

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.