



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)¹, à partir de l'analyse des rapports du Haut Comité de la santé publique sur l'état de santé en France² (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 2005³, 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 santé⁴. 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 transversaux⁵. 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)⁶ ; 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 Drees⁷, complétées le cas échéant par d'autres sources⁸. 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 le 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

Depuis 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.*

sur les difficultés rencontrées et sur le degré d'atteinte des objectifs quand ceux-ci étaient quantifiés au départ et atteignables à l'horizon du plan, qui se déroule le plus souvent sur trois, quatre ou cinq ans.

Cependant, ces évaluations finales permettent rarement d'estimer l'impact en santé ; celui-ci est mesurable plus tardivement dans la plupart des domaines. De même il est souvent difficile d'imputer les résultats de santé constatés au seul plan mis en œuvre. Cela doit néanmoins être systématiquement recherché et facilité par la définition d'indicateurs de résultat intermédiaires, qui peuvent et doivent être atteints à la fin du plan.

La prise en compte des résultats et recommandations d'une évaluation en fin de plan pose des problèmes : les éléments arrivent trop tardivement pour permettre des décisions dans un climat serein. C'est pourquoi les évaluations avant la fin du plan, à mi-parcours par exemple, paraissent plus opérationnelles pour réorienter le plan en cours ou identifier les manques pour la politique à venir. S'ajoutant à cette évaluation, des axes particulièrement importants peuvent être identifiés dès la conception du plan ou pendant l'évaluation à

mi-parcours comme devant faire l'objet d'une évaluation approfondie.

Enfin, toute évaluation doit amener le HCSP à faire des recommandations : Faut-il réorienter le plan et comment ? Faut-il arrêter le plan à la fin de son déroulement ? Faut-il développer un programme spécifique sur un axe isolé ?

En conclusion

Le HCSP propose d'intervenir à différents temps dans le processus d'évaluation des plans de santé publique :

- au moment de la conception, pour donner un avis sur les conditions de suivi et les modalités d'évaluation et aider à leur amélioration par des recommandations ;
- à mi-parcours, pour réaliser ou faire réaliser, sous sa responsabilité, une évaluation globale fondée sur les éléments du suivi qui lui sont régulièrement adressés ;
- en fin de plan, pour réaliser ou faire réaliser une évaluation approfondie de certaines parties essentielles du plan en tentant d'approcher l'impact en santé ;
- dans tous les cas et quels que soient la forme et le moment de l'évaluation, ses résultats doivent être analysés par le HCSP pour les traduire en recommandations. **F**

L'évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement

Après un rappel des principales caractéristiques du premier Plan national santé-environnement (PNSE), son processus d'évaluation à mi-parcours sera brièvement présenté. Puis les réponses aux quatre questions évaluatives seront développées avant de terminer sur des recommandations.

Le Plan national santé-environnement et son processus d'évaluation

Le PNSE1 qui couvre la période 2004-2008, développe une thématique émergente, avec un souci de mise en cohérence de l'action publique. Il vise à prévenir les risques pour la santé résultant de l'exposition des citoyens aux agents physiques, chimiques, biologiques présents dans les différents milieux de vie (général, domestique, professionnel, etc.).

Élaboré à partir du rapport d'une commission d'orientation², le PNSE constitue une démarche volontariste qui repose sur un processus interministériel et donne lieu à une déclinaison régionale sous la forme de plans régionaux santé-environnement (PRSE). Il est doté d'un système de pilotage et de suivi spécifique.

La finalité de l'évaluation à mi-parcours est d'établir un bilan du processus déployé, des réalisations en cours et, dans la mesure du possible, de leurs premiers effets, et d'identifier les ajustements nécessaires.

Un dispositif d'évaluation a été constitué, sous la responsabilité des coprésidents, autour d'un comité d'évaluation (Codev, rassemblant experts et représentants des parties prenantes) et d'une équipe-projet composée de membres de l'Afsset, avec l'appui méthodologique de consultants en évaluation des politiques publiques (Evalua).

Le Codev s'est réuni huit fois, en séance plénière, afin de répondre aux quatre questions évaluatives posées (pertinence, cohérence, mise en œuvre et impacts).

Les réponses aux questions évaluatives

Pertinence du PNSE

L'analyse de la pertinence consiste à apprécier dans quelle mesure le PNSE, à la fois dans son contenu et dans la hiérarchisation de ses priorités, répond aux enjeux en santé-environnement décrits par la Commission d'orientation, et s'il n'y a pas lieu d'apporter des modifications en fonction de données nouvelles.

D'une manière générale, on peut affirmer que le PNSE est fidèle aux recommandations de la Commission d'orientation. Des différences existent cependant et certaines actions recommandées dans le rapport de la Commission d'orientation n'ont pas été inscrites dans le Plan ou ont fait l'objet de mesures situées en

Isabelle Momas

Professeur de santé publique à l'université Paris Descartes, vice-présidente du Haut Conseil de la santé publique

Jean-François Caillard

Professeur de médecine du travail au CHU de Rouen

Coprésidents des Commissions d'orientation et d'évaluation à mi-parcours du Plan national santé-environnement



deçà des préconisations (par exemple pour l'amiante, les rayonnements, le bruit, les produits phytopharmaceutiques, les transports, ou la formation).

Plusieurs éléments expliquent ces différences. Le PNSE a mis en exergue certains phénomènes d'actualité, comme la légionellose, et a tenu compte de contraintes de gestion, en privilégiant les actions relevant de la responsabilité directe des quatre ministères porteurs du Plan. Il a aussi pris en compte l'existence d'autres plans gouvernementaux incluant des objectifs de santé-environnement (Plans cancer, asthme, canicule, etc.), évitant de ce fait certaines redondances, mais sans en assurer la visibilité des résultats dans la mesure où ces plans ne font pas toujours l'objet d'un processus d'évaluation.

Enfin, l'évolution des connaissances en santé-environnement impose de s'intéresser désormais aux conséquences du changement climatique et de l'extension de l'utilisation des nanotechnologies.

Cohérence du PNSE

L'analyse de la cohérence porte sur l'appréciation de l'articulation et des synergies des différents objectifs du PNSE (cohérence interne) et sur la correspondance entre les objectifs du PNSE et ceux des autres interventions publiques (inter)nationales et régionales qui interagissent avec lui (cohérence externe).

Cohérence interne

Le PNSE présente une structure arborescente complexe, difficilement lisible. Ainsi, sa composition correspond plus à un assemblage d'actions et de sous-actions caractérisées par une grande disparité qu'à un processus systématique de recherche initiale de cohérence. Le découpage des actions répond à des logiques institutionnelles et s'est ajusté aux acteurs de l'administration, ce qui a permis leur mobilisation, mais n'est pas nécessairement porteur d'effets intégrateurs sur le long terme.

Cohérence externe

Les objectifs du PNSE s'avèrent en cohérence avec les plans d'action interministériels qui lui sont antérieurs, simultanés ou consécutifs, même si la multiplicité des plans gouvernementaux est source de complexité. Le PNSE affiche aussi une forte cohérence avec le contexte international, en particulier pour la santé des enfants, la maîtrise des risques liés aux substances chimiques, l'amélioration des connaissances et la communication vers le public. S'agissant de la déclinaison régionale du PNSE, elle est fidèle à l'esprit et à la lettre du PNSE.

Mise en œuvre du PNSE

Les dispositifs interministériels de pilotage et de suivi, bien que satisfaisants dans leur structuration, souffrent d'une absence de définition claire des responsabilités de leurs différents membres et des modalités d'exercice de celles-ci.

L'étude de l'avancement général du PNSE à mi-parcours est une évaluation du processus de mise en œuvre

des actions, sans préjuger de leurs résultats. Le classement des actions en quatre catégories d'avancement par rapport aux prévisions (« conforme », « légèrement retardé », « fortement retardé » et « préoccupant ») résulte de l'application d'une grille d'analyse inspirée des travaux de l'OCDE dans le domaine environnemental.

Plus de 60 % des actions (28 sur 45) ont un avancement, à mi-parcours, conforme aux prévisions.

Sept actions, quoique engagées, présentent un léger retard, souvent imputable à des négociations interministérielles (Plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides) ou institutionnelles (Observatoire des résidus de pesticides).

Huit actions connaissent un retard significatif dans leur mise en œuvre et, de ce fait, nécessiteraient d'être relancées ou renforcées (lutte contre l'habitat insalubre, création de postes de conseillers en environnement intérieur, surveillance épidémiologique des cancers professionnels sur les lieux de travail, etc.).

Enfin, l'avancement de deux actions est jugé plus préoccupant : réduction des émissions de particules « Diesel » par les sources mobiles, intégration de la dimension santé-environnement dans les formations initiales.

Quant aux PRSE, ils ont été adoptés dans les 26 régions, ce qui constitue un atout pour l'effectivité de la mise en œuvre des mesures sur l'ensemble du territoire. Ils se heurtent cependant à des difficultés : faible implication de certains opérateurs (collectivités territoriales, entreprises et partenaires sociaux) et problèmes d'articulation avec les autres plans régionaux.

Impact du PNSE

Un retard rattrapé, un cadre de référence fixé

En adoptant le PNSE au mois de juin 2004, le gouvernement a permis à la France de rattraper son retard par rapport à ses voisins européens et de respecter ses engagements.

Ce plan a pour principal mérite d'accroître la visibilité de l'action publique dans le champ santé-environnement et d'offrir un cadre de référence global, non immuable, mais destiné à évoluer.

Des effets d'entraînement indéniables

Lors de son élaboration et de sa mise en œuvre, il a généré une très forte mobilisation des services de l'État, tant au niveau national que régional. Cette mobilisation s'est réalisée dans le cadre d'une coopération interministérielle réussie entre les ministères porteurs du plan, mais à consolider et à parfaire avec les autres départements ministériels.

Il a incontestablement contribué à renforcer la légitimité de la thématique santé-environnement dans l'ensemble de la société française. Ce phénomène a été particulièrement sensible dans le domaine de la recherche et de l'expertise (avec l'élargissement du domaine d'intervention de l'Afsse au champ du travail), ainsi que dans le positionnement de la France lors de discussions et de négociations européennes.

Il a aussi stimulé la publication d'autres plans gouvernementaux (Plan interministériel de réduction des risques liés aux pesticides) ou a été à leur origine (Plan radon, Plan santé-travail). La complémentarité d'objectifs avec ce dernier a permis deux avancées indiscutables : un encouragement à l'innovation en matière de prévention dans les services de santé au travail et une affirmation de la priorité de la prévention des risques liés aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR).

En revanche, l'impact du PNSE sur l'organisation de la formation en santé-environnement apparaît particu-

lièrement faible, faute de formalisation par le ministère en charge de l'Enseignement supérieur d'une stratégie susceptible de structurer ce champ.

Les recommandations

Au terme de cette évaluation à mi-parcours, conduite selon une méthodologie éprouvée dans le cadre d'un partenariat très ouvert, il a été possible de dresser un bilan de la mise en œuvre du PNSE, de proposer les ajustements souhaitables et de fournir les bases d'une réflexion qui a largement alimenté les travaux d'élaboration du second PNSE. **F**

Les recommandations

Les recommandations formulées par le Codev3, très rapidement résumées ici, s'adressent au PNSE en cours et au futur PNSE. Elles s'orientent selon deux axes.

AXE 1. Ajuster les orientations du Plan national santé-environnement et adapter certaines mesures

1. Renforcer la prévention et la maîtrise des risques sanitaires liés à l'environnement

1.1 Veiller à la cohérence de la politique relative à l'eau potable *en articulant les volets « périmètres de protection » et « bassins d'alimentation » des captages*

1.2 Intégrer à la fois les échelles locales, régionales et planétaires dans les politiques de prévention des pollutions atmosphériques : *développer une approche globale santé-transport*

1.3 Prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers : *amplifier les démarches de réduction des expositions professionnelles aux substances CMR (substitution, sensibilisation des entreprises)*

1.4 Protéger les populations sensibles : *accélérer la réhabilitation des logements insalubres*

2. Promouvoir la santé environnementale *via* la recherche, la formation, l'expertise et l'information

AXE 2. Faire du Plan national santé-environnement une politique publique pérenne

3. Poursuivre la démarche initiée dans le PNSE1 et rendre pérenne l'engagement de l'État dans la conduite d'une politique volontariste de santé-environnement, inscrite dans la démarche de développement durable

4. Concevoir et mettre en place de nouveaux outils (indicateurs) et méthodes (expertise socio-économique) pour éclairer la décision publique en matière de santé-environnement

5. Mobiliser toutes les parties prenantes, aux niveaux régional et national, et optimiser le dispositif de pilotage

6. Améliorer l'intelligibilité du PNSE et la cohérence de l'ensemble des actions engagées en santé-environnement et en assurer l'évaluation



L'évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008

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

Une maladie rare (MR) est définie par une prévalence faible, inférieure à 5 personnes atteintes pour 10 000 habitants. Il existe de très nombreuses maladies rares : au moins 7 000 sont répertoriées à l'heure actuelle. Une origine génétique a été mise en évidence pour environ 80 % d'entre elles. L'insuffisance des connaissances et la difficulté d'accès à l'information liée à la diversité des pathologies en font un champ à part, réunissant des affections de spécialités variées, unies par leur rareté et les interrogations qu'elles suscitent. Au cours des deux dernières décennies, la recherche sur les mécanismes des maladies et sur les possibilités thérapeutiques a remarquablement progressé, mais la prise en charge médicale et sociale des personnes concernées constitue toujours un défi considérable.

Depuis les années 1990, la France s'est dotée d'une politique spécifique sur les maladies rares et les médicaments orphelins. En 2004 a été lancé un Plan national maladies rares (PNMR), inscrit dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, dans le but de développer et de renforcer les initiatives suscitées par la mobilisation croissante des associations et des professionnels du domaine. L'une des mesures les plus importantes prévues par le plan était la création de centres de référence labellisés dédiés à une ou plusieurs maladies rares (132 centres ont été labellisés de 2004 à 2007).

L'évaluation du PNMR a été confiée, par le Haut Conseil de la santé publique, à un comité d'évaluation (Codev) [12], copiloté par un membre du HCSP et par un expert extérieur, clinicien. Ce comité était composé de dix personnes, pour la plupart membres du HCSP, expertes en santé publique, en économie et en sociologie.

Le cadre général de l'évaluation a été fixé par un mandat rédigé en janvier 2008 par le président du HCSP, l'évaluation. Au terme de ce mandat, l'évaluation devait répondre aux questions suivantes :

- Les questions soulevées et les objectifs choisis sont-ils pertinents ?
- Les actions inscrites dans le Plan sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?
- Dans quelle mesure les actions prévues ont-elles été mises en œuvre ? Les budgets consentis ont-ils été orientés de manière à servir au mieux les objectifs ?
- Quel est l'impact du plan ? C'est-à-dire l'atteinte de l'objectif n° 90 de l'annexe à la loi de santé publique : « Assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies rares » ?
- Quel est le rôle du HCSP dans la conception et l'organisation des programmes de dépistage (rôle prévu dans le plan) ?

- Quel a été le développement de partenariats européens dans les domaines du diagnostic, de la surveillance, de la prise en charge (entre autres des médicaments orphelins) et de l'établissement d'indicateurs de suivi dans le domaine des maladies rares ?

À partir de ce mandat, le Codev a formulé un ensemble de questions évaluatives plus précises autour de six grandes thématiques : l'évaluation de la mise en œuvre du plan, l'analyse de l'impact en termes d'équité, les effets du plan en termes d'amélioration de la réponse médicale, la pertinence des objectifs, la pertinence des mesures inscrites dans le plan (sont-elles de nature à permettre l'atteinte des objectifs ?), l'utilisation de l'évaluation du plan pour préparer l'avenir.

Méthode d'évaluation

Les principales sources d'information du Codev ont été les suivantes :

- L'analyse de documents existants : rapports, comptes-rendus des différents groupes de travail du comité de suivi, des commissions mises en place, rapports d'associations, documents produits par la Haute Autorité de santé (HAS), le GIS-Institut des maladies rares (concernant notamment la base de données Orphanet), l'Association française contre les myopathies, etc.
 - Des entretiens avec les principaux acteurs du plan, réalisés par l'ensemble du Codev ou par un ou plusieurs membres.
 - L'analyse des questionnaires d'autoévaluation élaborés par la HAS et remplis par les 35 centres de référence labellisés en 2004.
 - Une enquête auprès des centres n'ayant pas encore fait l'objet de l'autoévaluation, menée par questionnaire ouvert et court développé par le Codev et adressé aux 98 centres de référence labellisés en 2005-2007 (questionnaire en Annexe 7, page 122 et synthèse en Annexe 8, page 125 du rapport).
 - L'organisation les 8 et 9 janvier 2009 à Paris d'une conférence d'évaluation dont les objectifs étaient :
 - ◆ d'étayer les réflexions du Codev ;
 - ◆ d'approfondir certaines questions et d'y apporter des réponses ou des compléments de réponse ;
 - ◆ de discuter des propositions qu'il sera amené à formuler pour l'avenir dans la perspective d'un prochain plan.
- Cette conférence a réuni plus de 200 personnes issues de centres de référence, d'associations de malades, d'institutions partenaires, qui ont participé aux séances plénières et à cinq ateliers sur les thèmes suivants : épidémiologie (axe 1 du PNMR), dépistage (axe 5), prise en charge (axes 6 et 2), formation des professionnels et

informations des malades (axes 3, 4 et 8), médicament, recherche, partenariats nationaux et européens (axes 7, 9 et 10). Pour chacun de ces thèmes, les échanges étaient introduits par un bref exposé résumant les constats et les premières conclusions du Codev, les participants étant ensuite appelés à réagir librement. Les rapports rédigés par les rapporteurs des différents ateliers ont fourni au Codev un matériau essentiel pour la rédaction du rapport d'évaluation.

- Une enquête qualitative auprès d'un échantillon d'usagers (ou familles de patients) portant sur les parcours de soins et le vécu de la maladie.

Cette enquête a été réalisée entre décembre 2008 et février 2009, auprès de 48 patients ou parents d'enfants atteints de lupus, de drépanocytose, de troubles du rythme cardiaque ou de maladies héréditaires du métabolisme et autres maladies rares. La solution initialement envisagée de recruter un échantillon de patients dans quelques régions, à partir de fichiers de l'assurance maladie, n'ayant pu aboutir, une solution alternative de recrutement a été développée. Les patients ont été principalement recrutés par l'intermédiaire de forums sur les maladies rares, puis par la méthode « boule de neige » (transmission de coordonnées de patients par les interviewés). Cette enquête fait ressortir trois points majeurs :

- ◆ l'importance des conséquences de ces maladies : difficultés dans la vie quotidienne (école, travail, relations sociales ou amoureuses ou accès au crédit). Sentiment fréquent de honte, notamment pour les plus jeunes et de culpabilité chez les adultes.

- ◆ l'importance de la reconnaissance sociale de la

maladie (désir que l'on parle de leur maladie et pas seulement de celles du Téléthon, que l'on développe la recherche et les essais cliniques...).

- ◆ le grand intérêt des centres de référence et leur impact sur la prise en charge des prestations. Le revers étant l'existence d'inégalités dans la prise en charge, quand il n'y a pas de centre de référence.

Principales conclusions

Les principales conclusions de l'évaluation peuvent se résumer comme suit :

- les maladies rares constituent un réel problème de santé publique qui justifie l'existence d'un plan ;

- l'évaluation confirme la pertinence des objectifs et des actions du plan : les progrès réalisés grâce au plan dans la prise en charge médicale, la dynamisation des efforts de recherche et l'information des malades et de leur famille sont reconnus par l'ensemble des acteurs du domaine ;

- le pilotage administratif du plan a été trop éclaté, ce qui a pu nuire au suivi et à la cohérence des actions ;

- les dépenses réalisées ont été globalement conformes aux engagements pris, avec des écarts sur certains axes (épidémiologie notamment) ;

- on déplore un manque de données sur le coût global du plan ;

- les inégalités persistent dans le remboursement des prestations, qui posent un réel problème en termes d'équité ;

- les progrès réalisés sont fragiles et devront être consolidés (notamment la place des centres de référence dans le système de soins). **F**

Les recommandations du Codev

- Le pilotage et suivi du plan, pour lequel le Codev recommande la mise en place du dispositif suivant :

- ◆ un comité de pilotage, composé de médecins, chercheurs, associatifs et administratifs (6 à 10 personnes), chargé de faire des propositions pour améliorer les conditions de mise en œuvre du plan. Ce comité pourrait créer des groupes de travail sur des questions spécifiques ;

- ◆ des groupes d'experts chargés, en liaison avec la HAS, d'évaluer sur site l'activité des centres de référence et de leurs partenaires ;

- ◆ un comité de suivi où seraient représentées les différentes institutions publiques ou privées en charge du plan.

- Les indicateurs de suivi et d'évaluation à mettre en œuvre dans le cadre du prochain plan :

- ◆ indicateurs d'activités de soins,
- ◆ indicateurs de procédures,
- ◆ indicateurs d'efficacité,
- ◆ indicateurs de coût.

- Les points positifs à conforter :

- ◆ les centres de référence,
- ◆ la base de données Orphanet,
- ◆ le développement de la recherche.

- Les insuffisances à combler :

- ◆ mettre en œuvre des outils épidémiologiques adaptés,

- ◆ revoir la politique du dépistage des maladies rares,

- ◆ rendre plus homogène la prise en charge des prestations par les caisses, en instituant un dialogue entre le comité de pilotage et l'assurance maladie,

- ◆ structurer pour les MR une coordination régionale des MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), en interface avec les centres de référence,

- ◆ développer la communication sur les maladies rares, le plan et ses acteurs. **F**



Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique de Franche-Comté

Cynthia Morgny
Directrice de l'ORS
Franche-Comté

Alain Trugeon
Directeur de l'ORS
Picardie

**Jean-Marc
Tourancheau**
Directeur de la
Drass et du GRSP de
Franche-Comté

Claude Michaud
Directeur adjoint du
GRSP de Franche-
Comté et co-chef de
projet évaluation du
PRSP

Agnès Jeannot
Médecin inspecteur
de santé publique,
Drass de Franche-
Comté, co-chef de
projet évaluation du
PRSP

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de Franche-Comté a été arrêté en avril 2006 à la suite d'une phase d'élaboration de 17 mois qui a suivi la loi de santé publique d'août 2004. Menée en concertation avec les institutions œuvrant dans le domaine de la santé publique, durant cette étape plusieurs consultations ont été organisées visant à définir des priorités régionales de santé. Celles-ci devaient répondre à plusieurs objectifs : permettre la poursuite de programmes d'action régionaux antérieurs afin de garantir la continuité de l'action ; prendre en compte, au sein du PRSP, les priorités des différents partenaires ; intégrer et décliner en région les objectifs de la loi de santé publique et de plans nationaux.

Le PRSP couvre une période triennale de 2006 à 2008. Cette périodicité a été retenue afin de correspondre aux échéances de la loi de santé publique dont les objectifs sont réexaminés tous les cinq ans.

Conformément à la loi¹, dans chaque région le plan régional de santé publique est mis en œuvre par un groupement régional de santé publique (GRSP). Celui-ci initie, suit et évalue les programmes et actions définis dans le PRSP. Il coordonne les financements et les contributions et rend compte, annuellement de son activité. En Franche-Comté, le GRSP est assisté d'une instance technique qui prépare le programme annuel d'activité. Celle-ci organise l'appel à projets permettant le financement des actions proposées par les promoteurs ; définit les procédures de suivi et d'évaluation des actions financées ; dresse un tableau exhaustif de l'ensemble des actions de santé publique menées dans la région (par le GRSP et hors GRSP).

Conformément aux dispositions de la loi, et en particulier du Code de la santé publique², la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS), en concertation avec les membres de la conférence régionale de santé (CRS) et du groupement régional de santé publique, a souhaité que soit réalisée une évaluation intermédiaire du programme. Elle en a défini le champ et formulé les questions évaluatives. Au total, une quinzaine de questions ont été précisées, qui ont ensuite été regroupées en groupes thématiques.

Le premier groupe est axé sur l'étude des procédures. Il s'intéresse aux modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'implantation du PRSP, et au fonctionnement interne, et notamment à l'activité du groupement régional de santé publique, principal organe de regroupement des

partenaires et financeurs en région (en Franche-Comté, essentiellement Assurance maladie et État), de pilotage des actions, et à l'articulation du développement du PRSP avec les partenaires externes au GRSP.

Un second groupe de questions porte sur la mise en œuvre et l'implantation du PRSP. Il s'agit d'appréhender à la fois les modalités de fonctionnement internes – comment le pilotage régional et les actions soutenues sont sélectionnées, en cohérence avec les priorités régionales et les plans nationaux par exemple, mais aussi en cohérence avec les politiques interinstitutionnelles.

Afin d'observer ces fonctionnements au plus près de la réalité et d'apprécier l'implantation, au niveau local, du PRSP trois thèmes sont privilégiés : deux thèmes transversaux – « précarité » et « personnes âgées » –, un thème spécifique : « risques environnementaux liés au travail et à l'habitat ». Ils ont fait l'objet de questionnements auprès d'acteurs spécialisés, dans des zones géographiques retenues par le comité d'évaluation : les zones d'emploi de Belfort, Champagnole et Lure-Luxeuil. Plus que de procéder à un recueil exhaustif des actions et des avis sur chaque territoire, il s'est agi surtout, au travers d'expériences de terrain, de renseigner l'articulation entre les programmes, de comprendre les dynamiques partenariales, et d'apprécier l'implantation du PRSP au niveau local.

L'impact du PRSP et du GRSP sur les partenariats, sur les actions, sur les promoteurs a également été recherché.

Premier axe d'évaluation : Conception et articulation interne-externe du programme, des objectifs entre eux, des objectifs et des réalités, de ce programme et des autres plans de santé de la région

L'élaboration de la loi de santé publique de 2004 d'abord et l'élaboration du PRSP ensuite ont été l'occasion de produire différents bilans thématiques et diagnostic plus généraux sur l'état de santé dans la région. Conformément à la circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique, le diagnostic régional partagé devait s'articuler autour de trois axes majeurs : le diagnostic régional sur l'état de santé, le bilan des programmes et plans existants, le diagnostic régional sur les ressources.

Comme dans l'ensemble des régions, et pour respecter les directives, la Franche Comté a conduit un travail de diagnostic préalable à la définition de la politique de santé publique. Ce travail, réalisé à la demande de la Drass, a été alimenté par différents documents dont certains ont été élaborés pour le PRSP d'autres de façon

1. N° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. L'article L. 1411-11 du Code de la santé publique prévoit l'évaluation du PRSP

Méthode

Plusieurs recueils complémentaires ont été conduits pour répondre aux questions posées. Ces différentes collectes ne sont pas propres à chacune des interrogations, mais apportent des réponses à plusieurs axes à la fois.

Exploitation de la base de données nationale « Briques »

Afin d'appréhender la répartition des actions financièrement soutenues par le GRSP – selon les priorités régionales, selon les zones géographiques de la région –, et de connaître la liste des promoteurs, les actions déposées à l'appel d'offres, celles retenues, les actions présentant des cofinancements, la base de données nationales des actions de santé publique a été étudiée. Elle a été complétée par des informations colligées au niveau du GRSP.

Outil de gestion des actions de santé publique, la banque de données Briques proposée par la Direction générale de la santé permet un suivi annuel des PRSP des régions. Les données saisies dans « Briques » caractérisent l'action : informations générales et promoteur, thèmes et localisation, typologies de territoire et partenaires opérationnels, populations cibles, modalités d'intervention, données budgétaires.

Compte tenu du calendrier de l'évaluation, commandée en mai 2008, dont les résultats étaient attendus en décembre 2008, l'ORS a exploité les bilans disponibles sur le système d'information des PRSP, pour la région Franche-Comté, en 2007.

Étude des documents témoins de l'activité du GRSP

Différentes questions de l'évaluation portent sur le fonctionnement du GRSP (pilotage de la mise en œuvre du PRSP, gouvernance du GRSP, coordination avec les partenaires œuvrant pour le PRSP). Pour saisir la dynamique de l'activité du GRSP, des documents (comptes-rendus de réunion, documents de synthèse, listes d'émergence, convention...) ont été collectés.

Recueil d'indicateurs

La demande du Comité d'évaluation de focaliser sur différents territoires présentant des particularités sur des aspects précis a nécessité le recueil d'un certain nombre d'indicateurs de santé portant sur des thématiques ciblées : personnes âgées, précarité, offre de soins et risques liés à l'habitat et au travail. Les données sont issues de nombreuses sources : plate-forme sociale, bases de données Score-Santé, Écosanté, Insee,

Drass... Ces données ont permis de classer les zones d'emploi selon leur position, favorable et moins favorable, et de choisir trois zones d'emploi.

Parallèlement, un état des lieux des acteurs impliqués sur les 3 thématiques a été réalisé, pour les 3 zones d'emploi choisies, afin d'identifier les actions financées hors GRSP. Il repose en partie sur les entretiens menés auprès des membres du GRSP, des institutions contribuant au PRSP, et sur des sollicitations plus locales.

Une enquête par voie postale auprès des porteurs d'actions

Cette enquête porte sur l'articulation entre GRSP et autres financeurs dans la mise en œuvre des actions du PRSP, les zones géographiques d'intervention des porteurs d'action au titre du GRSP, l'impact du PRSP et du GRSP sur les porteurs d'actions et leurs structures.

Elle s'adresse aux porteurs d'action ayant déposé une demande de financement au GRSP en 2007. Le questionnaire a été testé puis adressé, par mail et par voie postale, accompagné d'une lettre de mission de la Drass. Compte tenu du calendrier, l'enquête est intervenue au moment où les promoteurs attendaient les décisions de financement 2008 du GRSP.

Parmi les 124 promoteurs sollicités, 10 n'étaient concernés que par l'appel à projets 2008 et ont été exclus. 69 questionnaires ont été retournés sur les 114 attendus, soit une participation de 60 %. Ce taux est plus élevé pour les porteurs d'actions ayant obtenu un financement du GRSP (67 %) que pour les autres (30 %).

Enquête auprès des « référents thématiques », experts régionaux sur des thématiques précises, et « instructeurs départementaux », c'est-à-dire professionnels membres des institutions partenaires du GRSP, évaluateurs au niveau de chaque département des projets déposés pour demande de financement au GRSP.

Cette partie porte sur les modalités de choix des actions, d'articulation et de coordination entre les référents thématiques et les instructeurs. Il s'agit de recenser des actions instruites refusées et d'autres financées par le GRSP en 2007, d'objectiver les procédures d'instruction des projets proposés au financement du GRSP par les porteurs d'actions, les modalités de sélection des projets, les outils utilisés, d'apprécier l'articulation entre les thématiques, entre le PRSP et les autres politiques de santé, la cohérence entre

les actions du PRSP financées par le GRSP et hors GRSP. Parmi ces procédures, les outils de suivi et d'évaluation des actions sont également pris en compte. L'évaluation intermédiaire doit aussi préciser la notion de zones « déficitaires » (zones peu ou non couvertes en termes d'actions) selon que l'on se situe au niveau des actions soutenues par le GRSP, ou plus largement des partenaires concourant aux objectifs du PRSP. Enfin, l'impact du GRSP sur les promoteurs et le partenariat institutionnel est recherché au cours de cette enquête.

Des questionnaires ont été envoyés par voie postale en juin 2008 aux 14 référents thématiques (moins les référents des 3 thématiques d'intérêt sollicités par entretien, et de la thématique « Veille sanitaire » non concernée par l'appel à projets), et aux 9 structures départementales (CPAM, Ddass, MSA...), auxquelles appartiennent les 12 instructeurs départementaux. 12 questionnaires « référents » ont été retournés sur les 14 attendus, et 6 questionnaires « instructeurs départementaux » sur les 9 attendus.

Entretiens

24 entretiens auprès des membres du GRSP portant principalement sur trois grandes thématiques :

- La conception et l'élaboration du programme : il s'agit du niveau de participation de l'institution dans l'élaboration du plan, d'un recueil des points de vue sur la pertinence d'une approche territoriale en termes d'actions mises en œuvre ;
- Le pilotage et la mise en œuvre du PRSP : il s'agit de l'implication dans la mise en œuvre du PRSP (poids dans le pilotage, ressources investies...), les modalités de collaboration, l'articulation entre le GRSP et les autres institutions, les faiblesses et les points forts du pilotage ;
- L'impact du PRSP : les points de vue sur le PRSP (en termes d'outil fédérateur et d'élément structurant de la politique de santé publique).

Les perspectives, et notamment les attentes et les améliorations à apporter à la politique régionale de santé publique, sont également prises en compte.

50 entretiens auprès d'institutions concourant à la mise en œuvre du programme régional de santé publique

Ils concernent l'articulation entre politique de l'institution et PRSP, la cohérence des ressources investies entre le GRSP et la structure, l'impact du PRSP sur la structuration de la politique de santé et celui du GRSP sur le partenariat institutionnel. **F**



parallèle. Malgré ces nombreuses sources de données, le sentiment dominant face à cette étape diagnostic est celui d'informations fragmentées non partagées dans les territoires, indiquant leur manque d'appropriation.

Le PRSP a réuni les priorités des partenaires, mais n'est pas parvenu à offrir aux acteurs une vision claire et précise des priorités régionales de santé publique. Il est par conséquent jugé trop vaste au vu de la diversité des thèmes abordés et à l'origine d'une dispersion des actions conduisant à une dilution des moyens.

L'architecture du PRSP favorise les liens entre thématiques, mais l'articulation des actions est jugée complexe. Du côté des porteurs d'action qui n'ont pas été associés et précisément informés des changements de procédures et de leur impact sur les financements, une confusion règne dans les circuits de dépôt des dossiers. De leur côté, les référents et les instructeurs témoignent du manque d'outils pour un traitement coordonné et transversal des actions. Il leur semble actuellement difficile d'intégrer des niveaux d'information successifs (plan national, priorités régionales, besoins et financements locaux par des partenaires non représentés dans le GRSP, bilan d'évaluation des actions, et caractère transversal de certaines actions ciblant à la fois des populations et des thématiques). Certaines thématiques, « personnes âgées », « nutrition » par exemple, s'inscrivent plus facilement dans une collaboration inter-programmes que d'autres.

En dépit de l'intérêt de ces différentes informations tant dans l'instruction d'un dossier de demande de financement d'action que dans le suivi objectif des différentes priorités régionales, leur collecte nécessite des moyens à développer en région.

Le PRSP rassemble des programmes³ et les intègre à des degrés divers de la prévention et des soins, qui pourtant restent cloisonnés. On relève une articulation insuffisante entre le PRSP et les collectivités territoriales : pas de cohérence entre les schémas médico-sociaux départementaux et le PRSP, peu de recoupements entre la prévention sanitaire et les compétences du conseil régional. Ponctuellement, à travers des actions et des thématiques précises, des financements et des collaborations ont lieu.

En Franche-Comté, pas de territoire de proximité, d'espaces de concertation communs, d'équipe en charge de l'animation du plan dans les départements n'ont été définis par le GRSP. L'approche infrarégionale de la mise en œuvre du PRSP existe dans les procédures d'instruction des dossiers de demande de financement. Elle se concrétise à travers la position des instructeurs départementaux, choisis pour garantir une connaissance des partenaires institutionnels et des porteurs d'action dans les départements. Des dynamiques locales préexistaient au PRSP et elles se

3. Préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA), Éléments du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), Programme régional commun de l'Assurance maladie (PRCAM), Programme national nutrition santé (PNNS).

sont poursuivies. L'articulation entre les collectivités territoriales locales et la mise en œuvre du PRSP reste insuffisante et complexe, car certains objectifs du PRSP rejoignent directement l'action des conseils généraux (par exemple, la qualité de vie des personnes âgées) et les actions qui en découlent sont très soutenues par ces collectivités alors qu'elles sont peu valorisées et connues par les partenaires du GRSP.

Au sein de cet axe, les inégalités territoriales ont une place particulière. En effet, les objectifs du PRSP n'ont pas intégré la réduction de inégalités géographiques dans les sous-thèmes privilégiés, et la question du pilotage territoriale de l'action n'a pas fait l'objet d'une réflexion ou d'un maillage institutionnel. Les inégalités territoriales se sont révélées au fur et à mesure du développement du PRSP et lors de l'appel à projets du GRSP constatant le manque d'opérateurs dans certaines zones présentant des besoins d'actions spécifiques.

Comme il a été évoqué précédemment, la difficulté d'accès aux diagnostics sur les besoins de santé et aux indicateurs dans certaines zones et/ou pour certaines thématiques rend difficile la connaissance des inégalités de santé, l'estimation des besoins réels et, par conséquent, la réduction de ces inégalités. D'après les institutionnels, les promoteurs ne fondent pas toujours leurs actions sur un diagnostic local ; les disparités locales de santé ne sont pas toujours connues.

Les membres du GRSP ont été confrontés à un manque d'informations sur, notamment, des publics précis tels que le nombre des personnes précaires exclues de certains schémas ou qui n'entrent pas dans une catégorie, comme les travailleurs pauvres. En écho à cette absence de données, l'évaluation des besoins a semblé difficile voire impossible. Cette situation a conduit à privilégier le soutien d'actions pour lesquelles un état des lieux avait été réalisé. De cette situation est né le constat du renouvellement d'actions souvent tournées vers le même public, connu des acteurs de terrain. Ainsi, dans les zones étudiées, les actions sont généralement menées auprès des populations précaires des quartiers urbains, en lien avec les centres communaux d'action sociale. Dans le Jura, la thématique « précarité » est essentiellement abordée à travers les thématiques santé mentale et addictions, mais ne porte pas sur des publics précaires en tant que tels.

Parmi les inégalités de santé et de territoire, les populations non mobiles dans les zones désertées par les professionnels de santé et les problèmes de répartition de l'offre de prévention et de soins sont particulièrement citées par les professionnels à la fois comme nécessitant des actions et comme étant difficiles à cerner du fait d'un manque d'informations.

Axe 2 : Mise en œuvre et implantation du PRSP

Le PRSP est considéré comme une mécanique administrative « lourde ». Le GRSP est centré sur la gestion de l'appel à projets, qui a nécessité le déploiement d'outils complexes, peu adaptés aux réalités de terrain.

Le dossier de demande de financement de Subvenet® , rempli par les promoteurs, ne permet pas au GRSP d'avoir une vision globale des actions.

Parmi ces outils, un support utile lors de l'instruction des demandes des porteurs d'actions est la grille de lecture des dossiers. Toutefois, celle-ci n'est pas appliquée de façon homogène entre les instructeurs et référents... ce qui est source d'inégalités de traitement des projets.

La fiche d'évaluation des actions n'informe pas sur la réalité des actions mises en œuvre. Elle ne permet pas un retour sur la qualité et l'efficacité de l'action. La multiplicité des financements rend complexe la lisibilité des actions.

La phase d'instruction mobilise de nombreux acteurs intervenant à différentes étapes. L'atout majeur est l'investissement de ces acteurs. Les référents thématiques régionaux et les instructeurs départementaux constituent les principaux relais et les points forts de la procédure ; les référents assurent la cohérence des actions inscrites dans leur thématique et les instructeurs apportent leur connaissance du terrain. Le déficit de communication (entre GRSP et promoteurs) est à l'origine d'incompréhension et de mécontentement des porteurs de projets, qui reprochent l'absence de motivation des refus et regrettent la disparition du travail de proximité avec les instructeurs.

Au sein des 3 sites, l'implantation du PRSP est très hétérogène. Au sein du Territoire de Belfort, le volet santé du contrat urbain de cohésion sociale, inspiré d'un des axes du PRSP, contribue à une appropriation du PRSP par les opérateurs. Pourtant ces derniers le jugent peu lisible, en raison du foisonnement de programmes (nationaux et régionaux) à prendre en compte et du nombre d'objectifs qu'il comporte.

Les actions de santé publique bénéficient fréquemment de cofinancements de partenaires soutenant les dynamiques de prévention, ce qui ne favorise pas la lisibilité des actions. L'existence de cofinancements est loin de garantir la coordination entre l'action de l'État et des collectivités territoriales. Or des liens et des volontés sont signalés dans ce sens. Le conseil général du Jura estime pouvoir réaliser des liens avec le GRSP à travers le programme départemental d'insertion (PDI) concernant la précarité.

Les 3 thématiques étudiées ont montré une implication importante des villes. Sur la zone de Champagnole, la municipalité, en lien avec le CCAS, le centre local d'information et de coordination (CLIC), développe des actions de prévention à un niveau collectif auprès des personnes âgées. Les schémas départementaux en faveur des personnes âgées guident l'action de santé publique au sein des 3 territoires. Le conseil général est le principal financeur des actions en direction des personnes âgées, mais ces actions ne sont pas nécessairement inscrites dans le PRSP et ne sont pas systématiquement portées à la connaissance des partenaires du GRSP. Toutefois, des cofinancements existent avec le

GRSP lorsque les actions s'inscrivent dans les objectifs prioritaires du PRSP.

En dépit de besoins mentionnés, l'étude indique une faible implication du PRSP sur les thématiques « personnes âgées » et « précarité » en Haute-Saône (excepté les ateliers santé jeunes du comité départemental d'éducation à la santé – Codes). L'offre de prévention est axée sur la thématique des addictions et du sida sur ce territoire.

La disparité des acteurs et la diversité des prestations proposées sur le thème « risques liés à l'habitat et au travail » rendent l'offre de prévention opaque et peu lisible de l'extérieur. Les opérateurs intervenant dans le champ de l'habitat et de la santé au travail méconnaissent le GRSP.

L'ambiguïté ressentie à propos de l'entité responsable du suivi et de l'évaluation du plan (CRS ou GRSP), ainsi que le manque de personnel ont limité le suivi du plan à un bilan intermédiaire de mise en œuvre du PRSP sur chacune des thématiques du PRSP réalisé en novembre 2007 par le GRSP, sans l'appui d'un groupe Programme études et statistiques⁴.

Axe 3 : Impact du PRSP

Le plan est considéré comme un programme en devenir, avec des actions, plutôt que comme une politique de santé publique sur laquelle s'appuyer. Il ne transcende pas les autres programmes régionaux et locaux existants. Le manque de communication, le défaut d'approche territoriale, le déficit de pilotage et d'animation n'ont pas facilité son appropriation par les acteurs en tant qu'outil collectif.

Les institutionnels l'expliquent par la multitude des thématiques soutenues, la dispersion des acteurs, la faiblesse des financements au regard des objectifs affichés, tous ces constats conduisant à un morcellement des actions. Ce plan est principalement utilisé, par les promoteurs et les référents/instructeurs qui s'y réfèrent, lors de l'appel à projets. Pour les partenaires extérieurs, et notamment les collectivités territoriales, le plan est considéré comme une « déclaration de bonnes intentions ».

En dépit d'une volonté du GRSP de fédérer l'ensemble des acteurs en santé publique de la région, il n'a pas prouvé sa capacité à créer de nouveaux partenariats ou à rassembler de nouveaux partenaires autour des objectifs du PRSP. Les partenariats actuels préexistaient au GRSP. La plus-value du GRSP s'exprime par la volonté d'une approche transversale et la coordination entre l'action des promoteurs.

Les collectivités territoriales ne se retrouvent pas dans les modalités de mise en œuvre du plan et les processus de prise de décision du GRSP. Les points de divergence concernent : les modalités d'attribution des financements, les exigences des calendriers, l'approche territoriale.

4. Prévu dans la circulaire PRSP de septembre 2004.



Sur le terrain, le partenariat institutionnel est variable. Le Territoire de Belfort présente un dynamisme des acteurs des champs de la santé publique et du social. La coordination des professionnels autour du CCAS/SMS contribue à une cohérence des actions menées. La collaboration entre les partenaires est favorisée par la taille du département, et par l'inscription des acteurs sur des actions spécifiques, coordonnées (ex : Ateliers santé ville).

Au sein de la zone d'emploi de Lure-Luxeuil, en raison du manque de moyens financiers, certains constatent le repli des acteurs sur eux-mêmes et le risque d'une plus forte concurrence et/ou de la disparition des associations.

Au sein de la zone d'emploi de Champagnole, les acteurs locaux du champ sanitaire et du social se coordonnent pour mettre en place les actions auprès des personnes âgées et de la population précaire, mais on note un manque de diversification des actions.

Évolution des pratiques professionnelles et des partenariats dans le domaine associatif

Au sein des porteurs d'actions, l'émergence de nouvelles formes de collaboration a été constatée : mutualisation de moyens et d'actions ou partage des champs d'intervention. Le contenu des projets proposés reste majoritairement inchangé. Ainsi, au sein de la zone d'emploi de Champagnole, on remarque un certain manque de diversification des actions destinées aux personnes âgées et à la population précaire sur le territoire (ateliers), alors que des besoins d'outils pour rompre l'isolement sont mentionnés. Sur les 3 territoires, un déficit d'offre de prévention est signalé dans les zones éloignées des pôles urbains, sans que des réponses soient proposées.

Les promoteurs ont le sentiment de ne pas pouvoir se positionner sur de nouveaux projets, craignant que cela n'affecte le financement de leur structure. Le cadre imposé du PRSP, la politique du GRSP, peu dirigée vers l'impulsion d'actions, l'incertitude des financements, le calendrier serré, l'insuffisance de discussion avec les instructeurs, freinent la proposition de nouveaux projets sortant du canevas habituel.

Points marquants

La région Franche-Comté est vieillissante et présente des densités de population qui varient fortement d'une zone à l'autre. Elle est confrontée sur certains de ses territoires à un manque d'opérateurs qui participent directement aux difficultés à diversifier les actions.

La réunion de partenaires institutionnels et de financeurs au sein du GRSP constitue une avancée en matière de coordination de l'action de ces partenaires, mais elle a provoqué, du côté des porteurs d'actions, des bouleversements dans les filières de financement, dans le suivi de leur action qui représente pour certains une charge administrative difficile à prendre en compte. En outre, le GRSP de Franche-Comté, principalement composé des représentants de l'État et de l'Assurance

maladie, se heurte à la difficulté de consolider une vision plus vaste de l'action de santé publique dans la région du fait du manque d'informations relatives, notamment, aux actions de santé publique soutenues par les collectivités territoriales.

La Franche-Comté, faute de moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une animation territoriale du PRSP est confrontée à un manque d'informations ressenti par les acteurs, au niveau des territoires. Enfin, on note, parmi les attentes et les besoins soulignés par les institutionnels, des attentes autour de la professionnalisation des promoteurs d'action et en matière d'évaluation des actions.

Conclusion

Des propositions à débattre

Sur les modalités d'intervention du GRSP et de suivi des actions

En vue de répondre aux constats et aux besoins mentionnés, la création d'outils de suivi des objectifs du PRSP et des actions correspondantes a été demandée. La question de l'information apparaît centrale, tant dans l'amélioration de la connaissance que dans l'appropriation des données, par les acteurs, en vue de réaliser notamment, des bilans thématiques sur une zone géographique donnée.

D'après les personnes interrogées, les modalités de financement du GRSP gagneraient à être organisées différemment en vue de sécuriser les acteurs, d'orienter les projets sur des objectifs et des territoires, et afin de mobiliser les porteurs de projets d'action sur des cibles très précises. Ainsi, trois enveloppes pourraient être envisagées : la mise en place de conventions d'objectifs et de moyens avec des opérateurs contribuant à la mise en œuvre d'un socle permanent d'actions de santé publique, un appel à projets, et la réponse à des commandes précises émanant des institutions.

Sur l'action des partenaires du PRSP et la transversalité

Si la transversalité a bien été pensée lors de l'organisation du GRSP et à l'occasion de l'examen des dossiers, sur le terrain, elle se heurte à des fonctionnements opposés. Dans cette idée, il conviendrait de clarifier et coordonner les attributions et les financements des actions des conseils généraux et des Ddass afin de favoriser les collaborations. De même, le renforcement des liens entre politique de prévention et de soins, entre sanitaire et social apparaît indispensable. Au niveau infrarégional, des relais territoriaux du GRSP et du PRSP doivent être définis afin de développer une coordination de l'action de santé publique, de son financement, en recherchant la complémentarité des institutions dans la politique de santé publique locale.

Parallèlement, afin de soutenir le rôle des experts donnant un avis sur l'intérêt du financement d'une action, il convient de leur donner les outils d'information sur l'actualité de leur thème et de leur zone, sur les

différents plans nationaux et les actions localement en cours sur leur sujet d'expertise.

Sur les questions de territoires

La question des territoires demande à penser une politique régionale permettant aux territoires de définir leurs priorités d'action, dans le respect d'objectifs régionaux plus généraux. Cette modalité permettrait à chacun de donner du sens à son action, et de renforcer la cohérence entre le territoire, la politique et les moyens. Il s'agit de renforcer le rôle du GRSP en tant qu'animateur de la mise en œuvre du PRSP. Pour cela, des réunions de concertation régulières entre les partenaires départementaux, rendant leurs conclusions au niveau régional,

pourraient être prévues. Elles pourraient être complétées par des rencontres de territoire biannuelles afin d'assurer le suivi des besoins, des financements et des actions, et en vue de planifier les actions à mettre en œuvre, sur des périodes pluriannuelles si besoin.

Plus généralement, il s'agit de développer une culture de santé publique et d'évaluation parmi les acteurs de santé publique, de former les partenaires médicaux à leur rôle en santé publique et à l'accès à l'information épidémiologique, et de garantir, au sein du programme régional de santé, une adéquation de l'offre de prévention à la population avec le même souci que l'attention portée à l'offre en matière de soins. **F**

Les observatoires régionaux de la santé impliqués dans le diagnostic préalable à l'élaboration des PRSP et dans la mise à disposition d'indicateurs de suivi

En complément du travail présenté par l'observatoire régional de la santé de Franche-Comté, la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé a souhaité mener une enquête auprès de l'ensemble des ORS pour identifier leur participation à l'évaluation ou au suivi du plan régional de santé publique (PRSP) dans leur région.

Cette enquête a montré que près des trois quarts des ORS répondants (17/23) ont été partie prenante du diagnostic réalisé en vue de l'élaboration du PRSP. En outre, dix ORS ont participé à l'élaboration du PRSP : ceux-ci avaient tous été impliqués au niveau du diagnostic préalable au PRSP.

Les observatoires de la santé ont été sollicités au niveau de l'élaboration des indicateurs de suivi du PRSP dans onze régions. Tous les observatoires qui ont élaboré ces indicateurs les renseignent à une exception près. De plus, sept autres

observatoires ont également produit des indicateurs de suivi sans avoir toutefois participé à leur élaboration.

Douze ORS ont déclaré participer ou avoir participé à l'évaluation du PRSP dans leur région. Parmi eux, quatre observatoires ont été impliqués dans l'évaluation finale du PRSP alors que les huit autres ne sont intervenus qu'au niveau d'une évaluation intermédiaire. Seul un des ORS participant à l'évaluation finale a indiqué qu'il était également intervenu dans un processus plus large, ayant également été impliqué dans une évaluation intermédiaire.

L'enquête a permis de relever que huit observatoires ont été intégrés dans l'instance de pilotage de l'évaluation du PRSP quand celle-ci était effectuée par un autre organisme ou collectivement. Cette implication collective a en effet été retrouvée dans une région, avec un comité de pilotage qui a réalisé lui-même l'évaluation. Dans quatre de ces régions,

l'ORS a alors contribué à l'évaluation intermédiaire. Lorsque l'ORS participe à l'instance de pilotage de l'évaluation, cette dernière est menée par un bureau d'études privé dans cinq régions, par le groupement régional de santé publique dans deux régions et par l'instance de pilotage elle-même comme évoqué précédemment.

Au-delà de la partie concernant l'évaluation du PRSP, des questions de même type concernaient la participation des ORS à l'évaluation d'autres programmes. Sept observatoires ont apporté des réponses dans ce domaine traduisant leur implication dans l'évaluation de dix-sept plans ou programmes différents au niveau régional : plan régional santé-environnement, plan régional d'accès à la prévention et aux soins, Plan cancer, plan régional de la qualité de l'air, plan régional d'élimination des déchets ménagers et assimilés, plan régional suicide, plan régional santé travail. **F**



Évaluation en prévention : les études faites à l'INPES

Philippe Guilbert

Directeur-adjoint des affaires scientifiques

Pierre Arwidson

Directeur des affaires scientifiques

Enguerrand Rolland

Du Roscoat

Psychologue, chargé d'études et recherche

Viet Nguyen-Thanh

Chargée d'études et de recherche téléphonie-santé

INPES

La prévention en santé correspond à la mise en œuvre d'actions réglementaires, d'informations ou à la création de services dont l'objectif est de contribuer à améliorer la santé de la population. Il n'y a pas de réelle spécificité dans l'évaluation des actions de prévention par rapport à celle d'autres dispositifs en faveur du public. Une particularité existe néanmoins : il s'agit de la proximité de ce champ avec le monde du soin, dans lequel les essais thérapeutiques médicamenteux représentent la méthode de référence en évaluation. C'est probablement pour cela que, dans la littérature scientifique, il y a tant d'expérimentations scientifiques d'interventions préventives, richesse que l'on ne retrouve pas dans d'autres secteurs de l'action publique. Toutefois, la méthode expérimentale ne répond qu'à une partie des questions évaluatives auxquelles il est nécessaire de répondre.

L'évaluation dans le champ de la prévention est réalisée selon une diversité de méthodes choisies en fonction de la nature de la question posée. Il peut s'agir d'un protocole de recherche expérimentale comme l'essai contrôlé randomisé (ECR), qui permet en théorie de répondre à la question : quel est, « toutes choses égales par ailleurs », l'impact d'une intervention comparée à une autre ? Il peut s'agir d'une enquête de satisfaction (quel est le jugement des usagers sur un service ?), en passant par l'utilisation d'approches inspirées du marketing pour évaluer les campagnes médiatiques (quelle proportion du public a été touchée par une campagne, ce public a-t-il compris la campagne, etc.), par l'évaluation de la qualité du déroulement des actions de prévention.

Si l'évaluation de l'impact d'une action est indispensable, elle ne se suffit pas car, à l'image du soin où le meilleur médicament est sans effet si le patient refuse de le prendre, la meilleure action de prévention l'est tout autant si elle n'est pas correctement mise en œuvre. Il est donc aussi important, par exemple, d'évaluer la qualité d'un circuit de diffusion que l'efficacité d'un document de prévention. Bien que, dans la littérature scientifique, la mesure de l'impact privilégie les méthodes d'évaluation de type ECR, en pratique la majorité des actions ne sont pas évaluées selon ce protocole car la mesure des effets propres d'une action est très compliquée à mener en prévention, bien davantage que dans le domaine du soin.

À l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) comme ailleurs, une majorité des actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé bénéficient d'une évaluation. Ces évaluations, qui ont lieu principalement après, voire avant, la mise

en œuvre d'une action, se font le plus souvent par le biais d'enquêtes quantitatives par quotas (rarement par tirage aléatoire) ou qualitatives (réunion de groupe et/ou d'entretiens individuels).

Nous présenterons dans cet article, en guise d'exemple de ce qui est habituellement fait à l'INPES en matière d'évaluation, les évaluations des campagnes de lutte contre le tabagisme ainsi que les développements méthodologiques récemment mis en œuvre. Nous évoquerons par ailleurs l'importance d'augmenter la mise en commun des méthodes et des réflexions en matière d'évaluation des actions prévention.

L'évaluation de routine : l'exemple des campagnes de lutte contre le tabagisme

Cette évaluation repose à la fois sur la collecte d'indicateurs généraux, dont les variations résultent d'un ensemble d'actions plus ou moins identifiables, et sur celle d'indicateurs spécifiques dont l'évolution des valeurs est directement liée à une action de prévention identifiée. Les indicateurs généraux sont constitués des données de vente de tabac, de substituts nicotiques, de trafic sur la ligne « Tabac info service » qui sont rassemblés par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, ainsi que des données déclaratives de consommation issues d'enquêtes nationales représentatives comme les Baromètres santé. Les variations observées sur ces indicateurs sont la résultante de plusieurs facteurs : d'une part, l'évolution du nombre et de la structure de la population et, d'autre part, d'effets résultant des actions de prévention (quel qu'en soit l'émetteur) et des actions de promotion du tabac mises en place par les cigarettiers dans les interstices de la loi Evin ou via les médias internationaux comme Internet.

Les indicateurs spécifiques des campagnes de communication sont les enquêtes réalisées avant et/ou après leur réalisation (on parle de pré- ou post-test). Dans le cadre de post-test, nous interrogeons après chaque vague de campagne un échantillon d'environ 1 000 personnes de 15 ans et plus, représentatif de la population française selon la méthode des quotas pour les variables : sexe, âge, profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS), zone urbaine et région. Le questionnaire a pour objectif principal de mesurer les performances publicitaires d'une campagne média, c'est-à-dire son potentiel d'efficacité.

Les critères d'efficacité retenus, hérités du modèle séquentiel de McGuire [19] et communs à l'ensemble des post-tests sont les suivants : l'attention, le traitement et la compréhension des informations, le rappel, le jugement et le comportement. Ces dimensions suivent

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 63.

les étapes logiques par lesquelles une communication peut atteindre l'efficacité. Pour qu'une campagne ait une efficacité, encore faut-il (1) qu'elle soit remarquée, (2) que les informations communiquées fassent l'objet d'un traitement – lecture, écoute –, (3) que celles-ci soient comprises, (4) qu'elles soient jugées comme crédibles et/ou pertinentes et (5) que ces informations restent accessibles en mémoire. À ces conditions, (6) un changement ou l'adoption d'un nouveau comportement peuvent être envisagés. Les indicateurs 1, 2 et 4 font partie d'un même *continuum* de traitement de l'information, le rappel de l'information témoignant, au-delà de son aspect fonctionnel (disposer d'informations ou de connaissances pertinentes au moment nécessaire), du niveau d'attention porté au message.

La mesure du comportement est le plus souvent approchée par l'intention comportementale ou par les *incitations à faire* telles que déclarées dans les post-tests. L'intention comportementale, quand elle est mesurée de façon très spécifique (plutôt que de demander « *avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer ?* », on préférera « *avez-vous l'intention de vous arrêter de fumer au cours des sept prochains jours ?* ») est l'un des meilleurs prédicteurs du comportement [13]. Le comportement ou l'*incitation à faire* visés par la campagne sont aussi observables, sans confusion possible, lorsqu'il s'agit de promouvoir des lignes téléphoniques, des documents d'information, ou encore d'inciter à des actes médicaux. Il est alors aisé de suivre, à travers notamment l'évolution du nombre d'appels téléphoniques, de commandes de documents et très probablement de consultations auprès des professionnels de santé (cf. les signatures de certains spots : « *pour en savoir plus, appelez la ligne, rendez-vous sur le site, commandez la brochure,*

parlez-en à votre médecin...») avant, pendant et après les campagnes de prévention.

Nous donnons en exemple, figure 1, un graphique avec les scores de reconnaissance selon le statut tabagique du répondant des dernières campagnes réalisées par l'INPES où l'on constate de sensibles variations d'une création à l'autre.

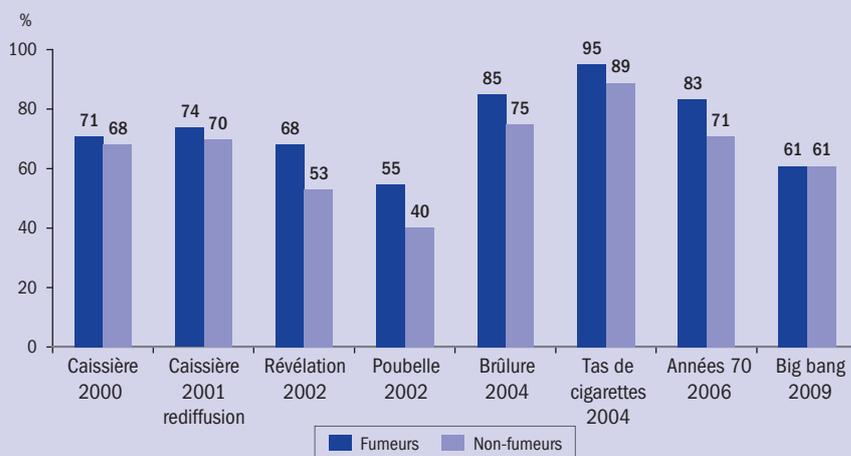
La compilation de l'ensemble de ces indicateurs dans une même base de données permet de suivre l'évolution de l'efficacité des campagnes au cours des années en fonction de leurs caractéristiques (temps de diffusion, médias utilisés, pression médiatique) et en fonction des caractéristiques des cibles auxquelles elles s'adressent (âge, sexe, PCS, comportements). Afin de déterminer quels sont les principaux déterminants des performances des campagnes sur les différents indicateurs retenus, il convient également de s'adosser aux modèles développés dans le champ de la persuasion (persuasion publicitaire, marketing, communication des risques). Ces derniers définissent un certain nombre de facteurs susceptibles de conditionner l'efficacité persuasive d'un message en fonction des objectifs poursuivis. Il est par exemple différent de communiquer sur les dangers du tabac (cadrage négatif du message) et de communiquer sur les bénéfices de l'arrêt du tabac (cadrage positif). Il conviendrait alors de comparer les scores obtenus sur les indicateurs d'évaluation (mémorisation, incitation) selon les caractéristiques persuasives des messages dans les campagnes.

Vers un approfondissement des méthodes d'évaluation

Récemment, plusieurs types d'évaluation d'action de prévention se sont développés à l'INPES. Nous verrons

figure 1

Scores de reconnaissance des campagnes de lutte contre le tabagisme de l'INPES de 2000 à 2009 selon le statut tabagique du répondant (en pourcentage)



Source : Wilquin J.-L. (INPES), données non publiées.



les enquêtes avant-après, les ECR et les évaluations par territoires.

Les enquêtes avant-après

Certains de nos protocoles d'évaluation utilisent des mesures avant-après sur des échantillons indépendants ou sur des échantillons appareillés (ce sont les mêmes personnes qui sont interrogées avant et après). En 2007, l'évaluation de la diffusion d'un livret sur la dépression, visant la destigmatisation des personnes dépressives et l'amélioration des connaissances, a consisté à comparer, sur un échantillon appareillé, l'évolution des attitudes et des connaissances avant et après la lecture du livret. Par ailleurs, pour améliorer le niveau de preuve des enquêtes avant-après, des variables intermédiaires telles que le niveau d'exposition à la campagne ou le niveau de lecture d'un document ont été introduites dans les analyses. En 2009, la campagne « Nou Pli Fo », visant la destigmatisation des personnes atteintes du VIH/sida dans les départements français d'Amérique, compare, sur la base d'échantillons indépendants, l'évolution des attitudes discriminantes à l'égard des personnes atteintes avant et après chacune des deux diffusions de la campagne (février et juillet 2009).

Les essais contrôlés randomisés (ECR)

L'ECR est une méthode expérimentale qui consiste à comparer des résultats dans un groupe ayant bénéficié d'une intervention et dans un groupe témoin n'en ayant pas bénéficié, l'appartenance à l'un ou l'autre groupe ayant été déterminée aléatoirement. L'avantage de cette méthode est la possibilité en théorie d'attribuer sans erreur l'effet observé à l'intervention testée, puisque les conditions sont rigoureusement contrôlées par l'expérimentateur depuis l'attribution à un groupe jusqu'à la mesure des résultats. L'INPES prépare par exemple un ECR afin d'évaluer l'efficacité de la ligne téléphonique « Tabac info service » en termes d'aide à l'arrêt du tabac : il s'agira de recruter des fumeurs et de les randomiser soit vers un accompagnement normal tel que fourni par la ligne, soit vers une brochure d'information, outil estimé moins efficace que

l'accompagnement. L'enjeu sera de comparer le taux de sevrage dans les deux groupes trois, six et douze mois plus tard. Les limites de cette méthode, outre le temps qu'elle nécessite, tiennent principalement à son caractère expérimental, qui tend à éloigner l'évaluateur de la réalité du terrain.

Les évaluations par territoires

En 2009 également, l'INPES et la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé se sont associés pour mettre en place un protocole d'évaluation comparant les perceptions et compréhensions de la dernière campagne tabac (« Big bang ») selon la zone de résidence des répondants. Le zonage a été effectué selon une typologie des cantons qui prend en compte les taux de mortalité liés au tabagisme et la consommation d'alcool, la densité d'offre de soins, les PCS, l'âge et le niveau des revenus. Les résultats, disponibles en 2010, permettront de mieux connaître l'importance des inégalités sociales de santé dans la perception et la compréhension des actions de communication menées par l'INPES.

Des méthodes et des réflexions à partager

Alors que la demande d'évaluation est omniprésente et ce, à tous les échelons de l'intervention préventive, la difficulté de pouvoir disposer de repères méthodologiques facilement appropriables reste pourtant une constante relevée par les différents acteurs concernés, comme en ont témoigné encore récemment les participants de la session « recherches évaluatives » des journées de la prévention 2009. Dans ce but, l'INPES publie pour la première fois sur son site une sélection d'évaluations d'actions ou de programmes réalisés ou financés en 2007 (<http://www.inpes.sante.fr/evaluation>). Les actions présentées concernent directement les programmes mis en œuvre par l'Institut dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Leur diffusion présente l'intérêt de faire partager des exemples très détaillés d'évaluations d'actions, en ayant le souci de décrire leurs méthodes, leur mise en œuvre concrète, leurs apports et leurs limites dans une situation donnée. **F**