

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>