
l'exemption en Afrique
s'inscrit dans une étude
financée par les Instituts
de recherche en santé
du Canada (IRSC).

Merci à
J.-P. Olivier de Sardan
pour ses commentaires
d'une version précédente
de ce (trop court) texte.

L'approche réaliste

S'inspirant des méthodes d'évaluation fondées sur la théorie et d'une épistémologie réaliste, Pawson et Tilley proposent de mettre en lumière le mécanisme (M) actionné par l'intervention pour produire ses effets (E) dans un contexte donné (C), ce qu'ils appellent la configuration « Contexte-Mécanisme-Effet » (CME). On ne répond plus seulement à la question : « L'intervention fonctionne-t-elle ? », mais : « L'intervention fonctionne-t-elle, comment, pour quels bénéficiaires, et dans quelles circonstances particulières ? »

fait par exemple au Bénin ou au Québec. Mais pour cela, la théorie de l'intervention doit avoir été bien décrite lors de la phase pré-évaluative (*evaluability assesment*), autrement dit la chaîne causale doit être explicitée. Les données quantitatives peuvent aussi manquer. Dans une étude entreprise en 2007 pour le compte de l'INPES dans trois régions françaises, nous souhaitions rendre compte des interventions qui favorisaient la réduction des inégalités sociales de santé. Or, dans toutes les interventions étudiées, aucune ne disposait de données quantitatives pour vérifier si elles avaient réellement réduit les inégalités sociales de santé, alors même qu'elles avaient été sélectionnées par des experts locaux sur la base de ce critère. Nous avons donc eu recours à des données qualitatives pour amorcer une explication en usant notamment de l'approche Réaliste (encadré « L'approche réaliste »).

De quelques incompréhensions à l'égard du qualitatif

Lors de l'allocution d'ouverture de la conférence américaine d'évaluation en 1991, son président se plaignait de la place de plus en plus prépondérante des évaluations qualitatives parce que, disait-il, « *elles sont attractives car elles sont si superficiellement faciles* ». Cette vision quelque peu éculée semble malheureusement encore perdurer. Nombre de personnes pensent que l'usage de données qualitatives est facile, et nombreux sont encore les évaluateurs qui, en effet, les utilisent sans grande rigueur. Or, avoir recours à des données qualitatives n'est pas une mince affaire, et celles et ceux qui, préalablement attirés par les analyses quantitatives, ont effectué des analyses qualitatives rigoureuses ont fini par avouer que les statistiques sont parfois plus faciles à mettre en œuvre et souvent plus rapides. L'incompréhension vient évidemment en partie de la perception erronée de certaines personnes quant aux approches qualitatives. Mais la responsabilité est aussi du côté des évaluateurs, qui, parfois, acceptent de faire des dizaines de groupes de discussion alors qu'ils n'auront que quelques heures pour en faire l'analyse et ne pourront jamais rendre compte de la complexité des propos ainsi recueillis. La quantophrénie gagne

aussi les « qualitatistes », qui, face aux demandes de pourcentages et d'échantillonnages représentatifs de la population à l'étude, tombent dans le panneau du nombre. Combien d'évaluations (rapides) sont aussi réalisées en allant poser quelques questions auprès de personnes clefs, prétextant ensuite avoir recours à une évaluation participative et qualitative ? Dans le domaine de la santé publique, les anthropologues ont l'habitude de ces demandes où le qualitatif vient souvent jouer un rôle d'alibi, « l'anthropologue de service » venant étudier les aspects culturels, sans pour autant, donner les moyens à cette étude, ni réellement prendre en compte les résultats mis au jour.

De la rigueur du qualitatif

Or analyser des données qualitatives demande de la rigueur, du temps, de la patience, de la persévérance et de la transparence. Bien que toutes les procédures ne soient pas toujours faciles à expliciter, et qu'un pacte qualitatif, pour paraphraser les termes d'Olivier de Sardan, doit être passé entre l'évaluateur et son client, il existe aujourd'hui une multitude de réflexions sur les critères de scientificité des démarches qualitatives (encadré « Quelques critères de qualité »). Des manuels entiers présentent les différentes manières de choisir des échantillons dans le domaine qualitatif et proposent des démarches pour analyser de manière rigoureuse les données qualitatives. Yin a notamment rendu populaire la stratégie méthodologique des études de cas où les données qualitatives sont largement, mais pas uniquement, utilisées pour évaluer un programme. Les matrices et autres instruments d'organisation des données qualitatives ont été décrites il y a bien longtemps par Huberman et Miles [17]. Il existe sur le marché libre ou commercial un nombre important de logiciels d'organisation (l'analyse reste du ressort de l'évaluateur !) des données qualitatives. En Amérique du

Quelques critères de qualité

- Triangulation
- Réflexivité
- Validation par les enquêtés
- Transparence des méthodes de collecte et d'analyse
- Prendre en compte les cas déviants/témoins
- Imprégnation/observation en contexte naturel
- Itération
- Saturation
- Plausibilité
- Concordance entre observations empiriques et interprétation

Sources : Laperrière, Olivier de Sardan, Pope & May, Huberman & Miles



Nord, les évaluateurs ont la possibilité de trouver des cours spécifiques d'analyse qualitative dans les universités, ce qui manque certainement encore en France.

Le qualitatif et les méthodes mixtes

Nous pourrions demeurer pessimistes car, par exemple, alors que nous avons cru que le débat était clos sur la suprématie des approches expérimentales en évaluation, le ministère fédéral de l'Éducation aux États-Unis propose un retour vers le futur en affirmant en 2003 que « *les devis expérimentaux sont les meilleurs pour déterminer l'efficacité des projets* ». Cela a suscité d'énormes débats outre-Atlantique. Mais au plan international, nous pourrions retrouver le sourire. Le réseau des réseaux sur l'évaluation d'impacts (Nonie) a affirmé en 2007 que « *la norme (gold standard) dans les évaluations d'impacts doit être la pertinence du choix de la méthode* », appuyant ainsi une déclaration de la Société européenne d'évaluation. Autrement dit, que nous ayons recours à des données quantitatives ou qualitatives, l'important est qu'elles soient utiles pour répondre aux questions posées par l'évaluation et ses commanditaires. Nous sommes là au cœur du débat contemporain de l'utilisation des méthodes mixtes dans les évaluations. Dans ces approches, les données qualitatives peuvent ainsi disposer de plus ou moins de prépondérance sur les données quantitatives (tableau 1). Elles peuvent également être employées avant, après ou en même temps que les données quantitatives.

Pour illustrer la place du qualitatif dans les recherches évaluatives, nous avons analysé les écrits scientifiques qui concernent les interventions visant à exempter du paiement des soins les patients en Afrique.

Dans les dix-neuf études scientifiques publiées à ce jour, on remarque que la place des données qualitatives reste minime. Dans douze études, seules les données quantitatives ont été employées et, dans les

sept autres, seulement une a donné une place prépondérante aux données qualitatives. Deux études ont eu recours exclusivement à des données qualitatives. Les composantes qualitatives ont permis, d'une part, de confirmer les résultats des données quantitatives (par ex : augmentation de l'utilisation des services, impact ambigu sur la qualité des soins, modeste protection financière), et, d'autre part, d'étudier les autres barrières à l'accès aux soins et les facteurs influençant la qualité des services. La qualité des composantes qualitatives de ces études est satisfaisante au regard des critères de validité interne énoncés par Laperrière : prise en compte de la subjectivité humaine, observation en contexte naturel et concordance entre observations empiriques et leur interprétation (voir encadré « Quelques critères de qualité », p. 33). Pour chacun de ces critères, différentes stratégies sont proposées par Laperrière. Ainsi, nous avons analysé les sept études en fonction de la stratégie décrite par les auteurs dans leur article pour observer ces critères. Il s'agit donc d'un classement très conservateur puisque les auteurs ont pu utiliser plus de stratégies qu'ils n'en présentent dans leur article. Cependant, nous constatons que deux études disposent des trois critères, deux autres de deux critères et enfin deux d'un seul. Une étude ne dispose d'aucun renseignement permettant de porter un jugement. Mais il faut noter que la méthodologie pour l'analyse des données qualitatives est peu explicitée dans tous les cas.

Conclusion

Les données qualitatives ont évidemment leur place dans le domaine de l'évaluation, mais ni plus ni moins que les données quantitatives. Cependant, elles ne doivent pas être cantonnées à un seul type d'évaluation (e.g. processus, besoin) et doivent être analysées avec rigueur et transparence pour accroître la crédibilité des conclusions et le potentiel d'utilisation des résultats. **F**

tableau 1

Classification et thématique des études sur l'évaluation des exemptions en Afrique

Idéal type QUANT (n = 12)	Méthodes mixtes (MM)			Idéal type QUAL (n = 2)
	QUANT mixte QUANT > QUAL (n = 2)	Idéal type MM QUANT = QUAL (n = 2)	QUAL mixte QUANT < QUAL (n = 1)	
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des services Qualité des services Protection financière État de santé Stigmatisation du VIH 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des services Utilisation des services Perception du coût du traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Qualité des services Stratégies pour faire face à la maladie 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des services Charge de travail du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des services Protection financière Viabilité à long terme Qualité des services

L'évaluation en santé publique à la Haute Autorité de santé

Au terme d'un processus entamé au début des années 1990 et dont les lois des 9 et 13 août 2004 ont constitué une étape majeure, plusieurs institutions se sont vu reconnaître des compétences dans le champ de l'évaluation en santé publique. C'est le cas de la Haute Autorité de santé (HAS), créée par la loi du 13 août 2004, dont l'une des missions est d'élaborer des recommandations en santé publique afin d'aider les décideurs publics dans leurs choix en matière d'actions et de programmes de santé publique.

Missions de la HAS en matière d'évaluation en santé publique : rappels

Selon la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie¹, « au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population », la HAS est chargée, en vertu du 3^e alinéa de l'article L. 161-40 du Code de la Sécurité sociale (CSS), « d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins ». Le législateur a précisé les missions de la HAS par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 qui a ajouté à ce même article L. 161-40 du CSS un alinéa 2^o bis lui donnant compétence pour « rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en œuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L. 1411-6 du Code de la santé publique ».

L'article L. 1411-6 du Code de la santé publique (CSP) résultant de la même loi prévoit ainsi : « Sans préjudice des compétences des départements prévues à l'article L. 2111-2, des programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la Santé et de la Sécurité sociale et, en tant que de besoin, des ministres intéressés.

Dans le cadre de ce programme sont prévus des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, dont la liste est fixée, après avis de la Haute Autorité de santé, par arrêté du ministre chargé de la Santé, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé. »

La loi du 13 août 2004 précise par ailleurs que « dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique [...] ».

Cette mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population par le système de santé reprend celle qui avait été confiée à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) par la loi du 4 mars 2002. En effet, selon les termes de l'article L. 1414-3-1 du CSP inséré par la loi du 4 mars 2002 et explicitant l'article L. 791-1 du CSP, « l'Agence nationale [pouvait] également être chargée de l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique ».

La HAS et l'évaluation des actions et programmes de santé publique

Dans le cadre des priorités de santé fixées par la loi de santé publique et à la demande des autorités publiques, la HAS exerce sa mission d'évaluation des programmes de santé publique dans une perspective d'aide à la décision publique. Elle peut également s'auto-saisir.

Historiquement, l'Anaes a rempli une partie de cette mission, notamment dans le cadre de l'évaluation a priori des programmes de dépistage, réalisée initialement par le Service d'évaluation des technologies. Ponctuellement, la réalisation d'auditions publiques coordonnées par le Service des recommandations professionnelles dans le domaine d'actions de prévention (traitements hormonaux substitutifs de la ménopause, vaccination contre l'hépatite B) participait également de cette mission.

Champs et objets de l'évaluation

Dans le cadre de sa mission d'évaluation en santé publique, la HAS intervient le plus souvent en amont de la mise en place d'interventions de niveaux de complexité variés (actions ponctuelles, programmes voire politiques de santé publique²) afin d'en déterminer la pertinence à partir d'une analyse systématique de l'évidence scientifique. L'évaluation de la HAS peut également porter sur l'intérêt d'une évolution des modalités d'un programme de santé et de son impact sur le système de santé.

Jusqu'à présent, l'investissement de la HAS dans ce domaine a concerné à titre principal le champ des programmes de dépistage (dans la suite des travaux d'évaluation des technologies effectués par l'Anaes). Douze recommandations en santé publique dans ce domaine ont

2. Selon l'Andem, une action de santé publique est définie comme une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population. Un programme de santé correspond à un ensemble coordonné d'actions. Une politique de santé peut être définie comme l'ensemble des orientations et des décisions prises par les pouvoirs d'un pays pour le maintien et/ou l'amélioration de l'état de santé de la population.

Olivier Scemama
Adjoint au chef du Service évaluation économique et santé publique
Catherine Rumeau-Pichon
Adjointe au directeur de l'Évaluation médicale, économique et de santé publique, Haute Autorité de santé

1. Modifiée par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 (articles L. 161-37 et L. 161-40 du Code de la Sécurité sociale).



été publiées entre janvier 2005 et novembre 2009 ; huit autres sont en cours d'élaboration. Les problématiques de santé abordées sont très diverses : les pathologies cancéreuses arrivent au 1^{er} rang (colon-rectum, sein, prostate, peau, col de l'utérus), puis les pathologies infectieuses sexuellement transmissibles (VIH, syphilis, gonocoque), les pathologies maternelles ou périnatales, les maladies génétiques (trisomie 21, mucoviscidose). Par ailleurs, dans la quasi-totalité des cas, il s'est agi d'évaluations *a priori*, qui s'inscrivent cependant dans des contextes différents :

- avant la mise en place d'un dépistage dont il s'agit d'évaluer l'opportunité. La démarche méthodologique consiste à analyser cette stratégie de dépistage à l'aune d'un certain nombre de critères d'évaluation, définis par l'Organisation mondiale de la santé (Wilson et Jungner) et actualisés dans un guide méthodologique de l'Anaes en 2004 [2] ;

- dans un contexte d'évolution épidémiologique et/ou technologique, ou à la lumière d'une publication scientifique nouvelle susceptible de modifier un dépistage en cours. L'évaluation porte alors sur la confirmation de la pertinence et les modifications des conditions de réalisation du dépistage.

Le champ de la prévention primaire a été abordé plus récemment (ex. efficacité et efficience des stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, évaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire en cours).

Enfin, les travaux d'évaluation peuvent porter également sur des modes d'organisation dont l'impact sur le système de santé doit être apprécié (réseaux de santé, télémedecine, recours à l'hôpital, coopérations interprofessionnelles, etc.).

Méthodes et processus d'élaboration

L'évaluation des actions et programmes de santé publique apprécie le rapport bénéfices/risques des différentes interventions possibles à l'échelle de la population et intègre de façon systématique une évaluation économique et organisationnelle. Elle aboutit à l'élaboration de recommandations en santé publique.

Pour réaliser ces évaluations, la HAS recourt principalement à des méthodes reposant sur l'analyse critique et systématique de la littérature scientifique. Outre la revue de littérature, des travaux de modélisation médico-économiques spécifiques sont réalisés en tant que de besoin. La HAS mobilise aussi d'autres sources d'information, comme le recueil de l'avis d'experts, réunis dans un groupe de travail et un groupe de lecture, tous deux pluridisciplinaires (médecine, économie, sociologie, etc.), pluriprofessionnels, avec la participation de représentants d'associations d'usagers ou de patients.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 63.

Quelques exemples d'évaluations en santé publique à la HAS

Évaluations publiées et disponibles sur le site de la HAS :

- Dépistage et diagnostic précoce du glaucome : problématique et perspectives en France (novembre 2006)
- Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21 (juin 2007)
- Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (IFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France (décembre 2008)
- Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse (décembre 2009)

Évaluations en cours :

- Évaluation des stratégies de prévention de la carie dentaire
- Évaluation *a priori* de l'extension du dépistage néonatal d'une ou plusieurs erreurs innées du métabolisme par la technique de spectrométrie de masse en population générale en France
- Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Au sein de la HAS, cette mission d'évaluation dans le domaine du dépistage, de la prévention et de l'organisation du système de santé est assurée par le Service évaluation économique et santé publique (SEESP). Les travaux du service sont présentés à la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP), puis validés par le Collège.

Conclusion : une nécessaire complémentarité

Les travaux d'évaluation en santé publique menés par la HAS s'inscrivent dans le cadre des priorités de santé définies par la loi de santé publique. Le rôle de la HAS en matière d'aide à la décision publique dans ce domaine ne peut se concevoir qu'en relation avec les autres institutions impliquées dans le champ de l'évaluation des actions et programmes de santé, et de la détermination des priorités de santé publique.

L'évaluation de l'impact attendu des actions de santé publique devrait constituer le principal élément d'aide à la priorisation des objectifs de santé publique, dans un souci d'optimisation des ressources disponibles. **F**

L'évaluation des politiques de santé et la Cour des comptes

La Cour des comptes tient depuis 2008 de la Constitution une mission d'évaluation des politiques publiques. Deux enquêtes sur la mise en œuvre de plans de santé publique montrent la complémentarité entre ses contrôles de performance et une évaluation. La réforme des juridictions financières qui est en préparation devra être accompagnée des moyens nécessaires à la conduite d'évaluations.

La Cour des comptes pratique de longue date le contrôle de performance. Il est proche de l'évaluation *a posteriori* des politiques publiques au sens du décret du 22 janvier 1990 (« *Évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés* »). Ses rapports évoquent souvent l'évaluation en santé publique, mais c'est principalement au regard de préoccupations quantitatives, et plus rarement pour souligner l'absence d'évaluation qualitative¹.

Distance et empathie

Une nouvelle étape est annoncée : suite à la promulgation en 2008 de l'article 47-2 de la Constitution² ; l'évaluation elle-même devient le quatrième métier des magistrats de la rue Cambon³, après le métier historique de *jugement des comptes*, progressivement accompagné du *contrôle de la gestion et de la performance*, puis de la *certification des comptes* de l'État et de la Sécurité sociale. Ils n'ont jusqu'à maintenant pratiqué l'évaluation que de manière empirique et ponctuelle, alors que la définition de l'évaluation a beaucoup plus évolué depuis 1990 que les méthodes de contrôle de la performance par la cour.

1. Exemple récent : le *Rapport annuel sur la Sécurité sociale* soulignait en septembre 2009, à propos de la T2A, « *l'absence d'une évaluation indépendante et experte des effets de la réforme à laquelle il semble absolument nécessaire de remédier* » (page 211). Puis, page 250, « *il n'y a pas eu d'évaluation médico-économique des examens de santé* » (alors que la cour l'avait préconisée dix ans plus tôt).

2. « *La Cour des comptes assiste le Parlement dans le contrôle de l'action du gouvernement. Elle assiste le Parlement et le gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances et de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que dans l'évaluation des politiques publiques. Par ses rapports publics, elle contribue à l'information des citoyens [...]* ».

3. Danièle Lamarque, conseillère maître, a analysé l'évaluation pratiquée par les juridictions financières au regard de la charte de la Société française de l'évaluation (pluralité, distanciation, compétence, respect des personnes, transparence, opportunité, responsabilité...), dans : « *L'évaluation de politiques publiques, le quatrième métier de la Cour des comptes : le rapport sur la formation professionnelle tout au long de la vie* », Paris, *Gestion finances publiques*, n° 7, juillet 2009, p. 562-566.

La posture du magistrat financier demeure ainsi la distance, certes palliée par le dialogue qu'appelle la procédure contradictoire, alors que l'évaluation est réputée comme fondée sur l'empathie, ou à tout le moins un accord sur l'existence d'un problème⁴.

Deux exemples récents de travaux menés par la 6^e chambre seront évoqués ici, s'agissant du Programme national nutrition santé 2001-2005 (PNNS)⁵ et du Plan cancer 2003-2007 [7]⁶.

Le PNNS

La Cour avait de longue date recommandé à l'État d'assortir les dépenses de santé d'une évaluation. En procédant au contrôle de performance⁷ du PNNS 2002-2005, programme budgétairement modeste, elle s'y est essayée en 2006. Avec des moyens très limités, la tentative demeurerait implicite : trois mois d'un magistrat et six semaines au total de deux médecins, l'une généraliste, consultante rompue aux travaux de la cour, et l'autre, diététicienne. Aux côtés de l'examen traditionnel de la gestion des moyens, y compris avec un examen critique de la quantification des produits et des résultats affichés, ces expertes ont surtout évalué si les acteurs du PNNS avaient développé des indicateurs réalistes et des évaluations en termes d'efficience et d'efficacité, sans procéder directement à une évaluation.

Il était, comme quasiment toujours en ces domaines, impossible d'apprécier l'impact sanitaire du programme dans l'année suivant son achèvement. L'éventuel impact du PNNS I (et celui des constats et recommandations de la Cour) pourra être mieux apprécié lors d'une évaluation de plein exercice du PNNS II, 2006-2010.

Le Plan cancer [7]

Cette seconde enquête a comporté le traditionnel contrôle organique (l'Institut national du cancer, auquel un chapitre du rapport public annuel 2008 a ensuite été consacré),

4. Cf. les travaux de la Société française d'évaluation, et de Sylvie Trosa, rapporteur à la Cour des comptes.

5. Non publiée, hormis sur un point : La coordination interministérielle du PNNS, Cour des comptes, *Rapport public annuel*, février 2009, tome II, p. 55-59. La cour y a noté, entre autres, qu'elle avait sans succès « *souligné l'utilité d'une évaluation périodique de la diffusion et de l'impact des travaux émanant du Service d'information du gouvernement : la DGS [direction générale de la Santé] n'avait pas été destinataire d'un « baromètre » de l'opinion concernant le PNNS, alors qu'il fournissait des indicateurs utiles pour affiner le pilotage de ce dernier* », signe des obstacles que rencontrent même les évaluations les plus simples.

6. Le mot « évaluation » figure dans près d'une page sur trois, mais dans des acceptions multiples.

7. Assorti d'un contrôle de régularité des dépenses, sans donc s'éloigner de la vocation première de la cour.

Alain Gillette

Conseiller maître à la Cour des comptes
Doyen de la 6^e chambre



et le contrôle de performance du Plan cancer, avec le rapport public thématique précité. Le contrôle de performance s'est efforcé de reconstruire aussi complètement que possible la chaîne des objectifs, moyens et produits de cette politique publique. Le contrôle a aussi porté sur l'efficacité et l'efficacités de la gestion du plan au regard des objectifs initiaux. Faute de pouvoir mettre en œuvre des méthodes qualitatives, il n'a pas inclus une évaluation de l'efficacité du plan en termes d'impact médical et scientifique, que la cour n'était pas habilitée à réaliser. Cette dernière mission a d'ailleurs été confiée peu après par l'État au Haut Conseil de la santé publique, avec lequel la cour s'est coordonnée.

Le rapport final du HCSP s'est appuyé à maintes reprises sur l'analyse traditionnelle des défaillances et des incohérences effectuée par la cour. Elle a montré les insuffisances des outils statistiques et des données, mais sans avoir les moyens ni les données permettant d'évaluer les résultats et d'établir des analyses socio-économiques⁸ ou des calculs financiers quant à l'impact macro-économique des mesures du plan. Cette dernière

8. L'impasse a également été faite sur une approche du type « théorie d'action », qui rechercherait les relations de cause à effet entre les intentions implicites des auteurs du plan, les mesures choisies sur leur proposition et l'impact réel de ces dernières. Les magistrats de la cour ont l'habitude de rechercher des causalités, mais ils se limitent jusqu'à maintenant à ce qui est explicitement documenté dans les dossiers à l'appui de leurs rapports.

approche serait logique dans le cadre d'évaluations confiées à la cour.

La cour a aussi en quelque sorte procédé à une évaluation de l'évaluation : absence de mise en place de celle-ci tant par la mission interministérielle qui en avait été chargée que, jusqu'à la parution dudit rapport public, par l'Institut national du cancer ou avant lui le groupement d'intérêt public (GIP) chargé de sa préfiguration. Cette absence d'évaluation par les organes qui en avaient été chargés ne résultait pas seulement de dysfonctionnements mais aussi de la grande difficulté à rassembler les connaissances appropriées⁹. La plupart des indicateurs prévus par le plan n'étaient à l'époque qu'incomplètement renseignés - alors que la cour avait déjà, mais en vain, souligné en 2000 puis en 2003 la difficulté d'évaluer, faute de données, les résultats de la prise en charge des cancers [8]. L'INCa s'est mobilisé pour répondre aux questions du rapporteur, et a ensuite mieux organisé la mission qui lui est assignée en ce domaine.

Toutefois, en cancérologie comme dans d'autres domaines, un délai de plusieurs années, voire de plusieurs décennies, est un préalable à toute évaluation de ce type. La cour ne pouvait donc que marginalement rendre compte de l'impact du plan en termes d'efficacité, et de causes avérées de cette efficacité. Les indicateurs intermédiaires, notamment sur les changements de comportement des professionnels et des usagers (vis-à-vis de l'alcool, du tabac, du dépistage...), ont été cités, mais eux-mêmes ne sont connus qu'après un certain délai.

Restructuration

Ces deux exemples montrent que la cour va devoir significativement faire évoluer ses moyens et ses méthodes pour assurer la mission qui lui est désormais assignée en matière d'évaluation par la Constitution. Aussi une évolution structurelle est-elle en préparation¹⁰. L'un des considérants est que la répartition des compétences entre la cour et les chambres régionales des comptes, qui travaillent efficacement ensemble notamment en matière hospitalière, ne permettrait pas d'organiser efficacement et de façon homogène sur le terrain l'évaluation des politiques publiques. C'est l'un des motifs du projet de loi transmis fin 2009 au Parlement en vue d'une fusion des juridictions financières en une seule entité, dotée d'un réseau restreint, la cour. Philippe Séguin y était très attaché.

9. L'INCa notait en 2005 que les études scientifiques en matière de soins cancérologiques ne faisaient « l'objet ni d'orientations coordonnées, ni de mise en commun, ce qui interdit de fait une connaissance véritable de la qualité des soins actuellement dispensés aux patients », cf. Cour des comptes, *La mise en œuvre du Plan cancer*, pages 36, 41-44 et 54.

10. Cette réforme est élaborée au moment où l'avènement des agences régionales de santé restructure l'action publique en ce domaine, ce qui pourrait à terme améliorer la production des données nécessaires à toute évaluation.

L'évaluation du Plan cancer par le HCSP

Comme indiqué dans ce numéro, le HCSP a réalisé deux rapports d'évaluation sur le même plan cancer. Le premier a été consacré principalement à la prévention et au dépistage (116 pages)¹, et le second, à une évaluation complète (495 pages)². La seule indication des moyens mobilisés montre la différence de nature des travaux : les deux auteurs du premier rapport ont bénéficié du concours d'une dizaine de spécialistes, et d'une relecture par des membres du Haut Conseil. Les auteurs du second ont souligné que « *L'évaluation du Plan cancer représente, au vu de l'ampleur des interventions, une métaévaluation. Elle a nécessité la conduite d'importants travaux d'évaluation par des contributeurs et évaluateurs issus du HCSP ou externes à celui-ci, répartis en dix axes d'évaluation. Une collaboration avec l'IgAs a pu être mise en place pour la prise en charge de deux axes de l'évaluation. Une vingtaine d'experts externes et de consultants ont été mobilisés* » (page 26). Une société de consultants a contribué à l'élaboration de la méthode. Un comité d'évaluation, un comité de projet, et dix équipes d'évaluation de 2 à 5 experts ont été constitués. Les deux rapports témoignent de la richesse des analyses ainsi obtenues, et aussi du fait qu'elles se sont heurtées aux mêmes insuffisances de données que la cour avait relevées. Le HCSP n'a pas eu les moyens d'évaluer le volet « recherche » du Plan cancer. **F**

1. *Rapport d'étape sur l'évaluation du Plan cancer, prévention et dépistage*, 6 juin 2008. L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé avait aussi abordé ce dernier thème dans : « Les résultats du dépistage du cancer du sein », Assemblée nationale, n° 1678, 17 juin 2004, 83 pages, dont la cour a noté que plusieurs recommandations sont restées sans suites.

2. *L'évaluation du Plan cancer*, 30 janvier 2009.

Suite à une décision rendue par le Conseil constitutionnel le 25 juin 2009, il est également prévu que la loi détermine les organes du Parlement compétents pour demander l'assistance de la cour en matière d'évaluation des politiques publiques. Elle habiliterait le gouvernement à fixer par ordonnance les procédures de la cour en ce domaine (les modalités traditionnelles de délibéré, notamment, ne correspondent pas aux canons des groupes pluridisciplinaires d'évaluation).

Il lui faudra ensuite trouver les moyens appropriés. L'exemple cité plus haut du HCSP en souligne l'ampleur. Une évaluation à le mérite d'apporter des ressources externes et temporaires, mais leur coordination et l'appropriation de leurs apports par les magistrats exigeront des moyens, ne serait-ce que pour coordonner des équipes d'experts et en valider les apports. Le projet parallèle d'une réduction des effectifs des juridictions financières pourrait à cet égard constituer un frein ; toutefois, le

recrutement de magistrats en service extraordinaire pour une durée limitée et d'assistants, venus de tous horizons, est également prévu ; il serait de nature à répondre aux exigences de pluralité et de compétence qui sont celles de l'évaluation.

À l'instar d'autres institutions supérieures de contrôle, la cour ne pouvait sans doute pas rester à l'écart du développement de l'évaluation des politiques publiques. Néanmoins, tant l'adjonction du rôle d'évaluateur à sa culture ancestrale de juge des comptes que la reconnaissance sur le terrain de cette extension de sa légitimité ne seront sans doute pas instantanées. Bref, comme il a été écrit à propos d'évaluations de politiques régionales de santé par d'autres acteurs, « l'organisation des relations entre les différents groupes et acteurs, la répartition des rôles et des responsabilités sont encore à clarifier » [18]. **F**

Extrait du discours prononcé par Philippe Séguin, président de la Cour des comptes, lors de la journée de clôture des travaux du Haut Conseil de la santé publique le 18 décembre 2010

« **J**e suis ici en effet pour évoquer, devant vous, les perspectives de collaboration qui nous sont ouvertes par la reconnaissance de l'importance de l'acte d'évaluation, inscrite, vous le savez, depuis juillet 2008 dans la Constitution.

Cette consécration constitutionnelle de l'évaluation des politiques publiques est, à n'en pas douter, une décision majeure. Elle résulte de la prise de conscience de l'exigence accrue d'efficacité et d'efficience des politiques publiques dans une économie mondialisée. Elle traduit également l'attente de nos concitoyens de toujours plus de transparence et d'une meilleure information sur les résultats réels des actions publiques engagées. Une information délivrée par des organismes qui présentent toutes les garanties d'indépendance...

La Cour a donc acquis une expertise reconnue dans l'analyse de grandes politiques de santé publique, et en particulier, mais c'est évidemment, dans notre « cœur de métier », sur tout ce qui porte sur l'organisation administrative et le financement de ces politiques.

Nous bénéficions pour ce faire d'un atout majeur : un champ de compétences très étendu, qui nous permet de suivre l'utilisation de l'ensemble des deniers publics, qu'il s'agisse des dépenses budgétaires de l'État, de celles des collectivités territoriales ou de celles de la sécurité sociale. Nous avons donc une vision globale du finance-

ment des politiques, notamment de santé publique, globalité sur laquelle vous avez pu, de votre côté, parfois atchopper, comme dans le cas de l'évaluation du Plan national sur les maladies rares, dans lequel vous n'avez pu examiner que les seules dépenses inscrites au budget de l'État...

Je voudrais plus précisément prendre quelques exemples rapides, afin de vous montrer notre intérêt pour l'évaluation des politiques de santé publique, mais surtout le caractère complémentaire, selon moi, de nos travaux et de nos analyses.

En 2006, nous avons, dans le cadre d'une enquête sur la politique de périnatalité dans notre pays, examiné les plans successifs qui ont été lancés par le Gouvernement pour améliorer la prise en charge sanitaire des nouveau-nés et des parturientes... Nous avons montré que la mise en œuvre de ces orientations s'est révélée insuffisante et qu'elle a été particulièrement lente dans le secteur public, du fait de fortes rigidités. Nous avons également souligné que les performances sanitaires globales de la France se sont améliorées, mais que de très fortes inégalités perdurent entre les régions, mais aussi entre les catégories sociales face aux risques liés, pour les futures mères, à la grossesse. Mais au-delà de la constatation basée sur des données disparates, les enquêtes de la Cour s'arrêtent aux frontières de l'évaluation de l'im-

pact sanitaire des politiques publiques, ou de la détermination des bonnes pratiques médicales. Et c'est ici que les analyses des professionnels de santé et des spécialistes en santé publique peuvent utilement prendre le relais, et d'ailleurs nous n'hésitons pas à faire reposer nos constatations et nos recommandations sur leurs conclusions... Reste que dans ces matières, votre intervention est irremplaçable car vous avez su mobiliser des compétences médicales et en santé publique reconnues.

Il nous faut désormais aller plus loin dans la convergence de nos travaux, car le Parlement ne se contentera pas de la juxtaposition des travaux du Haut Conseil et de la Cour. Nos concitoyens, quant à eux, comment peuvent-ils comprendre qu'une synthèse des démarches ne soit pas réalisée par nos soins sur un même sujet ? Il nous sera demandé à l'avenir, à vous comme à nous, d'intégrer l'ensemble des approches, des disciplines, des problématiques dans une démarche d'évaluation globale et unique.

Cela signifie qu'il nous faut sans doute bâtir une expertise collective, au sein de laquelle chaque instance aura sa place, chaque discipline aura sa contribution à apporter et disposera de la même légitimité. Cela signifie qu'il nous faut rapidement apprendre à travailler en commun, sur les méthodes, et demain, sur des sujets d'intérêt partagé. **F**



L'évaluation en pratiques

Quelques exemples d'évaluation en santé publique : les objectifs de la loi de 2004, les plans nationaux et régionaux et les campagnes de prévention.

100 objectifs de la loi de santé publique : du suivi à l'évaluation

Béatrice Tran

Médecin de santé publique chargée de mission au Haut Conseil de la santé publique

Sandrine Danet

Chargée de mission, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a instauré une démarche structurant la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé en France. La loi a défini des objectifs de santé quantifiés, susceptibles d'être atteints dans la population ou des groupes de population, au terme d'une échéance pluriannuelle de cinq ans. Cinq plans stratégiques de santé publique propres à contribuer à leur réalisation ont été mis en œuvre.

Les 100 objectifs résultent de la réflexion menée par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO)¹, à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France² (poids de la mortalité prématurée et des inégalités de santé entre régions ou groupes de personnes, nécessité de renforcer la prévention), de la consultation de multiples instances, notamment de la Conférence nationale de santé, et des propositions de l'OMS portant sur la définition d'indicateurs synthétiques de mortalité et d'impact sur la qualité de vie.

1. Ce groupe a été constitué sous l'égide de la DGS, en étroite collaboration avec l'Inserm, de représentants des différentes institutions impliquées dans l'élaboration et la production des informations de santé, ainsi que d'experts issus des différents domaines de la santé publique.

2. *La santé en France*. Rapport du Haut Comité de santé publique. La Documentation française : 2002, 410 pages.

Un groupe de travail a été mis en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et par la Direction générale de la santé pour la définition d'indicateurs de suivi des 100 objectifs. Il était composé des principaux producteurs de données dans le champ sanitaire et social et d'experts de chacun des thèmes considérés. Ce groupe a défini, en 2005³, les indicateurs déjà disponibles, tout en identifiant et précisant les besoins complémentaires. Ces indicateurs devaient dans la mesure du possible, être déclinables selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le niveau d'études. Des comparaisons européennes ainsi qu'une déclinaison territoriale devaient être autant que possible réalisables. Depuis 2006, la Drees assure le suivi annuel de ces indicateurs.

Le Haut Conseil de la santé publique, mis en place en mars 2007, a pour mission de contribuer à l'évaluation de l'atteinte des 100 objectifs.

Suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique

Le recueil chiffré et commenté des indicateurs associe l'ensemble des producteurs de données dans le champ

3. *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Rapport, juillet 2005.

de la santé⁴. Coordonné par la Drees, le suivi de ces indicateurs fait l'objet d'un rapport publié annuellement. Ces rapports comprennent également une synthèse donnant une vision d'ensemble de l'état de santé de la population et la présentation commentée d'indicateurs de cadrage transversaux⁵. Ces ouvrages ont pour vocation d'alimenter le Haut Conseil de la santé publique pour préparer l'évaluation de la loi et de contribuer au débat public.

Le chiffrage annuel a débuté en 2006. Il s'agit d'un processus cumulatif. En 2008, 72 objectifs ont été renseignés contre 64 en 2007 et 59 en 2006. Les objectifs qui ne bénéficient pas d'une évaluation chiffrée sont ceux pour lesquels les indicateurs de suivi n'ont pas pu être définis ou pour lesquels les sources de données ne sont pas disponibles. Il s'agit par exemple de qualité de vie, ou de santé dont la mesure est complexe. Le rapport de suivi 2009 permettra d'apprécier au terme de l'échéance quinquennale, dans quelle mesure il a été possible de répondre aux ambitions affichées dans la loi.

Évaluation

Le HCSP a réalisé un examen systématique des 100 objectifs de santé publique.

La première étape a consisté à déterminer *a priori* si chaque objectif était évaluable, c'est-à-dire s'il rassemblait quatre critères : objectif formulé sous une forme quantifiable ; indicateur(s) associé(s) défini(s) de façon claire, dès le début de la période couverte par la loi (2004-2009)⁶ ; niveau de référence connu ; comparaison temporelle possible.

Pour déterminer le niveau d'atteinte, les experts du HCSP se sont appuyés sur les données publiées par la Drees⁷, complétées le cas échéant par d'autres sources⁸. Les experts devaient ensuite se déterminer sur l'opportunité de reconduire l'objectif sous sa forme actuelle ou modifiée en vue de la prochaine loi.

La deuxième étape a visé à repérer, au sein des plans, programmes et actions de santé publique en rapport avec l'objectif, les actions ayant pu contribuer à sa réalisation.

Ce travail a été organisé par thématique de santé publique, à l'intérieur de groupes rassemblant personnalités qualifiées et représentants des agences de santé au HCSP. Il a été procédé, lorsque cela était possible, à l'examen de documents internes de bilan ou de suivi des actions et plans mis à disposition par les autorités de santé, ainsi qu'à des auditions de responsables et de personnalités compétentes.

4. L'Ademe, l'AFSSA, l'AFSSAPS, l'Agence de la biomédecine, la Cnamts, la CCMSA, le CNRS, la Dares, la DGS-EA, la Drees, l'INCa, l'INPES, l'Inrets, l'Insee, l'Inserm-CépiDc, l'Inserm unité 149, l'InVS, l'Irdes, l'OFDT, l'ONISR, le RSI, l'UFSBD, l'Usen/Cnam.

5. Drees. *L'état de santé de la population en France – Rapports 2006 à 2008*. <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>

6. Notamment dans le rapport de juillet 2005 sur les indicateurs associés aux objectifs de la loi.

7. Cf. note 3 ; les données ont été mises à jour en 2009.

8. Rapports ou publications de l'InVS, la Dares, la Cnamts, l'AFSSAPS, du ministère de l'Intérieur, de l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, des sociétés savantes...

Discussion

Le processus de suivi des indicateurs de la loi a nécessité la mise en place d'une organisation pérenne, qui a permis de valoriser les données exploitées par les différents producteurs de données, de susciter des exploitations spécifiques de certaines enquêtes périodiques et de proposer, sur la base de travaux *ad hoc*, des outils et systèmes de mesure répondant aux objectifs encore sans indicateurs. Le bilan met en valeur l'important travail partenarial réalisé pour la définition et le suivi des indicateurs, malgré des contraintes fortes liées à la méthodologie de définition des indicateurs, la disponibilité des données au niveau national, les besoins de mise en cohérence des sources et les contraintes de comparabilité géographique.

L'analyse spécifique des disparités sociales et géographiques n'a pas toujours été possible, alors que l'expression sous forme de valeurs moyennes peut masquer de fortes disparités géographiques, sociales ou professionnelles. L'intérêt d'un indicateur de dispersion a été souligné par les experts du HCSP lors de la phase d'évaluation.

Le caractère quantifié de la majorité des objectifs annexés à la loi visait à fournir au législateur et aux citoyens des éléments mesurables pour apprécier les résultats de la politique de santé. Des difficultés ont toutefois été rencontrées lors de l'évaluation, concernant la mesure et/ou l'interprétation des données.

Indisponibilité ou non-production en temps voulu de certains indicateurs

Malgré les travaux spécifiques coordonnés par la Drees pour proposer des outils et systèmes de mesure répondant aux objectifs sans indicateurs, un certain nombre d'objectifs ne sont toujours pas évaluables. Cette situation témoigne à la fois d'une insuffisance des systèmes d'information en santé et d'un déficit de données pourtant indispensables pour définir une politique de santé publique.

Par ailleurs, les délais de mise à disposition des données ne sont pas toujours compatibles avec une évaluation nécessitant d'observer des tendances sur la période considérée (2004-2009) ; il peut ainsi n'exister aucune donnée sur cette période ou seulement une mesure ponctuelle.

Pertinence de la formulation de l'objectif et de l'indicateur

Pour plusieurs objectifs de la loi, ont été constatées une inadéquation entre la formulation de l'objectif et les indicateurs disponibles et, pour d'autres, une formulation complexe, qui ne permettent pas l'évaluation de l'atteinte (objectif à composantes multiples). C'est par exemple le cas en ce qui concerne les objectifs abordant les conséquences des pathologies (incapacités, limitations ou séquelles fonctionnelles, complications), pour lesquelles des indicateurs approchés ont dû être utilisés.

Interprétation des résultats

L'évolution des indicateurs peut rarement être attribuée aux politiques spécifiques mises en œuvre dans les



suites de la loi ; en effet, elles résultent, le plus souvent, de l'association de différentes mesures, voire de la conjonction de politiques menées par plusieurs services et acteurs. Enfin, il est souvent délicat de distinguer ce qui peut être attribuable aux politiques mises en œuvre et ce qui relève de l'évolution naturelle des phénomènes observés.

Conclusion

Au terme du premier quinquennat, l'exercice a été globalement positif : l'intégration d'objectifs quantifiés dans la loi contribue à améliorer la prise en compte

des résultats des politiques de santé, pour l'aide à la décision en santé publique. Le travail considérable développé autour de la définition du suivi et de l'évaluation des objectifs a mobilisé de nombreux partenaires issus de la plupart des disciplines et institutions impliquées en santé publique. La mise en commun de ces différentes expertises a été un atout majeur pour le suivi et l'évaluation des 100 objectifs, mais également des plans stratégiques. Ainsi, fin 2009, plus de la moitié des objectifs sont évaluables, et parmi eux la moitié est atteinte ; parmi les objectifs non évaluables, un tiers sera dans un avenir proche. **F**

Le Haut Conseil de la santé publique et l'évaluation des plans de santé publique

Renée Pomarède
Secrétaire générale
du Haut Conseil de la
santé publique

Depuis vingt ans, et avec beaucoup de retard comparé aux pays anglo-saxons, la politique publique s'est progressivement dotée des moyens de son évaluation.

La politique de santé s'est ralliée tardivement à cette nécessité, arguant qu'elle menait des politiques complexes, presque toujours interministérielles quasiment inévaluables, s'appuyant aussi sur l'idée que la santé était un bien supérieur et que l'évaluation, notamment économique, pour opérer des choix ou réorienter les programmes était superflue.

Les missions du HCSP en matière d'évaluation

La loi d'août 2004 pour une politique de santé publique a confié une mission d'évaluation au Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Il contribue à l'élaboration et à l'évaluation des politiques de santé publique. Il évalue la réalisation des objectifs nationaux de santé publique annexée à la loi quinquennale afin de proposer des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population. Il fournit aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaires. Enfin la commission « Évaluation, stratégie et prospective » doit pouvoir évaluer les plans et programmes de santé publique.

La mise en œuvre des missions d'évaluation du HCSP

Pendant son premier mandat, le HCSP a décliné de manière opérationnelle cette mission.

S'interrogeant sur la légitimité qu'il avait à évaluer l'ensemble de la loi de santé publique, il s'est limité à l'évaluation des 100 objectifs annexés à la loi et à l'évaluation des plans stratégiques qui y étaient rattachés, le Plan cancer et le Plan maladies rares, le Plan santé-environnement ayant été évalués à mi-parcours.

L'évaluation des plans de santé publique : méthode, résultats et limites

Les plans de santé publique thématiques ont pour caractéristique d'intégrer les différentes dimensions de la question : prévention, dépistage, organisation des soins, recherche. Ce large périmètre convoque des disciplines variées et la contribution de plusieurs ministères.

L'évaluation qui en sera faite doit être globale et pluraliste, en étant indépendante et transparente.

Le HCSP, instance d'expertise indépendante, est bien placé pour être le maître d'ouvrage de ces évaluations. La pluridisciplinarité de ses membres permet des combinaisons opérationnelles dans les différentes instances de l'évaluation que sont le comité d'évaluation et le comité exécutif du projet. Cependant la question du caractère interministériel de la politique évaluée et de l'évaluation se pose ; elle ne peut être résolue qu'en reconnaissant cette spécificité dès la conception du plan et en définissant au départ les structures qui, au côté du HCSP, seront impliquées dans l'évaluation, telles l'Igas, l'AERES pour la recherche, la Cour des comptes, etc.

L'évaluation globale d'un plan de santé publique se fonde premièrement sur des éléments fournis par le promoteur concernant son déroulement. C'est un exercice lourd, qui peut être facilité par la mise en place d'un processus de suivi régulier et codifié. Celui-ci a plusieurs avantages : d'une part, il permet au promoteur du plan d'en suivre la réalisation et d'en appréhender les difficultés, en renseignant les indicateurs de suivi tant financiers que sanitaires ; d'autre part, il facilitera l'évaluation, que celle-ci se tienne à mi-parcours ou bien à la fin du plan.

Les évaluations globales de Plan de santé publique à la fin de leur réalisation apportent des résultats importants sur l'effectivité de la mise en œuvre des mesures,

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale p. 63.*

sur les difficultés rencontrées et sur le degré d'atteinte des objectifs quand ceux-ci étaient quantifiés au départ et atteignables à l'horizon du plan, qui se déroule le plus souvent sur trois, quatre ou cinq ans.

Cependant, ces évaluations finales permettent rarement d'estimer l'impact en santé ; celui-ci est mesurable plus tardivement dans la plupart des domaines. De même il est souvent difficile d'imputer les résultats de santé constatés au seul plan mis en œuvre. Cela doit néanmoins être systématiquement recherché et facilité par la définition d'indicateurs de résultat intermédiaires, qui peuvent et doivent être atteints à la fin du plan.

La prise en compte des résultats et recommandations d'une évaluation en fin de plan pose des problèmes : les éléments arrivent trop tardivement pour permettre des décisions dans un climat serein. C'est pourquoi les évaluations avant la fin du plan, à mi-parcours par exemple, paraissent plus opérationnelles pour réorienter le plan en cours ou identifier les manques pour la politique à venir. S'ajoutant à cette évaluation, des axes particulièrement importants peuvent être identifiés dès la conception du plan ou pendant l'évaluation à

mi-parcours comme devant faire l'objet d'une évaluation approfondie.

Enfin, toute évaluation doit amener le HCSP à faire des recommandations : Faut-il réorienter le plan et comment ? Faut-il arrêter le plan à la fin de son déroulement ? Faut-il développer un programme spécifique sur un axe isolé ?

En conclusion

Le HCSP propose d'intervenir à différents temps dans le processus d'évaluation des plans de santé publique :

- au moment de la conception, pour donner un avis sur les conditions de suivi et les modalités d'évaluation et aider à leur amélioration par des recommandations ;
- à mi-parcours, pour réaliser ou faire réaliser, sous sa responsabilité, une évaluation globale fondée sur les éléments du suivi qui lui sont régulièrement adressés ;
- en fin de plan, pour réaliser ou faire réaliser une évaluation approfondie de certaines parties essentielles du plan en tentant d'approcher l'impact en santé ;
- dans tous les cas et quels que soient la forme et le moment de l'évaluation, ses résultats doivent être analysés par le HCSP pour les traduire en recommandations. **F**

L'évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement

Après un rappel des principales caractéristiques du premier Plan national santé-environnement (PNSE), son processus d'évaluation à mi-parcours sera brièvement présenté. Puis les réponses aux quatre questions évaluatives seront développées avant de terminer sur des recommandations.

Le Plan national santé-environnement et son processus d'évaluation

Le PNSE1 qui couvre la période 2004-2008, développe une thématique émergente, avec un souci de mise en cohérence de l'action publique. Il vise à prévenir les risques pour la santé résultant de l'exposition des citoyens aux agents physiques, chimiques, biologiques présents dans les différents milieux de vie (général, domestique, professionnel, etc.).

Élaboré à partir du rapport d'une commission d'orientation², le PNSE constitue une démarche volontariste qui repose sur un processus interministériel et donne lieu à une déclinaison régionale sous la forme de plans régionaux santé-environnement (PRSE). Il est doté d'un système de pilotage et de suivi spécifique.

La finalité de l'évaluation à mi-parcours est d'établir un bilan du processus déployé, des réalisations en cours et, dans la mesure du possible, de leurs premiers effets, et d'identifier les ajustements nécessaires.

Un dispositif d'évaluation a été constitué, sous la responsabilité des coprésidents, autour d'un comité d'évaluation (Codev, rassemblant experts et représentants des parties prenantes) et d'une équipe-projet composée de membres de l'Afsset, avec l'appui méthodologique de consultants en évaluation des politiques publiques (Evalua).

Le Codev s'est réuni huit fois, en séance plénière, afin de répondre aux quatre questions évaluatives posées (pertinence, cohérence, mise en œuvre et impacts).

Les réponses aux questions évaluatives

Pertinence du PNSE

L'analyse de la pertinence consiste à apprécier dans quelle mesure le PNSE, à la fois dans son contenu et dans la hiérarchisation de ses priorités, répond aux enjeux en santé-environnement décrits par la Commission d'orientation, et s'il n'y a pas lieu d'apporter des modifications en fonction de données nouvelles.

D'une manière générale, on peut affirmer que le PNSE est fidèle aux recommandations de la Commission d'orientation. Des différences existent cependant et certaines actions recommandées dans le rapport de la Commission d'orientation n'ont pas été inscrites dans le Plan ou ont fait l'objet de mesures situées en

Isabelle Momas

Professeur de santé publique à l'université Paris Descartes, vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique

Jean-François Caillard

Professeur de médecine du travail au CHU de Rouen

Coprésidents des Commissions d'orientation et d'évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement



deçà des préconisations (par exemple pour l'amiante, les rayonnements, le bruit, les produits phytopharmaceutiques, les transports, ou la formation).

Plusieurs éléments expliquent ces différences. Le PNSE a mis en exergue certains phénomènes d'actualité, comme la légionellose, et a tenu compte de contraintes de gestion, en privilégiant les actions relevant de la responsabilité directe des quatre ministères porteurs du Plan. Il a aussi pris en compte l'existence d'autres plans gouvernementaux incluant des objectifs de santé-environnement (Plans cancer, asthme, canicule, etc.), évitant de ce fait certaines redondances, mais sans en assurer la visibilité des résultats dans la mesure où ces plans ne font pas toujours l'objet d'un processus d'évaluation.

Enfin, l'évolution des connaissances en santé-environnement impose de s'intéresser désormais aux conséquences du changement climatique et de l'extension de l'utilisation des nanotechnologies.

Cohérence du PNSE

L'analyse de la cohérence porte sur l'appréciation de l'articulation et des synergies des différents objectifs du PNSE (cohérence interne) et sur la correspondance entre les objectifs du PNSE et ceux des autres interventions publiques (inter)nationales et régionales qui interagissent avec lui (cohérence externe).

Cohérence interne

Le PNSE présente une structure arborescente complexe, difficilement lisible. Ainsi, sa composition correspond plus à un assemblage d'actions et de sous-actions caractérisées par une grande disparité qu'à un processus systématique de recherche initiale de cohérence. Le découpage des actions répond à des logiques institutionnelles et s'est ajusté aux acteurs de l'administration, ce qui a permis leur mobilisation, mais n'est pas nécessairement porteur d'effets intégrateurs sur le long terme.

Cohérence externe

Les objectifs du PNSE s'avèrent en cohérence avec les plans d'action interministériels qui lui sont antérieurs, simultanés ou consécutifs, même si la multiplicité des plans gouvernementaux est source de complexité. Le PNSE affiche aussi une forte cohérence avec le contexte international, en particulier pour la santé des enfants, la maîtrise des risques liés aux substances chimiques, l'amélioration des connaissances et la communication vers le public. S'agissant de la déclinaison régionale du PNSE, elle est fidèle à l'esprit et à la lettre du PNSE.

Mise en œuvre du PNSE

Les dispositifs interministériels de pilotage et de suivi, bien que satisfaisants dans leur structuration, souffrent d'une absence de définition claire des responsabilités de leurs différents membres et des modalités d'exercice de celles-ci.

L'étude de l'avancement général du PNSE à mi-parcours est une évaluation du processus de mise en œuvre

des actions, sans préjuger de leurs résultats. Le classement des actions en quatre catégories d'avancement par rapport aux prévisions (« conforme », « légèrement retardé », « fortement retardé » et « préoccupant ») résulte de l'application d'une grille d'analyse inspirée des travaux de l'OCDE dans le domaine environnemental.

Plus de 60 % des actions (28 sur 45) ont un avancement, à mi-parcours, conforme aux prévisions.

Sept actions, quoique engagées, présentent un léger retard, souvent imputable à des négociations interministérielles (Plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides) ou institutionnelles (Observatoire des résidus de pesticides).

Huit actions connaissent un retard significatif dans leur mise en œuvre et, de ce fait, nécessiteraient d'être relancées ou renforcées (lutte contre l'habitat insalubre, création de postes de conseillers en environnement intérieur, surveillance épidémiologique des cancers professionnels sur les lieux de travail, etc.).

Enfin, l'avancement de deux actions est jugé plus préoccupant : réduction des émissions de particules « Diesel » par les sources mobiles, intégration de la dimension santé-environnement dans les formations initiales.

Quant aux PRSE, ils ont été adoptés dans les 26 régions, ce qui constitue un atout pour l'effectivité de la mise en œuvre des mesures sur l'ensemble du territoire. Ils se heurtent cependant à des difficultés : faible implication de certains opérateurs (collectivités territoriales, entreprises et partenaires sociaux) et problèmes d'articulation avec les autres plans régionaux.

Impact du PNSE

Un retard rattrapé, un cadre de référence fixé

En adoptant le PNSE au mois de juin 2004, le gouvernement a permis à la France de rattraper son retard par rapport à ses voisins européens et de respecter ses engagements.

Ce plan a pour principal mérite d'accroître la visibilité de l'action publique dans le champ santé-environnement et d'offrir un cadre de référence global, non immuable, mais destiné à évoluer.

Des effets d'entraînement indéniables

Lors de son élaboration et de sa mise en œuvre, il a généré une très forte mobilisation des services de l'État, tant au niveau national que régional. Cette mobilisation s'est réalisée dans le cadre d'une coopération interministérielle réussie entre les ministères porteurs du plan, mais à consolider et à parfaire avec les autres départements ministériels.

Il a incontestablement contribué à renforcer la légitimité de la thématique santé-environnement dans l'ensemble de la société française. Ce phénomène a été particulièrement sensible dans le domaine de la recherche et de l'expertise (avec l'élargissement du domaine d'intervention de l'Afsse au champ du travail), ainsi que dans le positionnement de la France lors de discussions et de négociations européennes.

Il a aussi stimulé la publication d'autres plans gouvernementaux (Plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides) ou a été à leur origine (Plan radon, Plan santé-travail). La complémentarité d'objectifs avec ce dernier a permis deux avancées indiscutables : un encouragement à l'innovation en matière de prévention dans les services de santé au travail et une affirmation de la priorité de la prévention des risques liés aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

En revanche, l'impact du PNSE sur l'organisation de la formation en santé-environnement apparaît particu-

lièrement faible, faute de formalisation par le ministère en charge de l'Enseignement supérieur d'une stratégie susceptible de structurer ce champ.

Les recommandations

Au terme de cette évaluation à mi-parcours, conduite selon une méthodologie éprouvée dans le cadre d'un partenariat très ouvert, il a été possible de dresser un bilan de la mise en œuvre du PNSE, de proposer les ajustements souhaitables et de fournir les bases d'une réflexion qui a largement alimenté les travaux d'élaboration du second PNSE. **F**

Les recommandations

Les recommandations formulées par le Codev3, très rapidement résumées ici, s'adressent au PNSE en cours et au futur PNSE. Elles s'orientent selon deux axes.

AXE 1. Ajuster les orientations du Plan national santé-environnement et adapter certaines mesures

1. Renforcer la prévention et la maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement

1.1 Veiller à la cohérence de la politique relative à l'eau potable *en articulant les volets « périmètres de protection » et « bassins d'alimentation » des captages*

1.2 Intégrer à la fois les échelles locales, régionales et planétaires dans les politiques de prévention des pollutions atmosphériques : *développer une approche globale santé-transport*

1.3 Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers : *amplifier les démarches de réduction des expositions professionnelles aux substances CMR (substitution, sensibilisation des entreprises)*

1.4 Protéger les populations sensibles : *accélérer la réhabilitation des logements insalubres*

2. Promouvoir la santé environnementale *via* la recherche, la formation, l'expertise et l'information

AXE 2. Faire du Plan national santé-environnement une politique publique pérenne

3. Poursuivre la démarche initiée dans le PNSE1 et rendre pérenne l'engagement de l'État dans la conduite d'une politique volontariste de santé-environnement, inscrite dans la démarche de développement durable

4. Concevoir et mettre en place de nouveaux outils (indicateurs) et méthodes (expertise socio-économique) pour éclairer la décision publique en matière de santé-environnement

5. Mobiliser toutes les parties prenantes, aux niveaux régional et national, et optimiser le dispositif de pilotage

6. Améliorer l'intelligibilité du PNSE et la cohérence de l'ensemble des actions engagées en santé-environnement et en assurer l'évaluation



L'évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008

Bernard Perret
Ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts, membre permanent du Conseil général des ponts et chaussées, membre du Haut Conseil de la santé publique

Une maladie rare (MR) est définie par une prévalence faible, inférieure à 5 personnes atteintes pour 10 000 habitants. Il existe de très nombreuses maladies rares : au moins 7 000 sont répertoriées à l'heure actuelle. Une origine génétique a été mise en évidence pour environ 80 % d'entre elles. L'insuffisance des connaissances et la difficulté d'accès à l'information liée à la diversité des pathologies en font un champ à part, réunissant des affections de spécialités variées, unies par leur rareté et les interrogations qu'elles suscitent. Au cours des deux dernières décennies, la recherche sur les mécanismes des maladies et sur les possibilités thérapeutiques a remarquablement progressé, mais la prise en charge médicale et sociale des personnes concernées constitue toujours un défi considérable.

Depuis les années 1990, la France s'est dotée d'une politique spécifique sur les maladies rares et les médicaments orphelins. En 2004 a été lancé un Plan national maladies rares (PNMR), inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, dans le but de développer et de renforcer les initiatives suscitées par la mobilisation croissante des associations et des professionnels du domaine. L'une des mesures les plus importantes prévues par le plan était la création de centres de référence labellisés dédiés à une ou plusieurs maladies rares (132 centres ont été labellisés de 2004 à 2007).

L'évaluation du PNMR a été confiée, par le Haut Conseil de la santé publique, à un comité d'évaluation (Codev) [12], copiloté par un membre du HCSP et par un expert extérieur, clinicien. Ce comité était composé de dix personnes, pour la plupart membres du HCSP, expertes en santé publique, en économie et en sociologie.

Le cadre général de l'évaluation a été fixé par un mandat rédigé en janvier 2008 par le président du HCSP, l'évaluation. Au terme de ce mandat, l'évaluation devait répondre aux questions suivantes :

- Les questions soulevées et les objectifs choisis sont-ils pertinents ?
- Les actions inscrites dans le Plan sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?
- Dans quelle mesure les actions prévues ont-elles été mises en œuvre ? Les budgets consentis ont-ils été orientés de manière à servir au mieux les objectifs ?
- Quel est l'impact du plan ? C'est-à-dire l'atteinte de l'objectif n° 90 de l'annexe à la loi de santé publique : « Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies rares » ?
- Quel est le rôle du HCSP dans la conception et l'organisation des programmes de dépistage (rôle prévu dans le plan) ?

- Quel a été le développement de partenariats européens dans les domaines du diagnostic, de la surveillance, de la prise en charge (entre autres des médicaments orphelins) et de l'établissement d'indicateurs de suivi dans le domaine des maladies rares ?

À partir de ce mandat, le Codev a formulé un ensemble de questions évaluatives plus précises autour de six grandes thématiques : l'évaluation de la mise en œuvre du plan, l'analyse de l'impact en termes d'équité, les effets du plan en termes d'amélioration de la réponse médicale, la pertinence des objectifs, la pertinence des mesures inscrites dans le plan (sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?), l'utilisation de l'évaluation du plan pour préparer l'avenir.

Méthode d'évaluation

Les principales sources d'information du Codev ont été les suivantes :

- L'analyse de documents existants : rapports, comptes-rendus des différents groupes de travail du comité de suivi, des commissions mises en place, rapports d'associations, documents produits par la Haute Autorité de santé (HAS), le GIS-Institut des maladies rares (concernant notamment la base de données Orphanet), l'Association française contre les myopathies, etc.
 - Des entretiens avec les principaux acteurs du plan, réalisés par l'ensemble du Codev ou par un ou plusieurs membres.
 - L'analyse des questionnaires d'autoévaluation élaborés par la HAS et remplis par les 35 centres de référence labellisés en 2004.
 - Une enquête auprès des centres n'ayant pas encore fait l'objet de l'autoévaluation, menée par questionnaire ouvert et court développé par le Codev et adressé aux 98 centres de référence labellisés en 2005-2007 (questionnaire en Annexe 7, page 122 et synthèse en Annexe 8, page 125 du rapport).
 - L'organisation les 8 et 9 janvier 2009 à Paris d'une conférence d'évaluation dont les objectifs étaient :
 - ◆ d'étayer les réflexions du Codev ;
 - ◆ d'approfondir certaines questions et d'y apporter des réponses ou des compléments de réponse ;
 - ◆ de discuter des propositions qu'il sera amené à formuler pour l'avenir dans la perspective d'un prochain plan.
- Cette conférence a réuni plus de 200 personnes issues de centres de référence, d'associations de malades, d'institutions partenaires, qui ont participé aux séances plénières et à cinq ateliers sur les thèmes suivants : épidémiologie (axe 1 du PNMR), dépistage (axe 5), prise en charge (axes 6 et 2), formation des professionnels et

informations des malades (axes 3, 4 et 8), médicament, recherche, partenariats nationaux et européens (axes 7, 9 et 10). Pour chacun de ces thèmes, les échanges étaient introduits par un bref exposé résumant les constats et les premières conclusions du Codev, les participants étant ensuite appelés à réagir librement. Les rapports rédigés par les rapporteurs des différents ateliers ont fourni au Codev un matériau essentiel pour la rédaction du rapport d'évaluation.

- Une enquête qualitative auprès d'un échantillon d'usagers (ou familles de patients) portant sur les parcours de soins et le vécu de la maladie.

Cette enquête a été réalisée entre décembre 2008 et février 2009, auprès de 48 patients ou parents d'enfants atteints de lupus, de drépanocytose, de troubles du rythme cardiaque ou de maladies héréditaires du métabolisme et autres maladies rares. La solution initialement envisagée de recruter un échantillon de patients dans quelques régions, à partir de fichiers de l'assurance maladie, n'ayant pu aboutir, une solution alternative de recrutement a été développée. Les patients ont été principalement recrutés par l'intermédiaire de forums sur les maladies rares, puis par la méthode « boule de neige » (transmission de coordonnées de patients par les interviewés). Cette enquête fait ressortir trois points majeurs :

- ◆ l'importance des conséquences de ces maladies : difficultés dans la vie quotidienne (école, travail, relations sociales ou amoureuses ou accès au crédit). Sentiment fréquent de honte, notamment pour les plus jeunes et de culpabilité chez les adultes.

- ◆ l'importance de la reconnaissance sociale de la

maladie (désir que l'on parle de leur maladie et pas seulement de celles du Téléthon, que l'on développe la recherche et les essais cliniques...).

- ◆ le grand intérêt des centres de référence et leur impact sur la prise en charge des prestations. Le revers étant l'existence d'inégalités dans la prise en charge, quand il n'y a pas de centre de référence.

Principales conclusions

Les principales conclusions de l'évaluation peuvent se résumer comme suit :

- les maladies rares constituent un réel problème de santé publique qui justifie l'existence d'un plan ;

- l'évaluation confirme la pertinence des objectifs et des actions du plan : les progrès réalisés grâce au plan dans la prise en charge médicale, la dynamisation des efforts de recherche et l'information des malades et de leur famille sont reconnus par l'ensemble des acteurs du domaine ;

- le pilotage administratif du plan a été trop éclaté, ce qui a pu nuire au suivi et à la cohérence des actions ;

- les dépenses réalisées ont été globalement conformes aux engagements pris, avec des écarts sur certains axes (épidémiologie notamment) ;

- on déplore un manque de données sur le coût global du plan ;

- les inégalités persistent dans le remboursement des prestations, qui posent un réel problème en termes d'équité ;

- les progrès réalisés sont fragiles et devront être consolidés (notamment la place des centres de référence dans le système de soins). **F**

Les recommandations du Codev

- Le pilotage et suivi du plan, pour lequel le Codev recommande la mise en place du dispositif suivant :

- ◆ un comité de pilotage, composé de médecins, chercheurs, associatifs et administratifs (6 à 10 personnes), chargé de faire des propositions pour améliorer les conditions de mise en œuvre du plan. Ce comité pourrait créer des groupes de travail sur des questions spécifiques ;

- ◆ des groupes d'experts chargés, en liaison avec la HAS, d'évaluer sur site l'activité des centres de référence et de leurs partenaires ;

- ◆ un comité de suivi où seraient représentées les différentes institutions publiques ou privées en charge du plan.

- Les indicateurs de suivi et d'évaluation à mettre en œuvre dans le cadre du prochain plan :

- ◆ indicateurs d'activités de soins,
- ◆ indicateurs de procédures,
- ◆ indicateurs d'efficacité,
- ◆ indicateurs de coût.

- Les points positifs à conforter :

- ◆ les centres de référence,
- ◆ la base de données Orphanet,
- ◆ le développement de la recherche.

- Les insuffisances à combler :

- ◆ mettre en œuvre des outils épidémiologiques adaptés,

- ◆ revoir la politique du dépistage des maladies rares,

- ◆ rendre plus homogène la prise en charge des prestations par les caisses, en instituant un dialogue entre le comité de pilotage et l'assurance maladie,

- ◆ structurer pour les MR une coordination régionale des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), en interface avec les centres de référence,

- ◆ développer la communication sur les maladies rares, le plan et ses acteurs. **F**



Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique de Franche-Comté

Cynthia Morgny
Directrice de l'ORS
Franche-Comté

Alain Trugeon
Directeur de l'ORS
Picardie

**Jean-Marc
Tourancheau**
Directeur de la
Drass et du GRSP de
Franche-Comté

Claude Michaud
Directeur adjoint du
GRSP de Franche-
Comté et co-chef de
projet évaluation du
PRSP

Agnès Jeannot
Médecin inspecteur
de santé publique,
Drass de Franche-
Comté, co-chef de
projet évaluation du
PRSP

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de Franche-Comté a été arrêté en avril 2006 à la suite d'une phase d'élaboration de 17 mois qui a suivi la loi de santé publique d'août 2004. Menée en concertation avec les institutions œuvrant dans le domaine de la santé publique, durant cette étape plusieurs consultations ont été organisées visant à définir des priorités régionales de santé. Celles-ci devaient répondre à plusieurs objectifs : permettre la poursuite de programmes d'action régionaux antérieurs afin de garantir la continuité de l'action ; prendre en compte, au sein du PRSP, les priorités des différents partenaires ; intégrer et décliner en région les objectifs de la loi de santé publique et de plans nationaux.

Le PRSP couvre une période triennale de 2006 à 2008. Cette périodicité a été retenue afin de correspondre aux échéances de la loi de santé publique dont les objectifs sont réexaminés tous les cinq ans.

Conformément à la loi¹, dans chaque région le plan régional de santé publique est mis en œuvre par un groupement régional de santé publique (GRSP). Celui-ci initie, suit et évalue les programmes et actions définis dans le PRSP. Il coordonne les financements et les contributions et rend compte, annuellement de son activité. En Franche-Comté, le GRSP est assisté d'une instance technique qui prépare le programme annuel d'activité. Celle-ci organise l'appel à projets permettant le financement des actions proposées par les promoteurs ; définit les procédures de suivi et d'évaluation des actions financées ; dresse un tableau exhaustif de l'ensemble des actions de santé publique menées dans la région (par le GRSP et hors GRSP).

Conformément aux dispositions de la loi, et en particulier du Code de la santé publique², la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), en concertation avec les membres de la conférence régionale de santé (CRS) et du groupement régional de santé publique, a souhaité que soit réalisée une évaluation intermédiaire du programme. Elle en a défini le champ et formulé les questions évaluatives. Au total, une quinzaine de questions ont été précisées, qui ont ensuite été regroupées en groupes thématiques.

Le premier groupe est axé sur l'étude des procédures. Il s'intéresse aux modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'implantation du PRSP, et au fonctionnement interne, et notamment à l'activité du groupement régional de santé publique, principal organe de regroupement des

partenaires et financeurs en région (en Franche-Comté, essentiellement Assurance maladie et État), de pilotage des actions, et à l'articulation du développement du PRSP avec les partenaires externes au GRSP.

Un second groupe de questions porte sur la mise en œuvre et l'implantation du PRSP. Il s'agit d'appréhender à la fois les modalités de fonctionnement internes – comment le pilotage régional et les actions soutenues sont sélectionnées, en cohérence avec les priorités régionales et les plans nationaux par exemple, mais aussi en cohérence avec les politiques interinstitutionnelles.

Afin d'observer ces fonctionnements au plus près de la réalité et d'apprécier l'implantation, au niveau local, du PRSP trois thèmes sont privilégiés : deux thèmes transversaux – « précarité » et « personnes âgées » –, un thème spécifique : « risques environnementaux liés au travail et à l'habitat ». Ils ont fait l'objet de questionnements auprès d'acteurs spécialisés, dans des zones géographiques retenues par le comité d'évaluation : les zones d'emploi de Belfort, Champagnole et Lure-Luxeuil. Plus que de procéder à un recueil exhaustif des actions et des avis sur chaque territoire, il s'est agi surtout, au travers d'expériences de terrain, de renseigner l'articulation entre les programmes, de comprendre les dynamiques partenariales, et d'apprécier l'implantation du PRSP au niveau local.

L'impact du PRSP et du GRSP sur les partenariats, sur les actions, sur les promoteurs a également été recherché.

Premier axe d'évaluation : Conception et articulation interne-externe du programme, des objectifs entre eux, des objectifs et des réalités, de ce programme et des autres plans de santé de la région

L'élaboration de la loi de santé publique de 2004 d'abord et l'élaboration du PRSP ensuite ont été l'occasion de produire différents bilans thématiques et diagnostic plus généraux sur l'état de santé dans la région. Conformément à la circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique, le diagnostic régional partagé devait s'articuler autour de trois axes majeurs : le diagnostic régional sur l'état de santé, le bilan des programmes et plans existants, le diagnostic régional sur les ressources.

Comme dans l'ensemble des régions, et pour respecter les directives, la Franche Comté a conduit un travail de diagnostic préalable à la définition de la politique de santé publique. Ce travail, réalisé à la demande de la Drass, a été alimenté par différents documents dont certains ont été élaborés pour le PRSP d'autres de façon

1. N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique prévoit l'évaluation du PRSP

Méthode

Plusieurs recueils complémentaires ont été conduits pour répondre aux questions posées. Ces différentes collectes ne sont pas propres à chacune des interrogations, mais apportent des réponses à plusieurs axes à la fois.

Exploitation de la base de données nationale « Briques »

Afin d'appréhender la répartition des actions financièrement soutenues par le GRSP – selon les priorités régionales, selon les zones géographiques de la région –, et de connaître la liste des promoteurs, les actions déposées à l'appel d'offres, celles retenues, les actions présentant des cofinancements, la base de données nationales des actions de santé publique a été étudiée. Elle a été complétée par des informations colligées au niveau du GRSP.

Outil de gestion des actions de santé publique, la banque de données Briques proposée par la Direction générale de la santé permet un suivi annuel des PRSP des régions. Les données saisies dans « Briques » caractérisent l'action : informations générales et promoteur, thèmes et localisation, typologies de territoire et partenaires opérationnels, populations cibles, modalités d'intervention, données budgétaires.

Compte tenu du calendrier de l'évaluation, commandée en mai 2008, dont les résultats étaient attendus en décembre 2008, l'ORS a exploité les bilans disponibles sur le système d'information des PRSP, pour la région Franche-Comté, en 2007.

Étude des documents témoins de l'activité du GRSP

Différentes questions de l'évaluation portent sur le fonctionnement du GRSP (pilotage de la mise en œuvre du PRSP, gouvernance du GRSP, coordination avec les partenaires œuvrant pour le PRSP). Pour saisir la dynamique de l'activité du GRSP, des documents (comptes-rendus de réunion, documents de synthèse, listes d'émergence, convention...) ont été collectés.

Recueil d'indicateurs

La demande du Comité d'évaluation de focaliser sur différents territoires présentant des particularités sur des aspects précis a nécessité le recueil d'un certain nombre d'indicateurs de santé portant sur des thématiques ciblées : personnes âgées, précarité, offre de soins et risques liés à l'habitat et au travail. Les données sont issues de nombreuses sources : plate-forme sociale, bases de données Score-Santé, Écosanté, Insee,

Drass... Ces données ont permis de classer les zones d'emploi selon leur position, favorable et moins favorable, et de choisir trois zones d'emploi.

Parallèlement, un état des lieux des acteurs impliqués sur les 3 thématiques a été réalisé, pour les 3 zones d'emploi choisies, afin d'identifier les actions financées hors GRSP. Il repose en partie sur les entretiens menés auprès des membres du GRSP, des institutions contribuant au PRSP, et sur des sollicitations plus locales.

Une enquête par voie postale auprès des porteurs d'actions

Cette enquête porte sur l'articulation entre GRSP et autres financeurs dans la mise en œuvre des actions du PRSP, les zones géographiques d'intervention des porteurs d'action au titre du GRSP, l'impact du PRSP et du GRSP sur les porteurs d'actions et leurs structures.

Elle s'adresse aux porteurs d'action ayant déposé une demande de financement au GRSP en 2007. Le questionnaire a été testé puis adressé, par mail et par voie postale, accompagné d'une lettre de mission de la Drass. Compte tenu du calendrier, l'enquête est intervenue au moment où les promoteurs attendaient les décisions de financement 2008 du GRSP.

Parmi les 124 promoteurs sollicités, 10 n'étaient concernés que par l'appel à projets 2008 et ont été exclus. 69 questionnaires ont été retournés sur les 114 attendus, soit une participation de 60 %. Ce taux est plus élevé pour les porteurs d'actions ayant obtenu un financement du GRSP (67 %) que pour les autres (30 %).

Enquête auprès des « référents thématiques », experts régionaux sur des thématiques précises, et « instructeurs départementaux », c'est-à-dire professionnels membres des institutions partenaires du GRSP, évaluateurs au niveau de chaque département des projets déposés pour demande de financement au GRSP.

Cette partie porte sur les modalités de choix des actions, d'articulation et de coordination entre les référents thématiques et les instructeurs. Il s'agit de recenser des actions instruites refusées et d'autres financées par le GRSP en 2007, d'objectiver les procédures d'instruction des projets proposés au financement du GRSP par les porteurs d'actions, les modalités de sélection des projets, les outils utilisés, d'apprécier l'articulation entre les thématiques, entre le PRSP et les autres politiques de santé, la cohérence entre

les actions du PRSP financées par le GRSP et hors GRSP. Parmi ces procédures, les outils de suivi et d'évaluation des actions sont également pris en compte. L'évaluation intermédiaire doit aussi préciser la notion de zones « déficitaires » (zones peu ou non couvertes en termes d'actions) selon que l'on se situe au niveau des actions soutenues par le GRSP, ou plus largement des partenaires concourant aux objectifs du PRSP. Enfin, l'impact du GRSP sur les promoteurs et le partenariat institutionnel est recherché au cours de cette enquête.

Des questionnaires ont été envoyés par voie postale en juin 2008 aux 14 référents thématiques (moins les référents des 3 thématiques d'intérêt sollicités par entretien, et de la thématique « Veille sanitaire » non concernée par l'appel à projets), et aux 9 structures départementales (CPAM, Ddass, MSA...), auxquelles appartiennent les 12 instructeurs départementaux. 12 questionnaires « référents » ont été retournés sur les 14 attendus, et 6 questionnaires « instructeurs départementaux » sur les 9 attendus.

Entretiens

24 entretiens auprès des membres du GRSP portant principalement sur trois grandes thématiques :

- La conception et l'élaboration du programme : il s'agit du niveau de participation de l'institution dans l'élaboration du plan, d'un recueil des points de vue sur la pertinence d'une approche territoriale en termes d'actions mises en œuvre ;
- Le pilotage et la mise en œuvre du PRSP : il s'agit de l'implication dans la mise en œuvre du PRSP (poids dans le pilotage, ressources investies...), les modalités de collaboration, l'articulation entre le GRSP et les autres institutions, les faiblesses et les points forts du pilotage ;
- L'impact du PRSP : les points de vue sur le PRSP (en termes d'outil fédérateur et d'élément structurant de la politique de santé publique).

Les perspectives, et notamment les attentes et les améliorations à apporter à la politique régionale de santé publique, sont également prises en compte.

50 entretiens auprès d'institutions concourant à la mise en œuvre du programme régional de santé publique

Ils concernent l'articulation entre politique de l'institution et PRSP, la cohérence des ressources investies entre le GRSP et la structure, l'impact du PRSP sur la structuration de la politique de santé et celui du GRSP sur le partenariat institutionnel. **F**



parallèle. Malgré ces nombreuses sources de données, le sentiment dominant face à cette étape diagnostic est celui d'informations fragmentées non partagées dans les territoires, indiquant leur manque d'appropriation.

Le PRSP a réuni les priorités des partenaires, mais n'est pas parvenu à offrir aux acteurs une vision claire et précise des priorités régionales de santé publique. Il est par conséquent jugé trop vaste au vu de la diversité des thèmes abordés et à l'origine d'une dispersion des actions conduisant à une dilution des moyens.

L'architecture du PRSP favorise les liens entre thématiques, mais l'articulation des actions est jugée complexe. Du côté des porteurs d'action qui n'ont pas été associés et précisément informés des changements de procédures et de leur impact sur les financements, une confusion règne dans les circuits de dépôt des dossiers. De leur côté, les référents et les instructeurs témoignent du manque d'outils pour un traitement coordonné et transversal des actions. Il leur semble actuellement difficile d'intégrer des niveaux d'information successifs (plan national, priorités régionales, besoins et financements locaux par des partenaires non représentés dans le GRSP, bilan d'évaluation des actions, et caractère transversal de certaines actions ciblant à la fois des populations et des thématiques). Certaines thématiques, « personnes âgées », « nutrition » par exemple, s'inscrivent plus facilement dans une collaboration inter-programmes que d'autres.

En dépit de l'intérêt de ces différentes informations tant dans l'instruction d'un dossier de demande de financement d'action que dans le suivi objectif des différentes priorités régionales, leur collecte nécessite des moyens à développer en région.

Le PRSP rassemble des programmes³ et les intègre à des degrés divers de la prévention et des soins, qui pourtant restent cloisonnés. On relève une articulation insuffisante entre le PRSP et les collectivités territoriales : pas de cohérence entre les schémas médico-sociaux départementaux et le PRSP, peu de recoupements entre la prévention sanitaire et les compétences du conseil régional. Ponctuellement, à travers des actions et des thématiques précises, des financements et des collaborations ont lieu.

En Franche-Comté, pas de territoire de proximité, d'espaces de concertation communs, d'équipe en charge de l'animation du plan dans les départements n'ont été définis par le GRSP. L'approche infrarégionale de la mise en œuvre du PRSP existe dans les procédures d'instruction des dossiers de demande de financement. Elle se concrétise à travers la position des instructeurs départementaux, choisis pour garantir une connaissance des partenaires institutionnels et des porteurs d'action dans les départements. Des dynamiques locales préexistaient au PRSP et elles se

3. Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA), Éléments du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), Programme régional commun de l'Assurance maladie (PRCAM), Programme national nutrition santé (PNNS).

sont poursuivies. L'articulation entre les collectivités territoriales locales et la mise en œuvre du PRSP reste insuffisante et complexe, car certains objectifs du PRSP rejoignent directement l'action des conseils généraux (par exemple, la qualité de vie des personnes âgées) et les actions qui en découlent sont très soutenues par ces collectivités alors qu'elles sont peu valorisées et connues par les partenaires du GRSP.

Au sein de cet axe, les inégalités territoriales ont une place particulière. En effet, les objectifs du PRSP n'ont pas intégré la réduction de inégalités géographiques dans les sous-thèmes privilégiés, et la question du pilotage territoriale de l'action n'a pas fait l'objet d'une réflexion ou d'un maillage institutionnel. Les inégalités territoriales se sont révélées au fur et à mesure du développement du PRSP et lors de l'appel à projets du GRSP constatant le manque d'opérateurs dans certaines zones présentant des besoins d'actions spécifiques.

Comme il a été évoqué précédemment, la difficulté d'accès aux diagnostics sur les besoins de santé et aux indicateurs dans certaines zones et/ou pour certaines thématiques rend difficile la connaissance des inégalités de santé, l'estimation des besoins réels et, par conséquent, la réduction de ces inégalités. D'après les institutionnels, les promoteurs ne fondent pas toujours leurs actions sur un diagnostic local ; les disparités locales de santé ne sont pas toujours connues.

Les membres du GRSP ont été confrontés à un manque d'informations sur, notamment, des publics précis tels que le nombre des personnes précaires exclues de certains schémas ou qui n'entrent pas dans une catégorie, comme les travailleurs pauvres. En écho à cette absence de données, l'évaluation des besoins a semblé difficile voire impossible. Cette situation a conduit à privilégier le soutien d'actions pour lesquelles un état des lieux avait été réalisé. De cette situation est né le constat du renouvellement d'actions souvent tournées vers le même public, connu des acteurs de terrain. Ainsi, dans les zones étudiées, les actions sont généralement menées auprès des populations précaires des quartiers urbains, en lien avec les centres communaux d'action sociale. Dans le Jura, la thématique « précarité » est essentiellement abordée à travers les thématiques santé mentale et addictions, mais ne porte pas sur des publics précaires en tant que tels.

Parmi les inégalités de santé et de territoire, les populations non mobiles dans les zones désertées par les professionnels de santé et les problèmes de répartition de l'offre de prévention et de soins sont particulièrement citées par les professionnels à la fois comme nécessitant des actions et comme étant difficiles à cerner du fait d'un manque d'informations.

Axe 2 : Mise en œuvre et implantation du PRSP

Le PRSP est considéré comme une mécanique administrative « lourde ». Le GRSP est centré sur la gestion de l'appel à projets, qui a nécessité le déploiement d'outils complexes, peu adaptés aux réalités de terrain.

Le dossier de demande de financement de Subvenet® , rempli par les promoteurs, ne permet pas au GRSP d'avoir une vision globale des actions.

Parmi ces outils, un support utile lors de l'instruction des demandes des porteurs d'actions est la grille de lecture des dossiers. Toutefois, celle-ci n'est pas appliquée de façon homogène entre les instructeurs et référents... ce qui est source d'inégalités de traitement des projets.

La fiche d'évaluation des actions n'informe pas sur la réalité des actions mises en œuvre. Elle ne permet pas un retour sur la qualité et l'efficacité de l'action. La multiplicité des financements rend complexe la lisibilité des actions.

La phase d'instruction mobilise de nombreux acteurs intervenant à différentes étapes. L'atout majeur est l'investissement de ces acteurs. Les référents thématiques régionaux et les instructeurs départementaux constituent les principaux relais et les points forts de la procédure ; les référents assurent la cohérence des actions inscrites dans leur thématique et les instructeurs apportent leur connaissance du terrain. Le déficit de communication (entre GRSP et promoteurs) est à l'origine d'incompréhension et de mécontentement des porteurs de projets, qui reprochent l'absence de motivation des refus et regrettent la disparition du travail de proximité avec les instructeurs.

Au sein des 3 sites, l'implantation du PRSP est très hétérogène. Au sein du Territoire de Belfort, le volet santé du contrat urbain de cohésion sociale, inspiré d'un des axes du PRSP, contribue à une appropriation du PRSP par les opérateurs. Pourtant ces derniers le jugent peu lisible, en raison du foisonnement de programmes (nationaux et régionaux) à prendre en compte et du nombre d'objectifs qu'il comporte.

Les actions de santé publique bénéficient fréquemment de cofinancements de partenaires soutenant les dynamiques de prévention, ce qui ne favorise pas la lisibilité des actions. L'existence de cofinancements est loin de garantir la coordination entre l'action de l'État et des collectivités territoriales. Or des liens et des volontés sont signalés dans ce sens. Le conseil général du Jura estime pouvoir réaliser des liens avec le GRSP à travers le programme départemental d'insertion (PDI) concernant la précarité.

Les 3 thématiques étudiées ont montré une implication importante des villes. Sur la zone de Champagnole, la municipalité, en lien avec le CCAS, le centre local d'information et de coordination (CLIC), développe des actions de prévention à un niveau collectif auprès des personnes âgées. Les schémas départementaux en faveur des personnes âgées guident l'action de santé publique au sein des 3 territoires. Le conseil général est le principal financeur des actions en direction des personnes âgées, mais ces actions ne sont pas nécessairement inscrites dans le PRSP et ne sont pas systématiquement portées à la connaissance des partenaires du GRSP. Toutefois, des cofinancements existent avec le

GRSP lorsque les actions s'inscrivent dans les objectifs prioritaires du PRSP.

En dépit de besoins mentionnés, l'étude indique une faible implication du PRSP sur les thématiques « personnes âgées » et « précarité » en Haute-Saône (excepté les ateliers santé jeunes du comité départemental d'éducation à la santé – Codes). L'offre de prévention est axée sur la thématique des addictions et du sida sur ce territoire.

La disparité des acteurs et la diversité des prestations proposées sur le thème « risques liés à l'habitat et au travail » rendent l'offre de prévention opaque et peu lisible de l'extérieur. Les opérateurs intervenant dans le champ de l'habitat et de la santé au travail méconnaissent le GRSP.

L'ambiguïté ressentie à propos de l'entité responsable du suivi et de l'évaluation du plan (CRS ou GRSP), ainsi que le manque de personnel ont limité le suivi du plan à un bilan intermédiaire de mise en œuvre du PRSP sur chacune des thématiques du PRSP réalisé en novembre 2007 par le GRSP, sans l'appui d'un groupe Programme études et statistiques⁴.

Axe 3 : Impact du PRSP

Le plan est considéré comme un programme en devenir, avec des actions, plutôt que comme une politique de santé publique sur laquelle s'appuyer. Il ne transcende pas les autres programmes régionaux et locaux existants. Le manque de communication, le défaut d'approche territoriale, le déficit de pilotage et d'animation n'ont pas facilité son appropriation par les acteurs en tant qu'outil collectif.

Les institutionnels l'expliquent par la multitude des thématiques soutenues, la dispersion des acteurs, la faiblesse des financements au regard des objectifs affichés, tous ces constats conduisant à un morcellement des actions. Ce plan est principalement utilisé, par les promoteurs et les référents/instructeurs qui s'y réfèrent, lors de l'appel à projets. Pour les partenaires extérieurs, et notamment les collectivités territoriales, le plan est considéré comme une « déclaration de bonnes intentions ».

En dépit d'une volonté du GRSP de fédérer l'ensemble des acteurs en santé publique de la région, il n'a pas prouvé sa capacité à créer de nouveaux partenariats ou à rassembler de nouveaux partenaires autour des objectifs du PRSP. Les partenariats actuels préexistaient au GRSP. La plus-value du GRSP s'exprime par la volonté d'une approche transversale et la coordination entre l'action des promoteurs.

Les collectivités territoriales ne se retrouvent pas dans les modalités de mise en œuvre du plan et les processus de prise de décision du GRSP. Les points de divergence concernent : les modalités d'attribution des financements, les exigences des calendriers, l'approche territoriale.

4. Prévu dans la circulaire PRSP de septembre 2004.



Sur le terrain, le partenariat institutionnel est variable. Le Territoire de Belfort présente un dynamisme des acteurs des champs de la santé publique et du social. La coordination des professionnels autour du CCAS/SMS contribue à une cohérence des actions menées. La collaboration entre les partenaires est favorisée par la taille du département, et par l'inscription des acteurs sur des actions spécifiques, coordonnées (ex : Ateliers santé ville).

Au sein de la zone d'emploi de Lure-Luxeuil, en raison du manque de moyens financiers, certains constatent le repli des acteurs sur eux-mêmes et le risque d'une plus forte concurrence et/ou de la disparition des associations.

Au sein de la zone d'emploi de Champagnole, les acteurs locaux du champ sanitaire et du social se coordonnent pour mettre en place les actions auprès des personnes âgées et de la population précaire, mais on note un manque de diversification des actions.

Évolution des pratiques professionnelles et des partenariats dans le domaine associatif

Au sein des porteurs d'actions, l'émergence de nouvelles formes de collaboration a été constatée : mutualisation de moyens et d'actions ou partage des champs d'intervention. Le contenu des projets proposés reste majoritairement inchangé. Ainsi, au sein de la zone d'emploi de Champagnole, on remarque un certain manque de diversification des actions destinées aux personnes âgées et à la population précaire sur le territoire (ateliers), alors que des besoins d'outils pour rompre l'isolement sont mentionnés. Sur les 3 territoires, un déficit d'offre de prévention est signalé dans les zones éloignées des pôles urbains, sans que des réponses soient proposées.

Les promoteurs ont le sentiment de ne pas pouvoir se positionner sur de nouveaux projets, craignant que cela n'affecte le financement de leur structure. Le cadre imposé du PRSP, la politique du GRSP, peu dirigée vers l'impulsion d'actions, l'incertitude des financements, le calendrier serré, l'insuffisance de discussion avec les instructeurs, freinent la proposition de nouveaux projets sortant du canevas habituel.

Points marquants

La région Franche-Comté est vieillissante et présente des densités de population qui varient fortement d'une zone à l'autre. Elle est confrontée sur certains de ses territoires à un manque d'opérateurs qui participent directement aux difficultés à diversifier les actions.

La réunion de partenaires institutionnels et de financeurs au sein du GRSP constitue une avancée en matière de coordination de l'action de ces partenaires, mais elle a provoqué, du côté des porteurs d'actions, des bouleversements dans les filières de financement, dans le suivi de leur action qui représente pour certains une charge administrative difficile à prendre en compte. En outre, le GRSP de Franche-Comté, principalement composé des représentants de l'État et de l'Assurance

maladie, se heurte à la difficulté de consolider une vision plus vaste de l'action de santé publique dans la région du fait du manque d'informations relatives, notamment, aux actions de santé publique soutenues par les collectivités territoriales.

La Franche-Comté, faute de moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une animation territoriale du PRSP est confrontée à un manque d'informations ressenti par les acteurs, au niveau des territoires. Enfin, on note, parmi les attentes et les besoins soulignés par les institutionnels, des attentes autour de la professionnalisation des promoteurs d'action et en matière d'évaluation des actions.

Conclusion

Des propositions à débattre

Sur les modalités d'intervention du GRSP et de suivi des actions

En vue de répondre aux constats et aux besoins mentionnés, la création d'outils de suivi des objectifs du PRSP et des actions correspondantes a été demandée. La question de l'information apparaît centrale, tant dans l'amélioration de la connaissance que dans l'appropriation des données, par les acteurs, en vue de réaliser notamment, des bilans thématiques sur une zone géographique donnée.

D'après les personnes interrogées, les modalités de financement du GRSP gagneraient à être organisées différemment en vue de sécuriser les acteurs, d'orienter les projets sur des objectifs et des territoires, et afin de mobiliser les porteurs de projets d'action sur des cibles très précises. Ainsi, trois enveloppes pourraient être envisagées : la mise en place de conventions d'objectifs et de moyens avec des opérateurs contribuant à la mise en œuvre d'un socle permanent d'actions de santé publique, un appel à projets, et la réponse à des commandes précises émanant des institutions.

Sur l'action des partenaires du PRSP et la transversalité

Si la transversalité a bien été pensée lors de l'organisation du GRSP et à l'occasion de l'examen des dossiers, sur le terrain, elle se heurte à des fonctionnements opposés. Dans cette idée, il conviendrait de clarifier et coordonner les attributions et les financements des actions des conseils généraux et des Ddass afin de favoriser les collaborations. De même, le renforcement des liens entre politique de prévention et de soins, entre sanitaire et social apparaît indispensable. Au niveau infrarégional, des relais territoriaux du GRSP et du PRSP doivent être définis afin de développer une coordination de l'action de santé publique, de son financement, en recherchant la complémentarité des institutions dans la politique de santé publique locale.

Parallèlement, afin de soutenir le rôle des experts donnant un avis sur l'intérêt du financement d'une action, il convient de leur donner les outils d'information sur l'actualité de leur thème et de leur zone, sur les

différents plans nationaux et les actions localement en cours sur leur sujet d'expertise.

Sur les questions de territoires

La question des territoires demande à penser une politique régionale permettant aux territoires de définir leurs priorités d'action, dans le respect d'objectifs régionaux plus généraux. Cette modalité permettrait à chacun de donner du sens à son action, et de renforcer la cohérence entre le territoire, la politique et les moyens. Il s'agit de renforcer le rôle du GRSP en tant qu'animateur de la mise en œuvre du PRSP. Pour cela, des réunions de concertation régulières entre les partenaires départementaux, rendant leurs conclusions au niveau régional,

pourraient être prévues. Elles pourraient être complétées par des rencontres de territoire biannuelles afin d'assurer le suivi des besoins, des financements et des actions, et en vue de planifier les actions à mettre en œuvre, sur des périodes pluriannuelles si besoin.

Plus généralement, il s'agit de développer une culture de santé publique et d'évaluation parmi les acteurs de santé publique, de former les partenaires médicaux à leur rôle en santé publique et à l'accès à l'information épidémiologique, et de garantir, au sein du programme régional de santé, une adéquation de l'offre de prévention à la population avec le même souci que l'attention portée à l'offre en matière de soins. **F**

Les observatoires régionaux de la santé impliqués dans le diagnostic préalable à l'élaboration des PRSP et dans la mise à disposition d'indicateurs de suivi

En complément du travail présenté par l'observatoire régional de la santé de Franche-Comté, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé a souhaité mener une enquête auprès de l'ensemble des ORS pour identifier leur participation à l'évaluation ou au suivi du plan régional de santé publique (PRSP) dans leur région.

Cette enquête a montré que près des trois quarts des ORS répondants (17/23) ont été partie prenante du diagnostic réalisé en vue de l'élaboration du PRSP. En outre, dix ORS ont participé à l'élaboration du PRSP : ceux-ci avaient tous été impliqués au niveau du diagnostic préalable au PRSP.

Les observatoires de la santé ont été sollicités au niveau de l'élaboration des indicateurs de suivi du PRSP dans onze régions. Tous les observatoires qui ont élaboré ces indicateurs les renseignent à une exception près. De plus, sept autres

observatoires ont également produit des indicateurs de suivi sans avoir toutefois participé à leur élaboration.

Douze ORS ont déclaré participer ou avoir participé à l'évaluation du PRSP dans leur région. Parmi eux, quatre observatoires ont été impliqués dans l'évaluation finale du PRSP alors que les huit autres ne sont intervenus qu'au niveau d'une évaluation intermédiaire. Seul un des ORS participant à l'évaluation finale a indiqué qu'il était également intervenu dans un processus plus large, ayant également été impliqué dans une évaluation intermédiaire.

L'enquête a permis de relever que huit observatoires ont été intégrés dans l'instance de pilotage de l'évaluation du PRSP quand celle-ci était effectuée par un autre organisme ou collectivement. Cette implication collective a en effet été retrouvée dans une région, avec un comité de pilotage qui a réalisé lui-même l'évaluation. Dans quatre de ces régions,

l'ORS a alors contribué à l'évaluation intermédiaire. Lorsque l'ORS participe à l'instance de pilotage de l'évaluation, cette dernière est menée par un bureau d'études privé dans cinq régions, par le groupement régional de santé publique dans deux régions et par l'instance de pilotage elle-même comme évoqué précédemment.

Au-delà de la partie concernant l'évaluation du PRSP, des questions de même type concernaient la participation des ORS à l'évaluation d'autres programmes. Sept observatoires ont apporté des réponses dans ce domaine traduisant leur implication dans l'évaluation de dix-sept plans ou programmes différents au niveau régional : plan régional santé-environnement, plan régional d'accès à la prévention et aux soins, Plan cancer, plan régional de la qualité de l'air, plan régional d'élimination des déchets ménagers et assimilés, plan régional suicide, plan régional santé travail. **F**



Évaluation en prévention : les études faites à l'INPES

Philippe Guilbert

Directeur-adjoint des affaires scientifiques

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques

Enguerrand Rolland

Du Roscoat

Psychologue, chargé d'études et recherche

Viet Nguyen-Thanh

Chargée d'études et de recherche
téléphonie-santé

INPES

La prévention en santé correspond à la mise en œuvre d'actions réglementaires, d'informations ou à la création de services dont l'objectif est de contribuer à améliorer la santé de la population. Il n'y a pas de réelle spécificité dans l'évaluation des actions de prévention par rapport à celle d'autres dispositifs en faveur du public. Une particularité existe néanmoins : il s'agit de la proximité de ce champ avec le monde du soin, dans lequel les essais thérapeutiques médicamenteux représentent la méthode de référence en évaluation. C'est probablement pour cela que, dans la littérature scientifique, il y a tant d'expérimentations scientifiques d'interventions préventives, richesse que l'on ne retrouve pas dans d'autres secteurs de l'action publique. Toutefois, la méthode expérimentale ne répond qu'à une partie des questions évaluatives auxquelles il est nécessaire de répondre.

L'évaluation dans le champ de la prévention est réalisée selon une diversité de méthodes choisies en fonction de la nature de la question posée. Il peut s'agir d'un protocole de recherche expérimentale comme l'essai contrôlé randomisé (ECR), qui permet en théorie de répondre à la question : quel est, « toutes choses égales par ailleurs », l'impact d'une intervention comparée à une autre ? Il peut s'agir d'une enquête de satisfaction (quel est le jugement des usagers sur un service ?), en passant par l'utilisation d'approches inspirées du marketing pour évaluer les campagnes médiatiques (quelle proportion du public a été touchée par une campagne, ce public a-t-il compris la campagne, etc.), par l'évaluation de la qualité du déroulement des actions de prévention.

Si l'évaluation de l'impact d'une action est indispensable, elle ne se suffit pas car, à l'image du soin où le meilleur médicament est sans effet si le patient refuse de le prendre, la meilleure action de prévention l'est tout autant si elle n'est pas correctement mise en œuvre. Il est donc aussi important, par exemple, d'évaluer la qualité d'un circuit de diffusion que l'efficacité d'un document de prévention. Bien que, dans la littérature scientifique, la mesure de l'impact privilégie les méthodes d'évaluation de type ECR, en pratique la majorité des actions ne sont pas évaluées selon ce protocole car la mesure des effets propres d'une action est très compliquée à mener en prévention, bien davantage que dans le domaine du soin.

À l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) comme ailleurs, une majorité des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé bénéficient d'une évaluation. Ces évaluations, qui ont lieu principalement après, voire avant, la mise

en œuvre d'une action, se font le plus souvent par le biais d'enquêtes quantitatives par quotas (rarement par tirage aléatoire) ou qualitatives (réunion de groupe et/ou d'entretiens individuels).

Nous présenterons dans cet article, en guise d'exemple de ce qui est habituellement fait à l'INPES en matière d'évaluation, les évaluations des campagnes de lutte contre le tabagisme ainsi que les développements méthodologiques récemment mis en œuvre. Nous évoquerons par ailleurs l'importance d'augmenter la mise en commun des méthodes et des réflexions en matière d'évaluation des actions prévention.

L'évaluation de routine : l'exemple des campagnes de lutte contre le tabagisme

Cette évaluation repose à la fois sur la collecte d'indicateurs généraux, dont les variations résultent d'un ensemble d'actions plus ou moins identifiables, et sur celle d'indicateurs spécifiques dont l'évolution des valeurs est directement liée à une action de prévention identifiée. Les indicateurs généraux sont constitués des données de vente de tabac, de substituts nicotiniques, de trafic sur la ligne « Tabac info service » qui sont rassemblés par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, ainsi que des données déclaratives de consommation issues d'enquêtes nationales représentatives comme les Baromètres santé. Les variations observées sur ces indicateurs sont la résultante de plusieurs facteurs : d'une part, l'évolution du nombre et de la structure de la population et, d'autre part, d'effets résultant des actions de prévention (quel qu'en soit l'émetteur) et des actions de promotion du tabac mises en place par les cigarettiers dans les interstices de la loi Evin ou via les médias internationaux comme Internet.

Les indicateurs spécifiques des campagnes de communication sont les enquêtes réalisées avant et/ou après leur réalisation (on parle de pré- ou post-test). Dans le cadre de post-test, nous interrogeons après chaque vague de campagne un échantillon d'environ 1 000 personnes de 15 ans et plus, représentatif de la population française selon la méthode des quotas pour les variables : sexe, âge, profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), zone urbaine et région. Le questionnaire a pour objectif principal de mesurer les performances publicitaires d'une campagne média, c'est-à-dire son potentiel d'efficacité.

Les critères d'efficacité retenus, hérités du modèle séquentiel de McGuire [19] et communs à l'ensemble des post-tests sont les suivants : l'attention, le traitement et la compréhension des informations, le rappel, le jugement et le comportement. Ces dimensions suivent

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale p. 63.

les étapes logiques par lesquelles une communication peut atteindre l'efficacité. Pour qu'une campagne ait une efficacité, encore faut-il (1) qu'elle soit remarquée, (2) que les informations communiquées fassent l'objet d'un traitement – lecture, écoute –, (3) que celles-ci soient comprises, (4) qu'elles soient jugées comme crédibles et/ou pertinentes et (5) que ces informations restent accessibles en mémoire. À ces conditions, (6) un changement ou l'adoption d'un nouveau comportement peuvent être envisagés. Les indicateurs 1, 2 et 4 font partie d'un même *continuum* de traitement de l'information, le rappel de l'information témoignant, au-delà de son aspect fonctionnel (disposer d'informations ou de connaissances pertinentes au moment nécessaire), du niveau d'attention porté au message.

La mesure du comportement est le plus souvent approchée par l'intention comportementale ou par les *incitations à faire* telles que déclarées dans les post-tests. L'intention comportementale, quand elle est mesurée de façon très spécifique (plutôt que de demander « *avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer ?* », on préférera « *avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer au cours des sept prochains jours ?* ») est l'un des meilleurs prédicteurs du comportement [13]. Le comportement ou l'*incitation à faire* visés par la campagne sont aussi observables, sans confusion possible, lorsqu'il s'agit de promouvoir des lignes téléphoniques, des documents d'information, ou encore d'inciter à des actes médicaux. Il est alors aisé de suivre, à travers notamment l'évolution du nombre d'appels téléphoniques, de commandes de documents et très probablement de consultations auprès des professionnels de santé (cf. les signatures de certains spots : « *pour en savoir plus, appelez la ligne, rendez-vous sur le site, commandez la brochure,*

parlez-en à votre médecin...») avant, pendant et après les campagnes de prévention.

Nous donnons en exemple, figure 1, un graphique avec les scores de reconnaissance selon le statut tabagique du répondant des dernières campagnes réalisées par l'INPES où l'on constate de sensibles variations d'une création à l'autre.

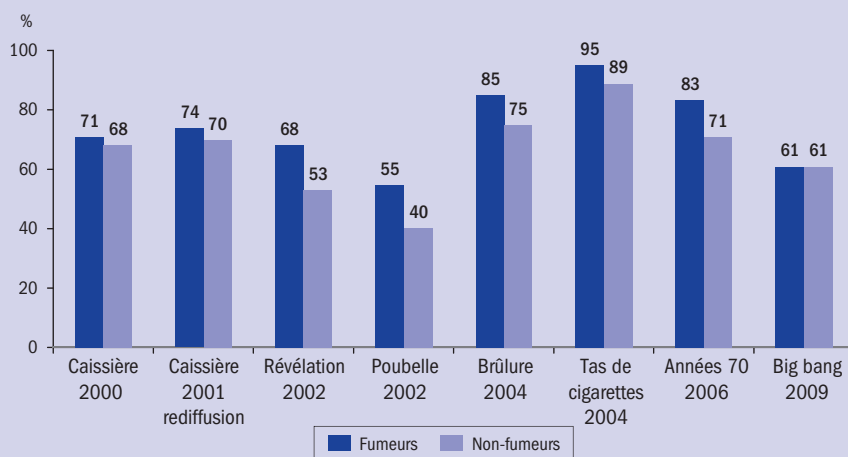
La compilation de l'ensemble de ces indicateurs dans une même base de données permet de suivre l'évolution de l'efficacité des campagnes au cours des années en fonction de leurs caractéristiques (temps de diffusion, médias utilisés, pression médiatique) et en fonction des caractéristiques des cibles auxquelles elles s'adressent (âge, sexe, PCS, comportements). Afin de déterminer quels sont les principaux déterminants des performances des campagnes sur les différents indicateurs retenus, il convient également de s'adosser aux modèles développés dans le champ de la persuasion (persuasion publicitaire, marketing, communication des risques). Ces derniers définissent un certain nombre de facteurs susceptibles de conditionner l'efficacité persuasive d'un message en fonction des objectifs poursuivis. Il est par exemple différent de communiquer sur les dangers du tabac (cadrage négatif du message) et de communiquer sur les bénéfices de l'arrêt du tabac (cadrage positif). Il conviendrait alors de comparer les scores obtenus sur les indicateurs d'évaluation (mémorisation, incitation) selon les caractéristiques persuasives des messages dans les campagnes.

Vers un approfondissement des méthodes d'évaluation

Récemment, plusieurs types d'évaluation d'action de prévention se sont développés à l'INPES. Nous verrons

figure 1

Scores de reconnaissance des campagnes de lutte contre le tabagisme de l'INPES de 2000 à 2009 selon le statut tabagique du répondant (en pourcentage)



Source : Wilquin J.-L. (INPES), données non publiées.



les enquêtes avant-après, les ECR et les évaluations par territoires.

Les enquêtes avant-après

Certains de nos protocoles d'évaluation utilisent des mesures avant-après sur des échantillons indépendants ou sur des échantillons appareillés (ce sont les mêmes personnes qui sont interrogées avant et après). En 2007, l'évaluation de la diffusion d'un livret sur la dépression, visant la destigmatisation des personnes dépressives et l'amélioration des connaissances, a consisté à comparer, sur un échantillon appareillé, l'évolution des attitudes et des connaissances avant et après la lecture du livret. Par ailleurs, pour améliorer le niveau de preuve des enquêtes avant-après, des variables intermédiaires telles que le niveau d'exposition à la campagne ou le niveau de lecture d'un document ont été introduites dans les analyses. En 2009, la campagne « Nou Pli Fo », visant la destigmatisation des personnes atteintes du VIH/sida dans les départements français d'Amérique, compare, sur la base d'échantillons indépendants, l'évolution des attitudes discriminantes à l'égard des personnes atteintes avant et après chacune des deux diffusions de la campagne (février et juillet 2009).

Les essais contrôlés randomisés (ECR)

L'ECR est une méthode expérimentale qui consiste à comparer des résultats dans un groupe ayant bénéficié d'une intervention et dans un groupe témoin n'en ayant pas bénéficié, l'appartenance à l'un ou l'autre groupe ayant été déterminée aléatoirement. L'avantage de cette méthode est la possibilité en théorie d'attribuer sans erreur l'effet observé à l'intervention testée, puisque les conditions sont rigoureusement contrôlées par l'expérimentateur depuis l'attribution à un groupe jusqu'à la mesure des résultats. L'INPES prépare par exemple un ECR afin d'évaluer l'efficacité de la ligne téléphonique « Tabac info service » en termes d'aide à l'arrêt du tabac : il s'agira de recruter des fumeurs et de les randomiser soit vers un accompagnement normal tel que fourni par la ligne, soit vers une brochure d'information, outil estimé moins efficace que

l'accompagnement. L'enjeu sera de comparer le taux de sevrage dans les deux groupes trois, six et douze mois plus tard. Les limites de cette méthode, outre le temps qu'elle nécessite, tiennent principalement à son caractère expérimental, qui tend à éloigner l'évaluateur de la réalité du terrain.

Les évaluations par territoires

En 2009 également, l'INPES et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé se sont associés pour mettre en place un protocole d'évaluation comparant les perceptions et compréhensions de la dernière campagne tabac (« Big bang ») selon la zone de résidence des répondants. Le zonage a été effectué selon une typologie des cantons qui prend en compte les taux de mortalité liés au tabagisme et la consommation d'alcool, la densité d'offre de soins, les PCS, l'âge et le niveau des revenus. Les résultats, disponibles en 2010, permettront de mieux connaître l'importance des inégalités sociales de santé dans la perception et la compréhension des actions de communication menées par l'INPES.

Des méthodes et des réflexions à partager

Alors que la demande d'évaluation est omniprésente et ce, à tous les échelons de l'intervention préventive, la difficulté de pouvoir disposer de repères méthodologiques facilement appropriables reste pourtant une constante relevée par les différents acteurs concernés, comme en ont témoigné encore récemment les participants de la session « recherches évaluatives » des journées de la prévention 2009. Dans ce but, l'INPES publie pour la première fois sur son site une sélection d'évaluations d'actions ou de programmes réalisés ou financés en 2007 (<http://www.inpes.sante.fr/evaluation>). Les actions présentées concernent directement les programmes mis en œuvre par l'Institut dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Leur diffusion présente l'intérêt de faire partager des exemples très détaillés d'évaluations d'actions, en ayant le souci de décrire leurs méthodes, leur mise en œuvre concrète, leurs apports et leurs limites dans une situation donnée. **F**

Déficients sur l'efficacité?

L'évaluation économique, un outil de priorisation au service d'une éthique de la décision publique

L'évaluation économique en santé, c'est-à-dire la recherche de l'efficacité, tend à mobiliser au mieux les ressources collectives et à éviter les « pertes de chance » pour la population.

Marie-Odile Carrère

Professeur de sciences économiques, université Lyon 1, membre du Haut Conseil de la santé publique

La dépense de santé s'élève aujourd'hui en France à plus de 10 % du produit intérieur brut, financée pour les trois quarts par la collectivité nationale. Elle croît structurellement plus vite que la richesse nationale. Cela tient à de multiples raisons, et en premier lieu à la rapidité de l'innovation technologique dans ce secteur¹. Il en résulte un problème structurel de financement de notre système de santé, notamment par la collectivité, et un risque réel de désengagement collectif qui pénaliserait les plus fragiles d'entre nous. D'où la nécessité de s'interroger sur les choix publics d'allocation des ressources dans ce secteur d'activité. Mais sur quels critères ces choix peuvent-ils être réalisés?

La responsabilité du décideur public

Partons du cas le plus simple, celui d'une situation d'ordre thérapeutique, diagnostique ou préventif. Il peut s'agir, par exemple, de la consommation de médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle. La plupart du temps, il existe une stratégie courante et plusieurs stratégies de prises en charge concurrentes possibles pour le futur, notamment si l'on tient compte de l'innovation. Il faut alors se demander laquelle il conviendrait de mettre en œuvre.

La question posée est la suivante : faut-il remplacer la stratégie de référence, mise en œuvre au cours de la période récente, par une autre? Le premier critère de jugement qui

vient à l'esprit se rapporte aux résultats, c'est-à-dire à l'effet de chacune des deux stratégies sur la santé et même sur le bien-être de la population, qu'on qualifiera par commodité d'« efficacité² ». Selon ce critère, la stratégie préférée, à promouvoir, sera celle dont l'efficacité est la plus grande parmi les stratégies possibles. C'est le critère de jugement des professionnels de santé³.

Mais, pour le décideur public, ce critère n'est pas suffisant et un autre critère doit intervenir, celui des moyens, c'est-à-dire des ressources mobilisées. En effet, avant d'engager des ressources publiques, il est de la responsabilité du décideur de se demander si elles ne seraient pas mieux utilisées ailleurs, que ce soit dans le système de santé ou dans un autre secteur d'intervention des pouvoirs publics. Si les ressources pouvaient être mieux utilisées ailleurs et si elles étaient engagées malgré tout, la valeur dont la collectivité serait privée est qualifiée de « coût d'opportunité » de cette utilisation des ressources. À l'évidence, ce concept de coût d'opportunité n'est spécifique ni au secteur de la santé, ni à la décision publique. Il s'impose à toute décision humaine dès lors qu'elle porte sur la gestion de ressources rares (le temps, les biens et services, la monnaie, etc.). Dans tous les cas, il s'agit simplement de répondre à la question : « *Si j'affecte cette ressource à telle*

1. À titre d'exemple, le coût de certains médicaments ciblés utilisés en cancérologie (Avastin®, Erbitux® et Vectibix®) était estimé aux États-Unis en 2007 à plus de 100 000 dollars par malade et par an, sans tenir compte du coût de traitement des effets secondaires éventuels.

2. Ce terme désigne ici l'effet sur la santé des bénéficiaires, conformément à la définition couramment admise dans le domaine de l'évaluation économique, ou l'effet sur le bien-être de la population dans son ensemble de façon plus générale.

3. C'est ce critère qui fonde les « Recommandations pour la pratique clinique ».



utilisation, quelles sont les autres utilisations dont je me prive, et ne seraient-elles pas plus intéressantes pour moi?» Sur un plan éthique, il apparaît d'autant plus nécessaire de prendre en compte cette question au niveau collectif que le décideur public est supposé agir au nom des individus et dans leur intérêt.

Pour comparer deux stratégies, il faudra donc prendre en compte non seulement leur efficacité, mais aussi les ressources qu'elles mobilisent, qu'on qualifiera de « coût ». Sur la base cette fois des deux critères, et en accord avec le simple bon sens, le décideur public peut trancher facilement en faveur du remplacement d'une stratégie par une autre dans deux cas : si la seconde est plus efficace sans être plus coûteuse, ou si elle est moins coûteuse sans être moins efficace. On dit alors qu'une stratégie domine l'autre. La recherche des stratégies dominantes devrait être systématiquement encouragée car, tout en respectant le critère d'efficacité, c'est-à-dire le critère de jugement des professionnels de santé, elle pourrait éviter de mobiliser des ressources considérables. Un exemple simple et direct est fourni par l'arrivée des médicaments génériques, qui concernent de nombreuses stratégies thérapeutiques.

La question est bien sûr plus complexe lorsqu'il s'agit de comparer deux stratégies dont aucune ne domine l'autre, l'une étant à la fois plus efficace et plus coûteuse que l'autre. C'est le cas de la plupart des innovations technologiques, qu'il s'agisse de médicaments ou de dispositifs médicaux. Mettre en œuvre l'innovation améliorerait certes l'efficacité, mais engagerait aussi des ressources supplémentaires, avec le risque d'un coût d'opportunité. Pour comparer les deux stratégies, on doit alors dépasser le cadre d'une situation particulière pour s'intéresser à l'ensemble du système de santé, voire à d'autres secteurs d'intervention des pouvoirs publics.

Une démarche opérationnelle et ses fondements

La démarche qui est suivie en Grande-Bretagne dans le cadre du National Health Service (NHS)⁴ par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) est particulièrement illustrative de l'aide que peut apporter l'évaluation économique dans ce type de situation [22]. Elle repose sur trois grands principes. D'abord, la mesure de l'efficacité

d'une stratégie thérapeutique, diagnostique ou préventive doit prendre en compte la durée de la vie et la qualité de la vie des personnes à qui elle est appliquée. Ensuite, l'efficacité d'une stratégie par rapport à une autre est, concrètement, définie par le gain de durée de vie pondérée par la qualité de la vie (liée à la santé), généralement mesuré en Quality Adjusted Life Years (QALYs) [10]. Enfin, après avoir éliminé les stratégies dominées, il reste les situations où une stratégie B est à la fois plus efficace et plus coûteuse qu'une autre A. Le remplacement de A par B se traduirait par un coût supplémentaire qu'on peut rapporter au nombre de QALYs gagnés, pour obtenir le « ratio coût-utilité » (RCU) de B par rapport à A. Le principe d'équité conduit alors à classer, pour chacune des situations concernées, l'ensemble des couples de stratégies de types A et B (B plus efficace et plus coûteuse que A), dans l'ordre des RCU décroissants correspondants. Au coût total accepté par la collectivité est associé un seuil d'acceptabilité du RCU, le même pour toutes les situations : les stratégies de type B sont acceptées en deçà de ce seuil, rejetées au-delà. Bien entendu, l'application de cette démarche par le NICE pour le NHS n'est pas mécanique et d'autres critères entrent en ligne de compte. Cependant, les recommandations de NICE révèlent bel et bien *a posteriori* l'existence d'un seuil d'acceptabilité, de l'ordre de 45 000 livres [9].

Cette démarche pose de nombreuses questions, largement débattues, sur lesquelles on dispose d'une littérature scientifique considérable. En amont, les principes sur lesquels elle repose sont évidemment discutables et discutés. C'est le cas, notamment, du critère d'équité sous-jacent [6]. De multiples questions plus spécifiques sont également débattues en permanence : comment mesurer les QALYs, pourquoi s'en tenir au seul secteur de la santé, que sait-on de l'efficacité et du coût des activités de soin qui échappent à l'évaluation de NICE, comment la valeur du seuil peut-elle être justifiée?

Il reste que cette démarche a plusieurs atouts majeurs. Premièrement, celui d'être explicite et transparente, en affichant les critères de jugement et la façon dont ils sont utilisés. Ainsi, NICE émet régulièrement des recommandations méthodologiques pour l'évaluation économique [22]. Deuxièmement, celui de reposer sur un principe d'équité qu'on peut résumer de la façon suivante : l'année de vie en bonne santé gagnée a le même poids quel qu'en soit le bénéficiaire, et le droit de

tirage sur les ressources publiques pour obtenir ce résultat est le même pour tous.

L'évaluation économique : un outil de priorisation au service d'une éthique de la décision publique

D'autres approches sont possibles et une littérature considérable leur est consacrée, même si elles sont encore peu opérationnelles aujourd'hui dans le secteur de la santé. Elles utilisent la méthode des choix discrets ou la méthode de l'évaluation contingente, qui permettent d'explicitier les préférences des consommateurs/citoyens vis-à-vis des différentes stratégies de prise en charge [10]. L'évaluation contingente, en particulier, est très utilisée dans d'autres domaines de la décision publique comme ceux des transports et de l'environnement.

Mais il ne faut pas s'y tromper : ces approches s'appuient sur les mêmes catégories de critères de jugement, coût d'une part et résultat d'autre part. Elles visent tout autant la recherche de l'efficience, même si la mesure des résultats est différente. De ce fait, elles constituent tout autant des outils de priorisation, et peuvent conduire, par exemple, au rejet de certaines stratégies pour les mêmes raisons : des moyens requis trop importants pour un résultat trop modeste. Il s'agit toujours d'utiliser au mieux les ressources collectives : la mobilisation de ces moyens rendrait impossibles d'autres utilisations qui seraient plus intéressantes pour la collectivité.

En d'autres termes, la mise en œuvre de l'évaluation économique dans le secteur de la santé, c'est-à-dire la recherche de l'efficience, vise à éviter des « pertes de chance » pour la population. C'est en cela qu'elle constitue un outil au service d'une éthique des choix publics. Pour reprendre les termes du titre, si les choix publics en santé s'appuient sur l'évaluation des résultats en ignorant les coûts, c'est-à-dire s'ils sont déficients dans la recherche de l'efficience, ce ne peut être qu'au détriment de cette éthique collective. **F**

4. Le NHS concerne l'Angleterre et le pays de Galles. Il prend en charge, sur la base de l'impôt, 85 % des dépenses de santé de la population.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 63.

Quel avenir pour l'évaluation en santé publique ?

La culture de l'évaluation est encore insuffisante dans le champ de la santé. Analyse des limites et des perspectives de progrès, aussi bien pour les actions de santé publique que pour les pratiques professionnelles.

Gilles Duhamel
Inspecteur général
des Affaires sociales

Qui dit évaluation en santé publique, dit mesure, analyse et utilisation de données relatives à la santé collective. D'indéniables progrès ont été réalisés en la matière, corollaires de la responsabilité stratégique qu'assume désormais la puissance publique.

La réponse de l'État aux crises sanitaires, ses nouvelles approches face aux risques ont induit une nouvelle conception des politiques publiques de santé :

- une plus grande implication des pouvoirs publics nationaux et internationaux,
- une remise à plat des principes qui doivent dicter la décision et l'action publiques en matière de santé et de sécurité sanitaire (précaution, évaluation, impartialité, transparence, éducation au risque),
- une plus grande prise en compte de l'importance de la réduction des risques et de la prévention comme éléments de rationalisation et de régulation du système de santé que l'organisation des soins curatifs ne peut plus conditionner à elle seule,
- la nécessité d'une approche globale dont le ministère en charge de la Santé doit partager la responsabilité avec d'autres administrations nationales et locales.

L'État s'est vu reconnaître une responsabilité première en matière de santé publique, qu'il avait quelque peu oubliée depuis les grands moments de l'hygiénisme. Au-delà des rares politiques soutenues sur le long terme comme celle relative à la périnatalité, c'est toute une construction, qui a été opérée ces deux dernières décennies, de lois, d'institutions, notamment en matière de mesures, de plans et de programmes à côté de l'orga-

nisation de l'offre de soins. Parallèlement, les professionnels de santé ont adopté progressivement la prise en compte de bonnes pratiques collectives.

Une culture de l'évaluation insuffisante

Mais de nombreux éléments en limitent encore la portée. Les limites à la bonne mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé publique se retrouvent tout autant dans l'action de la puissance publique que dans l'engagement mitigé des professionnels et dans la difficulté à conduire des opérations au quotidien. En ce sens, elles reflètent les insuffisances du système en général. Elles concernent la génération des connaissances et l'apport des systèmes d'information existants, qui n'ont pas été conçus dans un but épidémiologique; une confusion liée à la multiplicité des acteurs, des guichets et des sources de financement; un manque d'articulation entre politique de santé publique et politique conventionnelle avec les médecins de ville; une coordination interministérielle insuffisante (par exemple en matière de médecine scolaire et de santé des enfants), voire un manque d'implication (par exemple en ce qui concerne l'environnement ou le risque professionnel et la lutte contre le cancer, comme l'indique le Haut Conseil de la santé publique) dans des programmes de moyen terme; des difficultés dans la conception des indicateurs à refléter un lien de causalité entre actions entreprises et impact sanitaire; des défauts de recueil des données et de suivi des indicateurs par les opérateurs; un manque de coopération et de transfert de données entre les systèmes d'observation; des lacunes en termes d'animation locale et régionale.



Au total, l'imprégnation progressive de la culture de l'évaluation ne se traduit pas assez dans une mise en œuvre satisfaisante, en particulier pour ce qui concerne les actions de santé publique et la médecine de ville. L'analyse par Claude Got des échecs de la santé publique (risques multifactoriels et/ou différés, faible implication des scientifiques-activistes, perception variable et parfois disproportionnée des risques, implication inégale des médecins, manque de décision malgré les connaissances, mauvaise application des directives, conflits d'intérêts entre enjeux économiques et sanitaires, inégalités sociales de santé) [16] vient grandement corroborer celle du HCSP sur le dernier Plan cancer et éclaire les difficultés sous-jacentes rencontrées en termes d'évaluation.

Des avancées au niveau local et sur le terrain

Des perspectives plus mobilisatrices se font jour. L'évolution d'une logique de mise en œuvre de programmes, de financement d'actions vers une logique de résultats. Pas tellement au niveau des politiques d'État, car l'impact de la démarche de la LOLF en matière de santé reste difficile à évaluer [3]. Mais plus au niveau local, notamment dans les établissements de santé, à travers l'évaluation des événements indésirables ou des événements porteurs de risque (dans le cadre de l'accréditation). Et l'on sait maintenant qu'au-delà de la mise en œuvre de

procédures, de pratiques conformes à des référentiels, de programmes d'amélioration de la qualité, les résultats tiennent aussi à la capacité des équipes médicales à réagir sans délai et à bon escient [15]. Le regroupement au sein des agences régionales de santé (ARS) des politiques de santé publique, de l'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers et la participation des agences aux actions relatives à la gestion du risque assurantiel, à la régulation des dépenses d'assurance maladie constitue un pas supplémentaire vers plus de cohésion de l'action publique dans une logique territoriale. L'implication des hôpitaux et des financements publics *via* les missions d'intérêt général (MIG) dans les plans de santé publique représente également une avancée notable. Enfin, le début de prise en compte des résultats cliniques obtenus par les médecins traitants pour leur patientèle en général, dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (les CAPI), est également prometteur même s'il ne porte que sur un nombre trop limité d'indicateurs et d'actes préventifs.

Mais des interrogations persistent. Elles tiennent autant à la politique nationale qu'aux actions locales. Au plan national, peut-on espérer une meilleure interconnexion des systèmes d'observation pour l'activité de veille, de surveillance et de suivi des grands programmes nationaux? En matière de prévention, quelle sera l'implication des entreprises et celle des collectivités territoriales?

Au plan local, peut-on espérer un recours plus systématique à l'analyse des résultats dans la pratique quotidienne des équipes médicales, à l'hôpital comme en ville? À cet effet, quand les professionnels disposeront-ils de systèmes d'information mieux adaptés, en particulier d'un dossier médical partagé entre les principaux acteurs en fonction de leurs besoins, et notamment avec les patients dans le cadre d'une auto-surveillance, qui ne serve pas seulement à l'échange d'informations en matière de soins mais, pour chaque cabinet, pour chaque maison médicale, à piloter la prise en charge de leurs populations de patients, et notamment à évaluer la qualité des services qu'ils rendent? Quand les verrous juridiques sauteront-ils pour permettre une véritable coopération entre professionnels, sans risque d'être accusé de compéage?

Au total, c'est essentiellement dans l'implication coordonnée des pouvoirs publics, régulateurs et financeurs, des professionnels de santé et des usagers en matière de définition, de mise en œuvre et d'évaluation des politiques de santé que les progrès les plus prometteurs sont à attendre, pour peu qu'on leur en donne les moyens. **F**

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 63.

L'évaluation, ça se prévoit...

Diagnostic, analyse et pistes pour une véritable évaluation des politiques de santé.

Le temps est à l'évaluation des politiques publiques. Les plus hautes instances s'y attellent. Le Parlement se met en situation d'exercer ses nouvelles prérogatives constitutionnelles¹. La Cour des comptes entend consolider sa contribution². Les ministères se (re)mettent en ordre de marche. Essor réel, renouveau convaincu ou avatar sans lendemain ? Il est un peu tôt pour conclure. On rappellera simplement, dans la longue lignée des travaux sur l'évaluation, le scepticisme qu'appellent les initiatives d'organisation, d'institutionnalisation de l'évaluation, particulièrement en France.

Je n'ai pas récusé le titre qui m'a été proposé par la rédaction pour ce papier, demandé sans doute à la fois à l'ancien responsable de l'évaluation des politiques publiques du Commissariat général du Plan, au chef de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et au membre du collège du HCSP, bien placé, avec ses pairs, pour juger de la contribution importante demandée au Haut Conseil et des difficultés de la tâche.

Je ferai donc quelques constats critiques, avancerai des éléments d'explication et proposerai enfin des pistes pour l'action.

1. « Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques. » (article 24 de la Constitution, qui place l'évaluation sur le même rang que les activités de vote de la loi et de contrôle).

2. « La Cour des comptes assiste le Parlement dans le contrôle de l'action du gouvernement. Elle assiste le Parlement et le gouvernement dans le contrôle de l'exécution des lois de finances et de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi que dans l'évaluation des politiques publiques. Par ses rapports publics, elle contribue à l'information des citoyens. » (Article 47-2 de la Constitution).

L'évaluation est rarement prévue

Plus qu'une programmation rationnelle ou systématique de l'évaluation, ce que l'on constate plus spontanément ce sont des évaluations déclenchées tardivement, après coup, sans que le système d'information ait été élaboré, sinon constitué. La première image est donc celle de l'évaluation impossible. La deuxième image est l'évaluation alibi, sans objectifs, pour le principe, pour s'inscrire dans la vogue ou accomplir un rite administratif. La troisième image est celle de l'évaluation sans conséquences, déphasée dans la séquence décisionnelle : l'évaluation d'un plan que l'on n'attend pas pour imaginer la suite.

Je ne crois pas cependant qu'il puisse exister une séquence simple du type : mise en œuvre d'un plan ou d'une politique – évaluation – élaboration du plan suivant... Le temps des bureaux (d'administration centrale) et des politiques n'est pas celui-là. La question tient plus à l'ancrage dans les pratiques de fabrication des textes ou de l'évaluation des programmes qu'à l'articulation séquentielle des calendriers.

Pourquoi cette situation ?

La dispersion des forces d'évaluation (HCSP, HCAAM, Drees, Cnamts, inspections générales, Parlement, Cour des comptes, etc.) est une explication commode à certaines carences du système d'évaluation en santé. Ce n'est pas la principale, de mon point de vue. L'évaluation a besoin d'émulation.

L'absence d'évaluation *ex ante*, d'étude d'impact de bien des politiques, textes ou programmes n'a longtemps pas permis d'appréhender les besoins de connaissances, émanant de plusieurs disciplines, susceptibles

Stéphane Le Bouler
Membre du collège du HCSP



de rendre compte des objectifs de l'évaluation, quant à l'efficacité, l'efficience, la cohérence, la pertinence des actions publiques. De ce point de vue, l'insistance mise actuellement sur la conduite systématique des études d'impact mais surtout les outils élaborés depuis quelques années à la faveur de la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), de la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS), de la révision générale des politiques publiques (RGPP) ou des objectifs de la loi de santé publique de 2004 sont une propédeutique et un socle essentiels : les chaînes de causalité permettant de lier une action et un impact ont été élaborées à grande échelle ; quantité d'outils sont désormais disponibles.

En dehors de ces efforts, les matériaux de la connaissance ne sont pas toujours constitués en routine à des fins d'évaluation. Statistiques, études, recherches : autant de matériaux indispensables, dont la fabrication ne suit pas forcément les injonctions de la reddition de comptes, en termes de politique publique. Nous l'avons constaté du temps de l'évaluation de la politique de lutte contre le sida³ : l'action très importante de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) en matière d'animation et de programmation de la recherche en sciences sociales était relativement peu éclairante pour juger des politiques publiques, tout simplement parce que les matériaux n'avaient pas été constitués à cette fin et sous cet angle. De la même façon, il nous avait été donné d'étudier, sur la base d'un travail conjoint de l'Irdes et de l'ENSP, la gamme des matériaux d'études et de recherche disponibles aux fins d'évaluer les politiques tendant à améliorer l'accès à la prévention et aux soins. Sur une masse considérable de données, bien peu étaient constituées de telle façon qu'elles permettaient de répondre à quelques questions simples quant à l'impact ou à l'efficacité des mesures.

Au-delà des faiblesses de la santé publique en France, la mobilisation modeste des sciences de gestion et des sciences politiques dans le champ des politiques sanitaires et sociales n'est sans doute pas pour rien dans l'explication de ces carences : les chaînes d'action sont mal connues, les incitations, les ressources, les discours mobilisés par les acteurs, tant publics que privés, sont souvent opaques. En

3. Commissariat général du Plan – Conseil national de l'évaluation, Christian Rollet (dir.), *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*, La Documentation française, 2003.

dehors de l'action des associations de lutte contre le sida ou contre le cancer, les ressorts de l'élaboration des politiques ou des plans de santé publique n'ont guère été étudiés. Qu'est-ce qui explique la mise à l'agenda de tel problème ? Comment comprendre les choix de modalités d'intervention prévus par les textes ? Quelle mobilisation des groupes d'intérêts ? Pour quelles conséquences ? Comment les opérateurs privés réagissent-ils à telle ou telle incitation publique ?

Alors, que faire ?

D'abord anticiper à bon escient. La valeur ajoutée des services statistiques ministériels tient à leur capacité à pré-positionner des dispositifs de recueil de données (données d'enquêtes, données médico-administratives ou données économiques) de façon à être en situation de répondre à la commande du politique en termes d'éclairage des politiques publiques, *ex ante* ou *ex post*, y compris en répondant aux questions qu'on ne leur pose pas.

Il en va de même de l'animation de la recherche. Il est vain de prétendre mobiliser des travaux de recherche nouveaux dans le temps de l'évaluation. Des chercheurs peuvent conduire des travaux d'étude ou fournir de l'expertise, mais ils ne sauraient constituer des protocoles de recherche originaux spécifiques à tel ou tel exercice d'évaluation. L'animation de la recherche doit donc s'assigner comme objectifs de bâtir les programmes et constituer les partenariats adéquats avec les organismes de recherche afin d'élaborer en routine les analyses, les schémas d'interprétation, les modélisations, voire le recueil de données auprès des bénéficiaires ou des acteurs des politiques, de façon à ce que ces matériaux puissent être utilisés, en tant que de besoin, en termes d'évaluation⁴.

On l'a dit et on ne le répétera jamais assez, la systématisation des études d'impact⁵, des

4. L'animation de la recherche et l'approche de l'évaluation peuvent souvent s'appuyer sur les pratiques éprouvées dans les autres pays et valoriser ces apprentissages, parfois conséquents : il en va ainsi de certains plans de santé publique ou de problématiques telles que la tarification hospitalière. L'animation de la recherche et l'évaluation supposent donc aussi une veille active.

5. La loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution indique : « Les projets de loi font l'objet d'une étude d'impact. Les documents rendant compte de cette étude d'impact sont joints aux projets de loi dès leur transmission au Conseil d'État. Ils sont déposés sur le bureau de la première assemblée saisie en même temps que les projets de loi auxquels ils se rapportent.

programmes de qualité et d'efficience (PQE), des outils de la LOLF et de l'analyse critique des objectifs et de batteries d'indicateurs pratiquée par le HCSP est une acculturation essentielle.

Il faut aussi, bien entendu, des efforts d'harmonisation et une diffusion des apprentissages... et c'est naturellement un des rôles du Haut Conseil que de consolider en routine des pratiques éclairées. Le dispositif interministériel d'évaluation des politiques publiques avait permis d'évaluer à fond la loi contre le tabagisme et l'alcoolisme⁶, et la politique de lutte contre le sida ; en dehors des objectifs de la loi de santé publique, le HCSP a évalué en détail plusieurs plans de santé publique (cancer, maladies rares) ; d'autres exercices ont été conduits par les inspections, la Cour des comptes ou des personnalités qualifiées⁷. Éclairés par toutes ces expériences, il est temps de fixer un ensemble de règles quant à la conduite des travaux d'évaluation, notamment en ce qui concerne les plans de santé publique. Aucun plan ne saurait être dévoilé sans qu'aient été à tout le moins décrits le dispositif d'évaluation prévu, le système d'information à bâtir ou à mobiliser, les axes d'études et de recherches à privilégier, le budget afférent, les conditions de renouvellement éventuel du programme en question. De même qu'on impose désormais les études d'impact pour les textes législatifs, un plan dans le domaine de la santé publique ne saurait être présenté sans qu'ait été faite la preuve des efforts réalisés pour s'assurer de la réalisation et de l'impact du dispositif précédent. Il faut être prudent : un plan de cinq ans ne saurait toujours permettre de recueillir les effets sur la santé dans ce délai ; il

Ces documents définissent les objectifs poursuivis par le projet de loi, recensent les options possibles en dehors de l'intervention de règles de droit nouvelles et exposent les motifs du recours à une nouvelle législation. Ils exposent avec précision : [...] l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue ; l'évaluation des conséquences des dispositions envisagées sur l'emploi public [...]. »

6. Commissariat général du Plan – Conseil national de l'évaluation, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, La Documentation française, 2000.

7. Nous avons par exemple eu à réaliser, sous l'égide de Jean-François Girard, l'évaluation du système de veille et de sécurité sanitaire : Jean-François Girard (président), Françoise Lalande, Louis-Rachid Salmi, Stéphane Le Boulter, Laetitia Delannoy, *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France*, juillet 2006.

n'empêche, cette difficulté (que l'on retrouve dans bien des domaines) ne saurait servir d'alibi à la négligence quant à la mesure des effets concrets des actions.

Tout cela n'est sans doute pas sans lien avec la division du travail au sein de l'administration centrale et la fabrique des politiques

publiques. La question de la mise en œuvre d'une gestion publique renouvelée au sein des bureaux d'administration centrale apparaît essentielle. Il faut ancrer l'évaluation dans les bureaux, mais aussi réformer leurs pratiques et leur posture. L'État stratège est aussi un État réflexif : produire un discours critique

sur les politiques publiques suppose une certaine distance par rapport à la conduite au quotidien des actions et des programmes. Le recentrage sur les fonctions stratégiques, au détriment des fonctions de gestion, apparaît bien ici comme une condition de l'évaluation. **F**

Bibliographie générale

- Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. *Évaluation d'une action de santé publique : recommandations*. Paris : Andem, 1995.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? Guide pratique*. Saint-Denis La Plaine : Anaes, 2004.
- Bras P.L. *Audit CIAP du programme « Santé publique – prévention »*. Ministère de la Santé, 2004, 163 p.
- Claveranne J.P., Pascal C. *Repenser les processus à l'hôpital*. Paris : Médica Édition, 2004.
- Contandriopoulos A.P. et al. À la recherche d'une troisième voie : Les systèmes de santé au XXI^e siècle. In Pomey M.-P., Poullier J.-P. (dir.), *Santé publique* (p. 637-667). Paris : Ellipses, 2000.
- Cookson R., Drummond M., Weatherly H. « Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions ». *Health Economics, Policy and Law* 2009 ; 4 : 231-245.
- Cour des comptes. *La mise en œuvre du Plan cancer*. Paris : juin 2008, 174 p.
- Cour des comptes. *Rapport public annuel 2003*. Paris : février 2004, p. 453.
- Devlin N., Parkin D. « Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis ». *Health Economics* 2004 ; 13 : 437-452.
- Drummond M., Sculpher M., Torrance G., O'Brien B., Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford : University Press, 2005.
- Emerson R.M., Fretz R.I., Shaw L.L. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago-London : University of Chicago Press, 1995.
- Évaluation du plan national maladies rares 2005-2008. Rapport du HCSP Mars 2009. <http://www.hcsp.fr>
- Fishbein M., Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Massachusetts : Addison-Wesley, 1975, 577 p. <http://people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>
- Fondation canadienne de recherche sur les services de santé – CHSRF. *Mythe : Le public consulte les fiches d'évaluation du système de santé pour faire des choix en matière de santé*, série « À bas les mythes ». Ottawa, 2003. http://www.chsrf.ca/mythbusters/index_f.php
- Ghaferi A.A., Birkmeyer J.D., Dimick J.B. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med*, 2009, 361, p. 1368-1375.
- Got C. « Les revers de la santé publique ». *Les Tribunes de la santé*, automne 2008, n° 20, p. 23-38.
- Huberman A.M., Miles M.B. *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck université, 1991.
- Jabot F., Gerhart C., Marchand A.-Cl., Dia-Gomez C. *L'évaluation en France dans le domaine de la santé*. Société française d'évaluation, Marseille, 9^{es} Journées françaises de l'évaluation, 5 mai 2009, p. 9
- McGuire W.J. « The Communication-Persuasion Model and Health-Risk Labeling ». In : *Banbury Report. Product Labeling and Health Risks*. New York : Morris L.A. and Mazis M.B. (eds) 1980, Cold Spring Harbor 99-122.
- Momas I., Caillard J.-F., Lesaffre B. *Plan national santé-environnement. Rapport de la commission d'orientation*. Paris : La Documentation française, juin 2004.
- Momas I., Caillard J.-F. *Évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement. Rapport du Comité d'évaluation*. Paris : juillet 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Guide to the Methods of Technology Appraisal*. Londres : NICE, June 2008.
- Olivier de Sardan J.-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.
- Paillé P., Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Colin, 2003.
- Parsons T. *The Structure of Social Action*. New York : Mc Graw-Hill, 1937.
- Parsons T. et al. *Toward a general Theory of Action*. Cambridge : Harvard University Press, 1957.
- Parsons T. *Social Systems and the Evolution of Action Theory*. New York : Free Press, 1977.
- Patton M.Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, London, New Delhi : Sage Publications, 2002.
- Plan national santé-environnement 2004-2008. *Franchir une nouvelle étape dans la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement*. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Ministère de l'Écologie et du Développement durable. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Ministère délégué à la Recherche. Paris, juin 2004.
- Pluye P. et al. « Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes ». In : Ridde V., Dagenais C. (eds.). *Approches et pratiques en évaluation de programme*, p. 123-141. Montréal : Presses de l'université de Montréal, 2009.
- Poupart J. et al. (eds.) *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, 1997.
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A.P. . La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures* 1998 ; 6 (1) : 34-46.
- Sicotte, C. et al. A conceptual framework analysis of health care organizations performance. *Health Services Management Research* 1998 ; n° 11.
- Solberg L., Mosser G., McDonald S. The three faces of performance measurement : Improvement, accountability and research. *Journal on Quality Improvement*, 1997 ; 23 (3) : 135-147.
- Tigue C.C., Fitzner K.A., Alkhatib M., Schmid E., Bennett C.L. The value of innovation: the economics of targeted drugs for cancer. *Target Oncol* 2007 ; 2 : 113-119.
- <http://www.recherche-qualitative.qc.ca>