

# 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<sup>er</sup> 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 consensus<sup>1</sup>). 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, notamment<sup>2</sup>) 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 ministère<sup>3</sup>. 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.