



# 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)<sup>1</sup>, à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France<sup>2</sup> (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 2005<sup>3</sup>, 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 santé<sup>4</sup>. 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 transversaux<sup>5</sup>. 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)<sup>6</sup> ; 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 Drees<sup>7</sup>, complétées le cas échéant par d'autres sources<sup>8</sup>. 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

**D**epuis 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.*