

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 compéragé?

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. *Targ Oncol* 2007 ; 2 : 113-119.
- <http://www.recherche-qualitative.qc.ca>