

Évaluation régionale des plans régionaux de santé publique

Quelques repères pour les acteurs

avril 2008

Ministère de la Santé et des Sports
Direction générale de la santé



Auteurs

- Léopold Carbonnel, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, chargé de mission Évaluation, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et Groupement régional de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Patrick Descoins, chargé du système d'information du PRSP, DRASS, Midi-Pyrénées
- Céline Guichard, Caisse nationale d'assurance-maladie
- Dr Françoise Jabot, enseignante-chercheur, École des hautes études en santé publique
- Dr Annie-Claude Marchand, chef du département Partenariat et développement régional, Institut national de prévention et d'éducation en santé
- Arnaud Porte, chargé de missions Prévention et Santé publique, Union régionale des caisses d'assurance-maladie d'Île-de-France
- Pr Emmanuel Rusch, responsable de la formation spécialisée « Suivi et évaluation du PRSP », Conférence régionale de santé du Centre, CHU de Tours
- Oren Semoun, interne en santé publique, en stage à la Direction générale de la santé
- Dr Martine Valadie-Jeannel, médecin inspecteur de santé publique, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Aquitaine
- Noëlle Van Den Bosch, chargée de mission Sida, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales des Bouches-du-Rhône

Coordination des travaux

- Dr Catherine Gerhart, chef de projet Programmation-évaluation, Direction générale de la santé, ministère de la Santé et des Sports

Préface

L'amélioration de la santé de la population française impose une forte ambition pour réduire la mortalité prématurée, lutter contre les inégalités de santé et prendre en compte dans leur globalité les déterminants de la santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique consacre le développement d'une approche programmée et coordonnée visant l'atteinte d'objectifs, fixés à l'avance, en fonction de résultats attendus pour la population.

Dans ce nouveau cadre, le Plan régional de santé publique (PRSP) fixe les grandes orientations de la politique régionale de santé publique et fédère, autour d'objectifs partagés, les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région. Les plans régionaux de santé publique, formellement arrêtés par les préfets de région, sont élaborés, suivis et évalués en lien avec la Conférence régionale de santé, instance de concertation des acteurs et des usagers du système de santé. La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a désormais trouvé son plein déploiement : les 26 plans régionaux de santé publique sont partout mis en œuvre et ils doivent être évalués.

L'amélioration de la pertinence et de la qualité des interventions repose sur l'évaluation des actions menées. C'est pourquoi la Direction générale de la santé a pris l'initiative de soutenir et d'accompagner au plan méthodologique les acteurs régionaux dans le processus d'évaluation des politiques régionales de santé publique, en produisant avec certains d'entre eux ce « guide repère pour les acteurs ».

L'élaboration du document a été rendue possible grâce aux compétences d'une équipe diversifiée et complémentaire, en termes à la fois géographiques et d'origine institutionnelle. Je remercie ici tous les membres de cette équipe pour leur engagement dans ce travail.

Ce guide propose des repères et des orientations à tous les partenaires concernés au niveau régional par l'évaluation du PRSP et présente un rappel des concepts et éléments de méthode en évaluation, le cadre législatif et réglementaire, les enjeux de l'évaluation, un aperçu des principales étapes du processus de déploiement de l'évaluation en région, une série de questions évaluatives.

En revanche, il ne définit aucune démarche normative : il appartiendra à chaque région, en fonction de ses spécificités et de ses priorités, de se saisir des pistes et propositions qui sembleront les plus fructueuses et les mieux adaptées à son propre contexte.



Didier Houssin
Directeur Général de la santé

Avant-propos

Créé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004, le Plan régional de santé publique (PRSP) est l'outil de la politique régionale de santé publique. Il vise à fixer les grandes orientations de la politique régionale de santé publique et à fédérer, autour d'objectifs partagés, les actions des opérateurs et des financeurs de la santé publique dans la région.

Le Groupement régional de santé publique (GRSP), doté d'une autonomie administrative et financière, a pour mission la mise en œuvre opérationnelle des programmes de santé contenus dans le PRSP.

Les plans régionaux de santé publique, arrêtés par les préfets de région, sont élaborés, suivis et évalués en lien avec la Conférence régionale de santé (CRS), instance de concertation des acteurs et des usagers du système de santé, structurée en formations spécialisées.

L'objectif de ce document est d'apporter des repères et de suggérer quelques pistes à tous les partenaires régionaux concernés par l'évaluation du PRSP. Il répond ainsi aux attentes en matière d'accompagnement méthodologique. Il ne propose pas une démarche normative, il appartiendra à chaque région, en fonction de ses spécificités, de reprendre les pistes qui lui sembleront les plus fructueuses. Cela est tout particulièrement vrai pour ce qui concerne le travail de réflexion sur le questionnement évaluatif. Ainsi, le quatrième chapitre du document passe en revue un très large éventail de questions susceptibles d'être explorées au cours de l'évaluation du PRSP. Il n'a pas vocation à être utilisé dans son entier, mais plutôt comme une boîte à outils dans laquelle les acteurs pourront puiser en fonction de leurs besoins.

Ce document est évolutif, ouvert à toute adaptation et s'enrichira progressivement des contributions de tous.

L'élaboration du document s'est appuyée sur une équipe diversifiée et complémentaire à la fois en termes d'appartenance institutionnelle¹ et d'origine géographique², l'administration centrale en assurant la coordination. Il a été soumis pour avis, à des personnes ressources et à des experts en évaluation³.

Après un rappel sur les concepts, le cadre réglementaire et les enjeux de l'évaluation du PRSP, les principales étapes du processus de déploiement de l'évaluation en région sont resituées. Quelques éléments de méthode sont ensuite précisés. Enfin, à partir des interrogations des acteurs, une série de questions évaluatives balaie le champ du questionnement possible pour l'évaluation des PRSP.

1 · GRSP, DRASS, DDASS, CRS, EHESP, CNAM, URCAM, INPES.

2 · Cinq régions : PACA, Centre, Île-de-France, Midi-Pyrénées, Aquitaine.

3 · Notamment la Société française d'évaluation (SFE), Stéphane PAUL (IGAS), Jean TURGEON (École nationale d'administration publique du Québec, co-directeur du Centre de recherche et d'expertise en évaluation).

Table des matières

CHAPITRE I • Cadrage de l'évaluation des PRSP	9
1. Les définitions de l'évaluation	9
1.1. Les caractéristiques de l'évaluation	9
1.2. Le suivi et le bilan	10
1.3. Les activités « voisines » de l'évaluation	10
2. Le champ et les acteurs de l'évaluation du PRSP	11
2.1. Le champ de l'évaluation	11
2.2. Les acteurs et domaines de compétences	12
3. Les enjeux de l'évaluation des PRSP	14
4. Les finalités de l'évaluation	15
CHAPITRE II • Processus, dispositif et étapes clés de l'évaluation	17
1. L'évaluation, une démarche de projet	17
2. Répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation	17
2.1. Le pilotage et le financement de l'évaluation	18
2.2. L'appui à la conduite de l'évaluation : l'instance	18
2.3. La réalisation pratique des travaux d'évaluation	19
3. Les trois phases d'une démarche d'évaluation	20
3.1. La planification de l'évaluation	20
3.2. La réalisation des travaux d'évaluation	22
3.3. Les suites de l'évaluation : la diffusion des résultats	23
CHAPITRE III • Méthodes et outils	25
1. Reconstituer la logique d'intervention	25
2. Le mandat d'évaluation	25
3. Le cahier des charges	26
4. La méthode ou stratégie ou protocole d'évaluation	26
4.1. Le référentiel de l'évaluation	26
4.2. Les critères d'évaluation	27
4.3. Les indicateurs	28
4.4. Les valeurs ou système de référence	29

5. Le recueil et l'analyse des données	29
5.1. Le recueil de données	29
5.2. L'analyse de données	29
6. Les rapports d'évaluation	31
6.1. Les éléments du rapport	31
6.2. La qualité du rapport	31
CHAPITRE IV • Questions évaluatives	33
Axe 1 : Les enjeux et la raison d'être du PRSP	35
1. La raison d'être du PRSP	35
2. Les cibles du plan	36
3. Les objectifs du PRSP	36
Axe 2 : La structuration du PRSP	37
4. Nature et cohérence du PRSP	37
Axe 3 : La mise en œuvre et l'implantation du PRSP	38
5. Faire le bilan des ressources investies (intrants, inputs) et de leur utilisation	38
6. Le pilotage de la mise en œuvre du PRSP	40
7. Les réalisations et atteintes des objectifs opérationnels	42
Axe 4 : Les impacts du PRSP	44
8. Les impacts du PRSP à moyen et long terme	44
9. Le rendement des ressources (efficience)	48
Conclusion	49
Bibliographie	51
Liste des abréviations	53
Annexes	55
1. Charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publics de la société française de l'évaluation	55
2. Exemple de mandat du commanditaire de l'évaluation au président de l'instance d'évaluation	57
3. Exemple de composition d'instance	59
4. Le cahier des charges	60
5. Grille d'analyse des offres de prestations	67
6. Grille détaillée d'analyse de la qualité des offres de prestation	68
7. Exemple d'annexe technique d'un contrat d'évaluation	71
8. Grille d'analyse qualité des rapports d'évaluation	77

CHAPITRE I

Cadrage de l'évaluation des PRSP

CHAPITRE I

Cadrage de l'évaluation des PRSP

1 • Les définitions de l'évaluation

L'évaluation fait appel à de nombreuses disciplines et recouvre des approches variées. Il existe ainsi une pluralité de définitions de l'évaluation, chacune d'elles mettant l'accent sur un aspect particulier, ou la qualifiant par rapport à son objet (évaluation de politiques, de programmes, de projets, de pratiques professionnelles, de réseaux...), ses finalités (évaluation récapitulative ou formative), la discipline principalement mobilisée (évaluation épidémiologique, évaluation économique...), le mode opératoire (évaluation externe, interne, autoévaluation).

Au-delà de cette diversité, un consensus se dessine autour de quelques caractéristiques qui contribuent à distinguer la démarche d'évaluation parmi d'autres activités connexes.

1.1. Les caractéristiques de l'évaluation

L'évaluation est une opération qui repose sur le recueil et l'analyse d'informations afin de formuler un jugement sur une intervention (politique, programme, projet, action...) dans le but d'améliorer cette intervention et/ou d'éclairer la prise de décision. C'est une démarche organisée en plusieurs étapes impliquant un ensemble d'acteurs⁴.

Il est admis que l'évaluation remplit plusieurs fonctions :

- produire de la connaissance ;
- rendre des comptes sur l'action ;
- éclairer le décideur sur les choix à faire ;
- aider au pilotage de l'action publique ;
- produire du changement en vue d'améliorer les actions ;
- permettre un débat avec tous les acteurs ;
- contribuer à faire progresser collectivement les acteurs.

Ainsi, l'évaluation est potentiellement au service de tous les acteurs, qu'il s'agisse des décideurs, des opérateurs, des gestionnaires de programmes ou des bénéficiaires des actions.

4 • Voir Charte de l'évaluation, Société française de l'évaluation, 2006 (cf. annexe p. 55).

Regard international sur l'évaluation

« Évaluer une politique publique, c'est former un jugement sur sa valeur. » Patrick Viveret [1989]

« L'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier, dans un cadre interministériel, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre. » Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998.

« Appréciation systématique et objective d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en cours ou terminé, de sa conception, de sa mise en œuvre et de ses résultats. Le but est de déterminer la pertinence et l'accomplissement des objectifs, l'efficience en matière de développement, l'efficacité, l'impact et la durabilité. Une évaluation devrait fournir des informations crédibles et utiles permettant d'intégrer les leçons de l'expérience dans le processus de décision des bénéficiaires et des bailleurs de fonds. » OCDE [2002]

« L'évaluation de programme est la collecte systématique de données au sujet des activités, des caractéristiques et des effets des programmes, afin de porter des jugements sur ces derniers, d'améliorer leur efficacité et/ou d'être en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet des programmes futurs. » Michael Quinn Patton [1997]

1.2. Le suivi et le bilan

Distinct de l'évaluation, le suivi est indispensable pour le pilotage des projets de santé publique. Il peut être considéré comme un temps 0 de l'évaluation, dans la mesure où les données qui en sont issues, de même que celles provenant des bilans, fournissent des éléments très utiles pour l'évaluation.

Suivi

Le suivi consiste à apprécier périodiquement le degré de déploiement des actions ou activités et à décrire les écarts observés au regard des résultats attendus dans le temps et dans l'espace ou par rapport à une norme. Il repose notamment sur la mise en place d'une observation adéquate, de tableaux de bord et d'indicateurs spécifiques. Il permet de faire des réajustements pour le pilotage des programmes.

Bilan

Le bilan est un constat qui apporte des informations sur les réalisations, voire le contexte ; il n'a pas pour objectif de formuler un jugement. C'est un état des lieux produit souvent par l'auteur de l'action.

1.3. Les activités « voisines » de l'évaluation

Il existe d'autres démarches s'apparentant à l'évaluation. Elles s'en distinguent toutefois au regard de certains critères, notamment les buts poursuivis, l'origine de la commande, la nature du questionnement et les méthodes utilisées.

Contrôle de gestion

Le contrôle de gestion est une démarche de pilotage destinée à améliorer le rapport entre des activités produites et les moyens engagés pour les réaliser.

Démarche qualité

Centrée sur l'amélioration de la qualité des actions et services, la démarche qualité s'appuie sur des références ; elle sollicite la participation et la responsabilisation des professionnels concernés.

Expertise

Étude basée sur le meilleur état de la connaissance, l'expertise est sollicitée pour éclairer la prise de décision ; elle est étayée par un jugement d'experts, lequel est construit de façon autonome par rapport à l'action.

Audit

L'audit est une opération produite par un expert extérieur sur le fonctionnement d'un organisme dont il va apprécier l'efficacité (audit de performance) ou la régularité des comptes (audit financier), sur la base de normes réglementaires ou professionnelles.

Inspection/contrôle

L'inspection est une démarche engagée à l'initiative d'une autorité de tutelle, inscrite dans un cadre réglementaire et destinée à apprécier l'écart entre l'existant et la norme. « L'évaluation se distingue du contrôle en ce qu'elle doit aboutir à un jugement partagé sur l'efficacité de cette politique et non à la simple vérification du respect des normes administratives et techniques⁵. »

2 • Le champ et les acteurs de l'évaluation du PRSP

2.1. Le champ de l'évaluation

Une politique de santé peut se décliner à différents niveaux de territoire :

- au niveau national, par les plans et programmes nationaux, voire par les stratégies nationales de santé publique ;
- au niveau régional, par le plan régional de santé publique et les programmes régionaux spécifiques qui peuvent être déclinés selon des approches thématiques, populationnelles, territoriales ;
- au niveau local qui correspond au niveau le plus proche de la mise en œuvre des actions de santé publique.

5 · Circulaire du 28 décembre 1998 relative à l'évaluation des politiques publiques, JO n° 36 du 12 février 1999.

Un processus d'évaluation peut être conduit à chacun de ces niveaux selon des méthodes spécifiques. L'évaluation d'un plan n'est pas seulement la somme de l'évaluation des programmes qui le composent, de même que celle d'un programme ne peut pas se résumer à l'évaluation de ses différentes actions. Ce document traite de l'évaluation régionale des politiques régionales de santé.

2.2. Les acteurs et domaines de compétences

Selon les termes de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁶ et des décrets qui en découlent, l'évaluation du PRSP relève des compétences du Groupement régional de santé publique et de la Conférence régionale de santé, sous la responsabilité de l'État (art. L. 1411-1).

Néanmoins, dans une approche évaluative de qualité, la mobilisation de toutes les parties prenantes (décideurs, acteurs de la mise en œuvre opérationnelle, bénéficiaires) est indispensable.

Le présent document ne traite pas de l'évaluation de la politique nationale de santé publique. En effet, au niveau national, le Haut Conseil de santé publique est chargé : d'évaluer la loi tous les cinq ans, pour ce qui concerne la réalisation des objectifs ; d'apporter une contribution au suivi annuel ; d'assurer une fonction d'expertise sur l'évaluation des risques sanitaires et sur la performance du système de santé (art. L. 1411-4). L'évaluation est sous la responsabilité de l'État, qui en donne l'impulsion, est le commanditaire et assure le pilotage de la démarche et sa mise en œuvre en concertation avec la CRS et le GRSP, dans le cadre d'une démarche partagée.

Les textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Art. L. 1411-1: « ...[l']évaluation de cette politique relève de la responsabilité de l'État. »

Art. L. 1411-2: « La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé est suivie annuellement et évaluée tous les 5 ans. Elle peut à tout moment faire l'objet d'une évaluation globale ou partielle par l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. »

Art. L. 1411-4: « Le Haut conseil de la santé publique a pour missions [...] d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi. »
« Il peut être consulté par les ministres [...] et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé [...] sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé. »

6 · Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, NOR : SANX0300055F.

Art. L. 1411-11: « Le plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation. »

Art. L. 1411-12: « Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une conférence régionale ou territoriale de santé a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique. »
« Lors de l'élaboration du PRSP, elle est consultée par le représentant de l'État et formule des avis et propositions sur les programmes qui le composent. Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites. »

Décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé

Art. R. 1411-10 - CRS: « Deux formations spécialisées de la conférence ont pour mission, pour l'une, de préparer le rapport spécifique mentionné à l'article L. 1411-12 et, pour l'autre, de procéder au suivi et à l'évaluation du plan régional de santé publique et des programmes qui le composent au regard des objectifs régionaux de santé publique. »

Décret 2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique

Art. R. 1411-18 - GRSP: « Il arrête les conditions de réalisation des programmes de santé du plan régional de santé publique dont il assure la mise en œuvre et précise notamment la nature et l'échéancier des actions envisagées dans ce cadre, leurs modalités de suivi et d'évaluation. »
« Il contribue à l'évaluation des programmes du plan régional de santé publique et mène des actions de communication sur ce plan et sa mise en œuvre. »

3. Les enjeux de l'évaluation des PRSP

Trois changements majeurs dans la gestion des politiques publiques renforcent la nécessité de la démarche d'évaluation :

- une complexité croissante liée aux interdépendances multiples entre les éléments économiques, sociaux, environnementaux et territoriaux qui rend les choix de plus en plus difficiles ;
- une multiplicité d'acteurs et de partenariats nécessitant d'organiser les modalités de participation à la décision et à la mise en œuvre ;
- l'incontournable optimisation des ressources au bénéfice des choix les plus pertinents.

Les enjeux de l'évaluation des PRSP

Le PRSP vise la mise en cohérence des politiques régionales de santé et le renforcement de la prévention dans le système de santé français, en complémentarité de l'approche curative.

- L'évaluation donne de la visibilité à l'action publique, met en évidence les effets de la politique de prévention et permet d'associer différents acteurs (décideurs, professionnels, usagers...) à la définition de la politique régionale de santé.
- L'évaluation des PRSP participe de l'interrogation éthique à laquelle doit répondre toute action de santé : bénéfique sur la santé des populations, absence d'iatrogénie, responsabilité de chacun sur sa propre santé, équité...
- L'évaluation contribue à la démarche de performance. Dans un contexte budgétaire contraint, les décideurs régionaux sont attendus sur leur capacité à améliorer l'efficacité du système régional de santé.
- L'évaluation des PRSP peut contribuer à mieux connaître les stratégies de prévention efficaces, dans une optique de recherche et de diffusion des bonnes pratiques⁷. L'évaluation contribue à améliorer les pratiques des acteurs et, partant, leur légitimité.
- L'évaluation permet de construire une culture commune entre les différentes parties prenantes.
- Toute évaluation a pour objectif de proposer des recommandations pour l'avenir. Elle est aussi un exercice d'anticipation et de prospective. Dans le contexte des PRSP, l'évaluation contribuera de fait aux réflexions sur la régionalisation du système de santé.

7 · Cf. *Rapport des états généraux de la Prévention : Stratégies nouvelles de prévention*, Jean-François Toussaint, 28 juillet 2006.

4. Les finalités de l'évaluation

Les finalités assignées à l'évaluation sont multiples : informer les citoyens sur l'usage des fonds publics, élever le niveau des connaissances, juger du succès ou de l'échec d'une action, aider à la décision dans une démarche de qualité, améliorer l'ensemble du processus de planification. L'évaluation peut aussi constituer une stratégie d'accompagnement visant l'amélioration des politiques et des orientations grâce à la rétroaction de l'information sur leur mise en œuvre.

Bien que l'on puisse attendre de toute évaluation une réponse aux attentes dans l'ensemble de ces registres, la finalité dominante doit être explicitée afin de faciliter la préparation du projet d'évaluation. En effet, les objectifs et les questions évaluatives seront d'autant mieux définis que les attentes auront été clairement exprimées.

Ce qui est attendu de l'évaluation dépend fortement du moment où l'évaluation est réalisée. S'agissant du PRSP :

- une évaluation lancée à mi-parcours pourra être utile pour réviser le contenu du plan, améliorer les procédures de mise en œuvre, la communication, etc. ;
- une évaluation réalisée à la fin de la date prévue sera plus volontiers orientée vers la formulation de recommandations pour l'élaboration des futurs documents en santé publique.

Même si les préoccupations évoquées dans ce document sont spécifiquement régionales, les travaux d'évaluation produits seront utiles au niveau national, tant pour capitaliser les stratégies d'évaluation que pour apprécier la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique au niveau des régions.

CHAPITRE II

Processus, dispositif et étapes clés de l'évaluation

CHAPITRE II

Processus, dispositif et étapes clés de l'évaluation

1 • L'évaluation, une démarche de projet

L'évaluation est un processus piloté comme une démarche de projet nécessitant l'identification d'acteurs clés à mobiliser, d'objectifs à clarifier, de moyens à mettre à disposition.

Il convient ainsi :

- d'identifier un chef de projet responsable de l'animation de la démarche ;
- d'associer l'ensemble des parties prenantes ;
- de clarifier des objectifs communs ;
- de dédier un financement spécifique ;
- d'assurer un suivi régulier de la démarche (notamment en cas de recours à un prestataire externe).

2. Répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation

Une répartition claire des rôles des différents acteurs est indispensable à la bonne conduite d'une évaluation. Cette répartition doit tenir compte des compétences réglementaires de ces acteurs mais aussi de leur posture spécifique au regard de l'intervention évaluée dans le respect de certains standards de qualité, notamment la nécessité de conduire une évaluation distanciée et impartiale.

Pour l'évaluation des PRSP, certains acteurs ont des compétences réglementaires spécifiques dont chaque organisation régionale doit tenir compte dans la construction de son dispositif (*cf. supra*). Néanmoins, la réglementation en cours ne précise pas véritablement la répartition des rôles de chacun dans le dispositif d'évaluation.

Il est toutefois possible de proposer à titre indicatif une **répartition des rôles conforme aux textes et à leur esprit** :

- **L'État** est le maître d'ouvrage du PRSP et de son évaluation. Il en est logiquement le commanditaire.
- **Le GRSP** est le maître d'œuvre du PRSP. Il dispose des moyens humains et financiers de ses membres pour mettre en œuvre les programmes et contribuer à en assurer le suivi et l'évaluation. Il pourrait, à ce titre, être chargé de l'ingénierie et du suivi technique de l'évaluation et d'en assurer le financement en cas de recours à un prestataire externe.
- **La CRS** est une instance de concertation représentative des acteurs régionaux de la santé. Elle rend un avis sur l'élaboration du PRSP, elle est tenue informée de l'avancée de la mise en œuvre du PRSP, elle se prononce sur les évolutions des programmes et du plan. Elle contribue également à l'évaluation du PRSP *via* sa formation spécialisée en évaluation ; ainsi elle peut émettre des propositions sur le contenu des questions évaluatives et la méthodologie, formuler un avis sur le mandat d'évaluation, participer pleinement à l'instance d'évaluation, être un lieu de débat sur les résultats des évaluations.

Le législateur a fixé un cadre souple quant à la répartition des rôles. Le dispositif d'évaluation doit dans tous les cas être adapté à chaque région au regard des spécificités locales.

Plusieurs types d'acteurs contribuent à l'évaluation : le commanditaire, les bailleurs de fonds, le chef de projet ou responsable d'évaluation, l'instance d'évaluation, les chargés ou opérateurs de l'évaluation. Ils sont détaillés ci-après selon trois grandes fonctions dans l'évaluation.

2.1. Le pilotage et le financement de l'évaluation

Le commanditaire de l'évaluation est le maître d'ouvrage. Il décide d'engager l'évaluation, en définit les objectifs, le calendrier, le périmètre, les modalités et le financement. Destinataire des résultats, il décide des suites à donner aux travaux d'évaluation.

En tant que responsable de l'évaluation selon les dispositions de la loi du 9 août 2004, l'État est le commanditaire légitime de l'évaluation du PRSP. La commande, matérialisée par un mandat d'évaluation⁸ peut être soumise à l'avis du GRSP (conseil d'administration, comité des programmes) et de la CRS (formation spécialisée en évaluation, bureau...).

Le chef de projet ou responsable d'évaluation est la personne désignée par le commanditaire pour l'animation de la démarche. Il assiste le commanditaire dans la réalisation du projet d'évaluation (définition du mandat, composition des instances...). Il facilite le fonctionnement des différentes instances, mobilise les moyens humains et financiers, assure le suivi des travaux des prestataires externes. Il facilite le lien entre les différents acteurs, particulièrement entre le chargé d'évaluation et tous les acteurs concernés par l'évaluation. Il est souhaitable que le chef de projet ait des compétences en évaluation.

Les bailleurs de fonds : sont les institutions qui financent l'évaluation, notamment en cas de recours à un évaluateur externe. Traditionnellement, le commanditaire est le financeur (en l'occurrence ici l'État). Des cofinancements peuvent être sollicités.

2.2. L'appui à la conduite de l'évaluation : l'instance

L'instance d'évaluation, ou groupe de travail en charge de l'évaluation, est une instance *ad hoc*. Elle intervient dans le cadre de travail que lui a fixé le commanditaire (mandat ou lettre de mission).

L'instance est au cœur du processus d'évaluation : son existence et son bon fonctionnement matérialisent l'indépendance du processus d'évaluation par rapport au processus de gestion. Cette indépendance peut être utilement renforcée en confiant la présidence de l'instance à un expert ou à une personnalité indépendante.

8 · Voir chapitre spécifique sur le mandat d'évaluation, p. 25.

Le périmètre de l'instance varie en fonction des objectifs de l'évaluation. Cependant, certains membres sont « incontournables »⁹ et la pluralité des membres est essentielle car elle permet de prendre en compte de façon équilibrée les différents points de vue légitimes exprimés sur le PRSP. Elle enrichit les débats et revêt toute son importance lors de la phase de sélection des questions à traiter lors de l'évaluation.

Composée de l'ensemble des « parties prenantes » concernées par les résultats de cette évaluation, elle reflète la diversité des points de vue dans un esprit de pluralisme et d'équilibre entre les différents types d'acteurs (décideurs, professionnels de terrain, représentants des usagers, experts...).

L'instance d'évaluation a un rôle central dans le pilotage du processus :

- définition des questions évaluatives ;
- validation du cahier des charges en cas de recours à un évaluateur externe ;
- choix du chargé d'évaluation ;
- suivi des travaux du chargé d'évaluation ;
- validation des résultats et formulation de recommandations.

Cependant, l'instance ne devrait pas comprendre plus de 15 à 20 personnes pour rester fonctionnelle. Dans la pratique, il peut être souhaitable d'individualiser au sein de l'instance une « équipe projet » qui accompagnera le chef de projet dans le suivi opérationnel des travaux.

Les utilisateurs des résultats de l'évaluation : sont les institutions publiques ou privées, les professionnels de terrain, les usagers ou leurs représentants... Dans la mesure où ils sont concernés au premier chef par les actions menées dans le cadre du PRSP, ils ont toute leur place aux différentes phases de l'évaluation, notamment au moment de composer l'instance d'évaluation.

2.3. La réalisation pratique des travaux d'évaluation

Le chargé d'évaluation (encore appelé évaluateur) est la personne ou l'organisme chargé de l'évaluation, à savoir la construction de la méthode, le recueil et l'analyse des données en vue de répondre aux questions évaluatives et formuler des recommandations.

La pluridisciplinarité de l'équipe chargée de la réalisation des travaux est essentielle. La composition de cette équipe et le profil de ses membres seront à relier aux spécificités des sujets à traiter.

De façon générale, les travaux d'évaluation peuvent être réalisés par des équipes internes à l'administration concernée (missions régionales et interdépartementales d'inspection, contrôle, évaluation des DRASS) ou confiés à des organismes extérieurs. Dans le cas de l'évaluation du PRSP, il semble préférable de faire appel à un prestataire externe¹⁰.

9 · Voir annexe p. 57 donnant un exemple d'instance d'évaluation de PRSP.

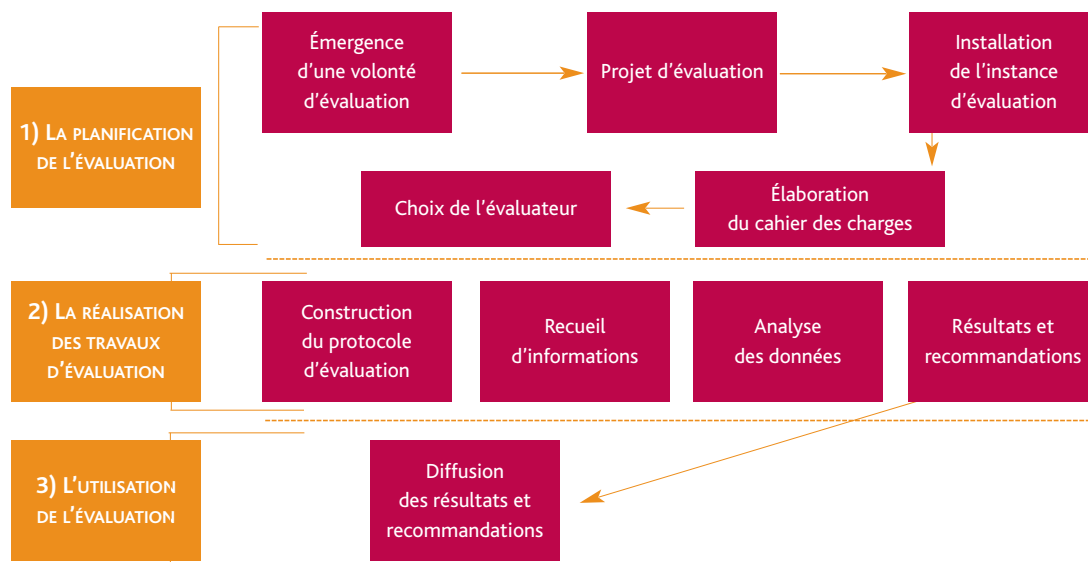
10 · Voir chapitre spécifique sur le recours à un prestataire externe p. 21

3 • Les trois phases d'une démarche d'évaluation

La démarche d'évaluation peut être séquencée en trois phases (figure 1) :

- la phase de **planification**, qui va de l'émergence du projet d'évaluation jusqu'à la formalisation de la commande dans un cahier des charges et la réalisation du contrat ;
- la phase de **réalisation des travaux** : du recueil des données jusqu'à la rédaction du rapport ;
- la phase de **diffusion** des résultats et des recommandations.

Figure 1 : les trois phases de l'évaluation



3.1. La planification de l'évaluation

Cette étape relève de la responsabilité du commanditaire. C'est une phase incontournable pour le bon déroulement de l'évaluation au cours de laquelle se structure le projet d'évaluation.

L'émergence de la volonté d'évaluation

L'opportunité de lancer une évaluation est de la libre appréciation du commanditaire, dans un cadre réglementaire plus ou moins contraint. Dans le cas de l'évaluation du PRSP, l'État a l'obligation d'effectuer cette évaluation, mais il est libre d'en déterminer les objectifs, les modalités et le calendrier.

Le choix du moment de l'évaluation est particulièrement stratégique. Quatre types d'évaluation sont possibles :

- avant la réalisation du PRSP (évaluation *ex ante*) ;
- en cours de réalisation ;
- à la fin du PRSP (évaluation finale) ;
- à distance du PRSP (évaluation *ex post*).

Le choix du moment de l'évaluation dépend de l'usage que les acteurs envisagent de faire des travaux d'évaluation. Une évaluation du PRSP en cours de réalisation est particulièrement indiquée pour réajuster les objectifs et le processus de mise en œuvre du PRSP, tandis qu'une évaluation à distance répondra aux questions relatives à l'impact du PRSP sur l'état de santé de la population.

Le projet d'évaluation

Celui-ci vise à rendre explicites les attentes des différents partenaires, les enjeux, les objectifs, l'organisation du rôle de chacun, le champ (l'objet précis), le calendrier et le budget envisagé. Formalisé par le chef de projet, il est une base de discussion et de mobilisation des différentes parties prenantes. Le rôle du chef de projet est à ce stade essentiel : il permet de faire émerger et de confronter les logiques de chacun, il doit parfois faire œuvre de pédagogie afin d'explicitier ce que l'on peut attendre d'une évaluation.

Il revient au chef de projet de faire des propositions au commanditaire sur la composition de l'instance d'évaluation et sur l'étendue de ses missions. Une lettre de mission ou mandat d'évaluation vient formaliser le cadre de travail de l'instance.

Le cahier des charges

Il vient cristalliser la commande d'évaluation, en décrivant précisément ce qui est attendu du chargé d'évaluation. Ce document est obligatoire en cas de recours à un évaluateur externe (il devient alors un élément constitutif du marché public) et doit lui permettre de bien comprendre et répondre au mieux aux attentes du commanditaire. L'écriture du cahier des charges est en général déléguée à l'instance d'évaluation. Le point clé du cahier des charges est la rédaction des questions évaluatives à partir notamment du champ d'interrogation du commanditaire défini dans le mandat et du contenu des travaux de l'instance ¹¹. L'intérêt d'une instance d'évaluation pluraliste est de faire émerger une grande diversité de questions (*cf.* chap. IV). Diverses méthodes empruntées à des techniques classiques d'animation peuvent être utilisées pour les faire émerger et les prioriser (brainstorming, méta-plan...).

Le choix du chargé d'évaluation

Le chargé d'évaluation peut être interne ou externe à l'administration du commanditaire. Ces deux formules ont des avantages et des inconvénients.

11 · Voir chapitre spécifique sur le mandat p. 25.

Tableau 1 : avantages et inconvénients selon le positionnement de l'évaluateur

Positionnement/Décideur-gestionnaire	Avantages	Inconvénients
Interne (chargé de mission, service interne)	- Connaissance du secteur - Moindre coût	- Absence d'indépendance - Moindre spécialisation en évaluation - Disponibilité insuffisante
Externe (consultant, équipe universitaire...)	- Expertise - Distanciation	- Coût - Temps d'appropriation du secteur

Dans le cas de l'évaluation du PRSP, il semble préférable de faire appel à un prestataire externe. La distanciation peut tout d'abord faciliter une meilleure acceptation et crédibilité de l'évaluation pour l'ensemble des partenaires. Par ailleurs, les compétences à mobiliser pour évaluer un PRSP sont de nature pluridisciplinaire (épidémiologie, économie de la santé, sociologie des organisations et des politiques publiques), plus facilement mobilisables par un organisme externe que par une administration régionale de la santé.

En cas de recours à un évaluateur externe

■ Mise en concurrence obligatoire *via* une procédure d'appel d'offres. Le code des marchés publics s'applique et impose de respecter un certain nombre de procédures, variables, selon le montant estimé du marché.

■ Procédure de sélection : les offres des évaluateurs sont analysées sur pièces et de préférence complétées par des auditions pour les deux ou trois offres les plus pertinentes. Le commanditaire peut décider de consulter l'instance d'évaluation pour le choix du prestataire.

Une détermination préalable des critères de sélection doit être intégrée au cahier des charges, notamment : qualité méthodologique de la réponse (compréhension de la commande, des questions, adéquation de la méthode proposée aux questions...); qualification et expériences de l'organisme; qualification et références des consultants; prix.

Ces critères doivent être pondérés. Ils sont renseignés à l'aide d'une grille d'analyse (*cf.* annexe p. 67 à 70).

■ Rédaction du contrat entre le prestataire et le maître d'œuvre : le contrat est le document de référence pour la conduite des travaux d'évaluation. Il est issu de la proposition du prestataire. Ce n'est pas un document uniquement budgétaire, il constitue la base explicite du contenu des travaux et de leur calendrier. Dans ce contrat il est souhaitable de faire coïncider les phases opérationnelles avec les dates des réunions des instances et les dates des règlements. Le contenu des phases opérationnelles doit être détaillé dans l'annexe technique : c'est ce document qui servira de référence dans les différentes étapes (*cf.* annexe p. 71).

3.2. La réalisation des travaux d'évaluation

Les travaux d'évaluation sont réalisés par le chargé d'évaluation et sont présentés à l'instance d'évaluation selon des phases déterminées dans le contrat en cas de recours à un prestataire : protocole d'évaluation, recueil et analyse des données, rédaction des rapports intermédiaires et final (résultats et recommandations).

Le fonctionnement de l'instance

Pour un bon déroulement des travaux, il est souhaitable de prévoir des rencontres régulières avec l'instance d'évaluation tout au long de la démarche (3 à 4 réunions pour une évaluation prévue sur 9 mois, par exemple). Pour une participation réelle des membres de l'instance, les calendriers de remise des rapports et des comptes rendus doivent leur donner le temps nécessaire à la prise de connaissance des documents. De plus, l'organisation du déroulement de l'instance doit permettre l'expression de chacun en faisant appel, au besoin, à des techniques d'animation spécifiques.

L'accompagnement des travaux du prestataire

Dans l'intervalle des réunions d'instance, des réunions de l'équipe resserrée (équipe projet)¹² permettront la réalisation des travaux intermédiaires, comme par exemple annoncer officiellement l'arrivée des évaluateurs aux interlocuteurs visés, faciliter l'accès aux documents et à la littérature grise.

Le secrétariat global du déroulement de l'évaluation

La charge de travail que représente le secrétariat global, nécessaire au bon déroulement de l'évaluation, est souvent sous-estimée. Il est opportun de ne pas négliger le temps requis pour le suivi administratif et financier, la mise à disposition de l'information, le travail de coordination...

3.3. Les suites de l'évaluation: la diffusion des résultats

Le commanditaire est le destinataire officiel des résultats. Il peut décider de les rendre publics et d'en assurer une diffusion large. Dans un principe de transparence, il est souhaitable que ces résultats soient publics.

La restitution des résultats de l'évaluation et des suites données au travail par le commanditaire est à prévoir et formuler au début de l'évaluation. Cet engagement explicite est susceptible de renforcer la crédibilité de l'utilité de l'évaluation. Ainsi, la stratégie de communication doit être élaborée dès la phase de planification, elle peut utilement différencier les destinataires internes et externes sollicités lors de l'évaluation. Afin de faciliter une large participation à la démarche d'évaluation, la communication peut utilement concerner toutes les phases et pas uniquement la diffusion des résultats. Il est ainsi souhaitable que les partenaires puissent disposer d'informations sur le déroulement de l'évaluation à diverses étapes de la procédure. Par exemple l'état d'avancement de la démarche pourrait être présenté en conseil d'administration du GRSP et devant la formation spécialisée de la CRS. Il faut enfin rappeler que la mise en débat public des résultats de l'évaluation des PRSP est prévue au sein de la Conférence régionale de santé.

12 · Voir p. 19.

CHAPITRE III

Méthodes et outils

CHAPITRE III

Méthodes et outils

La méthode (ou stratégie) d'évaluation décrit la façon dont on va procéder pour identifier, collecter, analyser (selon un protocole) et interpréter (en utilisant un référentiel) les informations recueillies pour répondre aux questions à traiter dans l'évaluation.

1 • Reconstituer la logique d'intervention

Formuler un questionnement sur une intervention implique de prendre le temps nécessaire pour bien comprendre comment cette intervention a été construite (la logique de l'intervention) : Comment ont été pensées les relations entre les activités et les effets attendus et les interactions entre les différentes activités ? A-t-on identifié les facteurs externes susceptibles d'influencer le déroulement de l'intervention ?

La reconstitution de cette logique de l'intervention à l'occasion de l'évaluation peut être très utile car celle-ci n'a pas été toujours explicitée au début de l'intervention et, d'autre part, cela donne de plus l'occasion de revisiter les intentions des acteurs initiaux.

De la même façon, il sera utile de revenir sur la conception du PRSP : analyse de la situation, construction de la problématique (thèmes et populations ciblées), objectifs, stratégies, activités à mettre en place pour réaliser les objectifs, ressources identifiées pour réaliser les activités.

Un exemple d'étude de cadrage logique de l'intervention est présenté en annexe p. 71.

2 • Le mandat d'évaluation

Le mandat est matérialisé par la lettre de mission adressée à tous les membres de l'instance.

Son contenu précise :

- les éléments de contexte explicitant l'opportunité de mener une évaluation ;
- les objectifs attendus de l'exercice ;
- les missions confiées à l'instance d'évaluation ;
- une présentation succincte du PRSP et du champ de l'évaluation ;
- les champs d'interrogation du commanditaire ;
- les moyens humains et financiers mis à disposition de l'instance ;
- le calendrier.

Un exemple de mandat d'évaluation est présenté en annexe p. 57.

3 • Le cahier des charges

Plan-type d'un cahier des charges¹³

- Exposé des motifs : choix de la politique à évaluer
- Finalités et enjeux de l'évaluation
- Champ de l'évaluation
- Objectifs de l'évaluation
- Questions évaluatives
- Éléments méthodologiques éventuellement attendus du prestataire
- Documents existants et bilan informationnel (sur lesquels pourra s'appuyer le prestataire)
- Dispositif de suivi de l'évaluation (description du rôle de l'instance, du chef de projet...)
- Structure de l'étude, phasage et calendrier
- Travaux d'évaluation (contenu du rapport, structure et présentation du document et des recommandations)
- Dispositions diverses (budget, critères de jugement des offres, propriété de l'étude, clauses du code des marchés publics)

Un exemple de cahier des charges est présenté en annexe p. 60.

4 • La méthode ou stratégie ou protocole d'évaluation

La méthode doit être construite spécifiquement pour chaque situation en fonction des attentes, des questions et des utilisations envisagées de l'évaluation. Il n'y a pas de méthode-type prédéfinie.

La méthode d'évaluation précise :

- la façon dont on va procéder pour identifier, collecter et analyser les informations (protocole) ;
- la base sur laquelle sera construite l'interprétation des informations (référentiel).

4.1. Le référentiel de l'évaluation

Le référentiel est le cadre d'interprétation des données collectées aux fins de l'évaluation, à partir duquel un jugement peut être formulé. Il est le produit de la réflexion collective menée à l'occasion de l'évaluation et n'a de sens que dans ce contexte donné. Il est discuté avec l'instance d'évaluation.

Le référentiel repose sur le trépied : critères, indicateurs, normes/valeurs/système de référence. Ces trois éléments sont liés et significatifs les uns par rapport aux autres.

13 • Commissariat général au Plan, *Guide pour la conduite d'évaluations régionales*, juin 2003.

4.2. Les critères d'évaluation

Le critère est la caractéristique sur laquelle on s'appuie pour exprimer un jugement. C'est un angle de vue adopté par des acteurs pour apprécier une intervention. L'atteinte du critère sera objectivée par un ou plusieurs indicateurs.

Pertinence, cohérence, efficacité, efficience, impact sont les critères habituellement utilisés pour orienter les questions d'évaluation. Toutefois, pour chaque évaluation, d'autres critères seront construits et négociés en tenant compte des points de vue de tous les acteurs concernés (financeurs, responsables de programme, opérateurs, bénéficiaires).

Pertinence

La pertinence interroge l'adéquation entre la nature du problème à résoudre et le type d'intervention mise en œuvre.

Cohérence

La cohérence, c'est l'adéquation entre :

- les objectifs de l'intervention, les moyens alloués, les activités prévues (cohérence interne) ;
- la construction de l'intervention et d'autres interventions visant les mêmes effets (cohérence externe).

Pour le PRSP, on s'intéressera aux articulations avec d'autres politiques, programmes, actions, dispositifs, schémas qui recourent les actions et programmes du PRSP.

Atteinte des objectifs

Ce critère apprécie l'écart (et seulement l'écart) entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu. La nature et le niveau des objectifs peuvent varier, selon qu'il s'agit d'objectifs opérationnels liés aux réalisations concrètes (par exemple, la réalisation de sessions de formations) ou d'objectifs plus généraux à plus ou moins long terme liés aux effets (diminution de la mortalité par cancer, moindre consommation de tabac...).

Efficacité

Ce critère apprécie la réalisation des objectifs d'une intervention en comparant les effets obtenus aux effets attendus, ces effets étant imputables à cette intervention.

Nota bene : Le terme « résultat » couramment employé évoque à la fois les réalisations (en termes d'activités), les effets et l'impact d'une intervention. En situation d'évaluation, si ce terme est employé, il conviendra de préciser si l'on s'intéresse aux activités réalisées ou aux changements observés.

Efficience

L'efficience met en rapport les ressources (humaines, matérielles, financières) mises en œuvre et les effets de l'intervention. Cela suppose d'en avoir au préalable démontré l'efficacité.

Nota bene : Le terme « productivité » met plutôt en relation les ressources et les réalisations.

Impact

Ce critère apprécie l'ensemble des effets sanitaires et sociaux, économiques, environnementaux, qu'ils soient positifs ou négatifs, prévus ou non, immédiats ou différés, imputables à une intervention.

Implantation

L'analyse de l'implantation s'intéresse aux conditions dans lesquelles une intervention s'est effectuée (facteurs facilitants, contraintes...).

4.3. Les indicateurs

Un indicateur est une information qui va permettre d'objectiver une réalité ; il n'a de sens que confronté à un critère. Il peut être quantitatif ou qualitatif. Un même critère peut être apprécié sur la base de plusieurs indicateurs.

On distingue différents types d'indicateurs :

- des indicateurs de contexte : ils qualifient la situation ;
- des indicateurs de réalisation : ils décrivent ce qui a été fait (le système d'information des PRSP 2007 concernant les actions de santé publique permettra de faciliter l'accès à ces indicateurs) ;
- des indicateurs de processus : ils renseignent sur les modalités de mise en œuvre ;
- des indicateurs de ressources : ils décrivent les moyens utilisés (humains, matériels, financiers) ;
- des indicateurs d'impact : ils attestent des effets de l'intervention.

Exemple : programme de dépistage d'une pathologie.

Tableau 2 : liste de critères et indicateurs d'un programme de dépistage d'une pathologie

Critères	Indicateurs
Atteinte des objectifs du programme de dépistage : • couverture • changement de comportement • ...	• Nombre de personnes dépistées/nombre de personnes ciblées • Évolution des représentations des femmes
Qualité du programme de dépistage : • accessibilité au dépistage • conformité technique du matériel • compétences professionnelles...	• Répartition des zones où s'effectue le dépistage • Respect des normes techniques • Diminution des erreurs de diagnostics...
Impact du dépistage sur la pathologie X	• Nombre de pathologies détectées précocement • Nombre de décès évités

4.4. Les valeurs ou système de référence

Pour apprécier le degré de satisfaction du critère, il faut disposer d'une valeur seuil de l'indicateur qui fixe le degré d'atteinte du résultat. Cette valeur peut être fixée par une norme ou définie par les acteurs de l'intervention.

Exemple : si un programme a pour objectif de dépister 60 % des personnes appartenant au groupe ciblé, 60 % est la valeur seuil qui permettra de juger de la réussite du programme.

Il n'est pas toujours possible ni pertinent de fixer une valeur de référence. C'est en tenant compte d'un ensemble de paramètres que les indicateurs pourront être interprétés.

Exemple : pour être considéré comme assidu ou adhérent au programme, on ne sait pas à combien de réunions un acteur doit assister. Rien n'est fixé *a priori*. Tout dépendra des attentes des responsables du programme et des facteurs liés aux acteurs (éloignement géographique, disponibilité des modes de transport, charge de travail, etc.).

5 • Le recueil et l'analyse des données

Les méthodes de collecte et d'analyse ne sont pas propres à l'évaluation. Elles sont empruntées à différentes disciplines : sciences sociales, économie, statistiques, épidémiologie, etc.

5.1. Le recueil de données

Les techniques de collecte les plus usitées sont la recherche documentaire, la conduite d'entretiens individuels ou de groupe, les questionnaires, l'exploitation statistique de données, l'observation, etc.

Les différents travaux produits au niveau national ou régional pourront être exploités : études réalisées par les ORS ou leur fédération nationale (travail de la FNORS sur le suivi des indicateurs de la LOSP), travaux des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé...

Ainsi, le choix des techniques de recueil d'informations sera motivé par la nature des questions retenues et prendra en compte les avantages et les limites de chacune de ces techniques, par exemple en termes de coûts, de difficulté à recruter les experts nécessaires à leur réalisation ou encore du temps nécessaire.

Le croisement de techniques différentes permettra de bénéficier des atouts d'approches complémentaires en contrebalançant leurs limites respectives (ex. : quantitative et qualitative) et de réduire ainsi les risques de biais systématiques inhérents à l'utilisation d'une seule méthode.

5.2. L'analyse de données

Les questions d'évaluation peuvent explorer plusieurs champs : production de connaissance sur l'intervention (déroulement, conditions de mise en œuvre, mobilisation des acteurs...), l'imputabilité des effets

aux actions mises en place (données probantes...), ou la vérification de la conformité des réalisations à des normes ou valeurs de référence (activités normées...). Selon le type de questions (et le critère auquel elles renvoient), les techniques d'analyse font appel à différentes approches : analyse de contenu, analyse statistique, analyse stratégique, études économiques, monographies, protocoles expérimentaux, modélisation...

Tableau 3 : méthodes et approches pour l'analyse des données

Critères	Approches	Méthodes
Pertinence	Analyse diagnostique	Méta-analyse, revue de littérature Étude de besoin Épidémiologie descriptive Analyse de marché
Cohérence	Analyse de l'intervention	Méta-analyse, revue de littérature Consensus entre experts État des lieux Cadre logique
Efficacité	Analyse des effets	Protocoles de recherche expérimentaux Épidémiologie analytique, biostatistiques Études socio-anthropologiques
Efficience	Analyse du rendement	Études médico-économiques (coût/efficacité, coût/utilité, coût/avantage...)
Productivité	Analyse de la productivité	Méthodes économiques Comptabilité analytique
Implantation	Analyse de l'implantation	Études de cas/monographies (socio-anthropologie, théorie des organisations, sciences politiques, démographie, géographie...)
Processus	Analyse des services, des ressources, de l'activité et de la qualité	Mesure du degré de conformité Mesure des écarts Enquêtes de satisfaction
Résultats	Analyse de l'atteinte des objectifs	Mesure du degré de conformité Mesure des écarts

(d'après Contandriopoulos, Champagne, Denis et Avargues)

6 • Les rapports d'évaluation

L'évaluation donne lieu à la remise d'un rapport final et d'un ou plusieurs rapports intermédiaires (selon le contrat passé entre commanditaire et prestataire). Le rapport d'évaluation a pour but d'apporter une réponse aux questions évaluatives.

6.1. Les éléments du rapport

Le rapport doit comprendre : des éléments d'information suffisants sur l'intervention évaluée, un exposé sur la méthode (rappel des différentes étapes de l'évaluation, principaux choix méthodologiques, difficultés et limites de l'évaluation), un bref compte rendu des études réalisées, des éléments descriptifs dans la mesure où ils constituent des informations utiles aux décideurs, l'exposé des arguments et des raisonnements conduisant aux conclusions, les recommandations.

Le rapport final¹⁴ doit inclure : un résumé analytique de 5 pages (diffusable *in extenso* aux partenaires non directement engagés sur le sujet), les constats et recommandations du prestataire et, éventuellement, la réponse de l'instance d'évaluation au commanditaire.

6.2. La qualité du rapport

Le rapport doit répondre à différents critères de qualité (*cf.* grille d'analyse en annexe p. 77) :

- satisfaction des demandes du cahier des charges ;
- adéquation de la méthode pour répondre aux questions posées ;
- fiabilité des données utilisées et collectées ;
- solidité de l'analyse et de l'interprétation des données ;
- robustesse des connaissances nouvellement produites ;
- impartialité des jugements sur la valeur de la politique ;
- utilité des recommandations ;
- clarté du rapport pour les différentes catégories de lecteurs.

14· Voir rapport final de l'évaluation des PRAPS de première génération et celle des PRAPS de deuxième génération sur Intranet.

CHAPITRE IV

Questions évaluatives

CHAPITRE IV

Questions évaluatives

Les questions évaluatives sont au cœur de la démarche d'évaluation et constituent un élément essentiel du cahier des charges.

Le questionnement dépend de chaque projet d'évaluation. Les questions évaluatives résultent d'un travail collectif à partir des interrogations du mandat et renvoient aux différents critères d'évaluation : pertinence, cohérence, atteinte des objectifs, efficacité, efficience, impact et implantation.

Des questions évaluatives précises et clairement formulées facilitent le travail d'évaluation et particulièrement les échanges avec l'instance d'évaluation et le chargé d'évaluation.

Une méthode de travail appuyée sur un travail québécois

Le présent chapitre propose un large questionnement élaboré à partir d'une grille de 12 questions construite par Marceau *et al.*¹⁵ afin de guider le commanditaire dans la préparation de l'évaluation et le choix des questions. Ces derniers ont développé un cheminement séquentiel logique débutant par les questions auxquelles il faut répondre préalablement (la raison d'être du programme, les situations qu'il veut modifier, les objectifs), puis sur le programme lui-même (la nature de l'intervention, les ressources investies, les activités qui s'y déroulent, les réalisations) et enfin sur les impacts, l'atteinte des objectifs et son rendement. Le tableau 4 présente un classement des 12 questions en 3 rubriques¹⁶.

Inspirés de cette logique, nous avons recensé, dans le cadre d'échanges internes et externes à votre groupe de travail, un ensemble de questions relatives au Plan régional de santé publique, puis nous les avons confrontées à la grille de Marceau et classées selon quatre axes : les enjeux et la raison d'être du PRSP (axe 1) ; la structuration du PRSP (axe 2) ; la mise en œuvre et l'implantation du PRSP (axe 3) ; les impacts du PRSP (axe 4). La liste de questions ainsi rassemblées est purement indicative et constitue une sorte de boîte à outils dans laquelle les acteurs régionaux peuvent puiser pour élaborer leur propre questionnement dans le cadre de l'évaluation de leur PRSP.

15 · Marceau R., Otis D., Simard P. (1992), « La planification d'une évaluation de programme. Concepts théoriques et considérations pratiques », in Parenteau R., *Management public, comprendre et gérer les institutions de l'État*, 1992, Sillery, Presses de l'université du Québec, 477.

16 · Adapté de Marceau, in Jabot F., Legros M., Turgeon J., « L'évaluation des politiques de santé : une analyse comparative de cas français, suisse et québécois », *Management international*, vol. 10, n° 2, hiver 2006.

Tableau 4 : Classement des axes de questionnement et correspondance avec la grille de Marceau¹⁷

Axes de questionnement retenus	Catégories et questions selon Marceau
<p>Axe 1 : Les enjeux et la raison d'être du PRSP</p> <p>1. La raison d'être du PRSP 1.1 Diagnostic des besoins en santé de la région 1.2 Diagnostic de l'offre en région</p> <p>2. Les cibles du PRSP 2.1 Définitions des priorités 2.2 Prise en compte du diagnostic et des besoins dans l'élaboration du PRSP</p> <p>3. Les objectifs du PRSP 3.1 Processus d'élaboration 3.2 Nature des objectifs du PRSP</p>	<p>Questions sur les intentions</p> <p>1. Quelle est la raison d'être ? 2. Quelles sont les situations insatisfaisantes ? 3. Quels sont les objectifs ?</p>
<p>Axe 2 : La structuration du PRSP</p> <p>4. La nature et la cohérence du PRSP 4.1 Conception/structuration/articulation 4.2 Dynamique du PRSP</p>	<p>II. Questions sur le programme</p> <p>4. De quelle nature est l'intervention de l'État ? 5. Quelles sont les ressources investies ? 6. Quelles sont les activités de production ? 7. Quels sont les extrants (outputs) ?</p>
<p>Axe 3 : La mise en œuvre et l'implantation du PRSP</p> <p>5. Le bilan des ressources investies (intrants, inputs) 5.1 Participations financières, humaines et matérielles des partenaires financeurs 5.2 Répartition de l'utilisation des ressources</p> <p>6. Le pilotage de la mise en œuvre du PRSP 6.1 Modalités de pilotage et concertation 6.2 Mise en oeuvre du PRSP</p> <p>7. Les réalisations et atteintes des objectifs opérationnels 7.1 Activités transversales : observation, fonctions support en EPS 7.2 Programmes et actions</p>	
<p>Axe 4 : Les impacts du PRSP</p> <p>8. Les impacts du PRSP 8.1 Structuration de la politique de santé 8.2 Approche territoriale de la politique de santé 8.3 Mobilisation des ressources de la politique de santé 8.4 Acteurs et pratiques 8.5 Accès à la prévention et aux soins 8.6 État de santé de la population 8.7 Appropriation des questions de santé</p> <p>9. Le rendement des ressources (efficience)</p>	<p>II. Questions sur le programme</p> <p>8. Quels sont les impacts ?</p> <p>III. Questions sur les effets et la valeur</p> <p>9. Les objectifs ont-ils été atteints ? 10. Quel est le rendement économique des ressources (efficience) ? 11. Quelles sont les solutions de rechange en lien avec le même problème ? 12. La résolution d'un autre problème devrait-elle être privilégiée ?</p>

17 · Adapté de Marceau, in Jabot F., Legros M., Turgeon J., « L'évaluation des politiques de santé : une analyse comparative de cas français, suisse et québécois », *Management international*, vol. 10, n°2, hiver 2006.

Axe 1 • Les enjeux et la raison d'être du PRSP

1. La raison d'être du PRSP

En préalable, il convient de rappeler les éléments de contexte comme les éléments législatifs et réglementaires (loi relative à la politique de santé publique, décrets, circulaires...), l'exposé des motifs, les enjeux... Dans la loi, la notion d'objectifs prédomine sur la notion de priorités : la loi définit des objectifs et des plans stratégiques mais très peu de priorités, à l'exception de l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées.

Il ne nous appartient pas dans ce cadre d'évaluer la loi mais nous pouvons notamment nous interroger sur les aspects régionaux qui ont justifié l'élaboration du plan comme les besoins particuliers en santé ainsi que la multiplicité et la diversité des acteurs régionaux mobilisés.

1.1. Les besoins en santé de la région et leur diagnostic

Ce travail de définition et d'évaluation des problèmes et des besoins n'est pas seulement scientifique : il implique d'emblée une explicitation de critères de jugement sur ce qui fait problème. Ce diagnostic repose sur des données objectives (travaux d'études épidémiologiques des experts) et sur les perceptions des besoins recueillis auprès de la population et des acteurs de terrain). Concernant les modalités de réalisation du diagnostic sur les besoins en région, plusieurs questions peuvent être posées :

- Pour le diagnostic, les structures et les personnes *ad hoc* ont-elles été mobilisées ?
- Le diagnostic a-t-il été partagé par les acteurs de santé et du domaine social, les experts, les décideurs, les CRS, les professionnels, la population ? Selon quelles modalités ?
- A-t-il permis de repérer les besoins ressentis, exprimés ?
- Le constat sur l'état de santé présenté dans le PRSP est-il cohérent par rapport aux savoirs de terrain des porteurs de projets et aux actions proposées ?
- Les porteurs de projet se sont-ils appuyés sur leur connaissance propre du terrain et/ou sur les études épidémiologiques et/ou sur les priorités référencées dans le PRSP ?

1.2. Le diagnostic de l'offre en région

- Le diagnostic de l'offre a-t-il permis de repérer l'ensemble des intervenants institutionnels, professionnels et associatifs en santé publique ?
- Le diagnostic de l'offre a-t-il bien pris en compte l'avis de l'ensemble des partenaires ?

1.3. La territorialisation du diagnostic

Elle peut être interrogée par plusieurs questions portant d'une part sur les éléments constitutifs du découpage des territoires et d'autre part sur la prise en compte dans la réalisation du diagnostic de ces logiques de territoire.

- Quelle est la pertinence du découpage des territoires ? Quels sont les critères de ce découpage ? Qu'est-ce qui a procédé à la territorialisation, par exemple des zones de proximité préexistantes, des territoires de la ville ?
- Le diagnostic a-t-il aussi été réalisé selon le découpage territorial ?

2. Les cibles du plan

Il s'agit de s'interroger sur les situations (par exemple un problème de santé) que le plan vise à corriger. La détermination des cibles consiste à repérer la situation insatisfaisante qui sera l'objet d'une intervention. La cible correspond à la situation que l'on cherche à modifier par ce programme. Par exemple si le problème de santé repéré dans la région est la surmortalité prématurée évitable par accidents de la vie courante, sur quels déterminants le PRSP veut-il agir et comment ces déterminants ont-ils été repérés ?

Cette phase de programmation est cruciale. En effet, il s'agit de repérer la situation insatisfaisante qui sera l'objet d'une intervention. La cible correspond à la situation que l'on cherche à modifier par ce programme. Par exemple, choisir parmi les déterminants de santé ceux qui auraient le plus d'impact en matière de santé mais aussi ceux sur lesquels il est possible d'agir en ayant des résultats.

2.1. La définition des priorités

- Les critères de choix des priorités ont-ils été débattus et définis ? De quelle nature sont ces critères de choix des priorités ?
- La définition des priorités a-t-elle été réalisée explicitement ? Comment sont définies les priorités du PRSP ?
- Les modalités de détermination des priorités ont-elles permis la prise en compte de l'expression des partenaires collectivement dans le cadre de la CRS, ou individuellement (professionnels, institutionnels, publics...)?

2.2. La prise en compte du diagnostic et des besoins dans l'élaboration du PRSP

- Le diagnostic a-t-il été pris en compte dans l'élaboration du PRSP et en quoi ?
- Le diagnostic a-t-il permis de dessiner des priorités sur lesquelles il est possible d'agir ?
- En quoi le PRSP a-t-il facilité la prise en compte des disparités de santé ?
- D'autres éléments que le diagnostic ont-ils contribué à l'élaboration du PRSP, tels les plans nationaux ?
- Comment le diagnostic territorial a-t-il été pris en compte dans le PRSP ?
- Les acteurs de terrain se sont-ils reconnus dans la logique de découpage du PRSP de leur région (thématique, populationnel ou stratégique)?

3. Les objectifs du PRSP

On a vu, dans la question précédente, que la définition de la cible correspond à la situation que l'on cherche à modifier. L'objectif d'un programme quant à lui consiste en la définition de l'état souhaité, après intervention, de la situation que l'on cherche à modifier. Très souvent dans nos programmes nous définissons des cibles et moins des objectifs. Nous pouvons interroger le processus d'élaboration de ces objectifs ainsi que la pertinence de ceux-ci.

3.1. Le processus d'élaboration

- Quelles ont été les modes d'organisation pour l'élaboration du PRSP (mobilisation des partenaires, modes de concertation...)?
- La définition des objectifs a-t-elle été réalisée de façon collégiale? Les professionnels de santé ainsi que les référents des plans thématiques y ont-ils participé?
- Comment s'est organisée la concertation locale?
- L'avis de la CRS a-t-il apporté une plus-value et en quoi à la définition du PRSP? à son suivi et son évaluation?
- Le PRSP a-t-il fait l'objet d'une étude de faisabilité?
- Une analyse globale de faisabilité a-t-elle été réalisée?
- A-t-on identifié pour chaque priorité les leviers d'actions (tous ou certains, mais comment savoir si c'est ou non exhaustif?) et les acteurs à mobiliser?
- Quelles ressources (financières, organisation) ont été envisagées pour la construction et la mise en œuvre du PRSP?

3.2. La nature des objectifs

Les objectifs retenus sont-ils pertinents par rapport aux besoins, aux enjeux, à la nouvelle organisation régionale?

Pour répondre à cette question, il pourra être utile de s'interroger sur :

- les facteurs qui ont déterminé le choix des objectifs du PRSP;
- la nature des objectifs retenus qui peuvent être des objectifs d'évolution de l'état de santé mais aussi des objectifs transversaux comme l'amélioration des compétences des intervenants en santé;
- la qualité de la formulation des objectifs (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, déterminés dans le Temps?).

Axe 2 • La structuration du PRSP

Les questions évaluatives interrogent la conception même du PRSP, en tant qu'intervention : à savoir, la logique, la cohérence, les principes de la conception et l'architecture du PRSP.

4. La nature et la cohérence du PRSP

Le PRSP tel qu'il a été conçu permet-il de construire une politique de santé avec une vision prospective? Pour répondre à cette question, il pourra être utile de s'interroger sur la structuration même du PRSP, le processus d'élaboration et son caractère dynamique.

4.1. La conception, la structuration et l'articulation

- Structuration du PRSP (thèmes, objectifs de santé, territoires de santé...).
- Cohérence entre les différents modes d'approche, d'entrée (populations, milieux, thématiques).
- Prise en compte des disparités géographiques.
- Base territoriale du PRSP et son recoupement avec celle du SROS et PRSP.
- Relation entre référentiels des textes législatifs (plans stratégiques, 100 objectifs...) et la structuration du PRSP.
- Articulation entre les programmes et actions du PRSP avec les autres politiques régionales, départementales et locales de santé (politique de la ville, MILDT, actions des collectivités, conseil régional, programmes spécifiques de l'assurance-maladie, schémas...).
- Équilibre entre les priorités issues des différents niveaux (national, régional, départemental, local).

4.2. La dynamique du PRSP

- Capacité du PRSP à intégrer de façon continue l'expression des besoins ainsi que la prise en compte de préoccupations non prévues initialement.

Axe 3 • La mise en œuvre et l'implantation du PRSP

Les questions évaluatives de l'axe 3 portent sur la mise en œuvre et l'implantation du PRSP : à savoir ce qui concerne les ressources investies (financières, humaines et matérielles), le pilotage de la mise en œuvre du PRSP et les réalisations (biens, services, subventions reçus par le(s) bénéficiaire(s), programmes et actions).

5. Le bilan des ressources investies (intrants, inputs) et de leur utilisation

La connaissance des ressources investies constituera une donnée essentielle à l'évaluation ultérieure du rendement des ressources consacrées au programme. Faire le bilan des ressources investies dans le programme consiste au minimum à produire une liste et au mieux à quantifier toutes les ressources financières, humaines et matérielles.

Deux choix méthodologiques sont possibles :

- se limiter au champ du PRSP mis en œuvre par le GRSP, et prendre en compte les ressources investies dans le GRSP par les différents membres. Le SI-PRSP permettra de faciliter l'accès à ces données ;
- considérer que le champ du PRSP n'est pas couvert entièrement et uniquement par le GRSP, et alors prendre en compte l'ensemble des ressources pour les actions concourant à la mise en œuvre du PRSP. Dans ce cas, outre la nécessité de bien définir le champ du PRSP pris en compte dans l'évaluation, se posera la question de l'accessibilité des données...

5.1. Les participations financières, humaines et matérielles des financeurs

Le financement du PRSP par le GRSP

- Pour chaque membre du groupement, peut-on chiffrer son niveau de participation au GRSP en termes de personnels et de niveau d'investissement financier dans la mise en œuvre du PRSP ?
- Le niveau de la participation d'un financeur influe-t-il sur son poids décisionnel pour la détermination des actions ?

Le financement du PRSP hors GRSP

On pourra s'interroger sur les participations à la mise en œuvre du PRSP qui ne transitent pas par le GRSP, particulièrement sur la cohérence d'ensemble des attributions.

- D'une part, peut-on identifier la participation financière des actions des financeurs hors GRSP (qu'elles soient réalisées par eux-mêmes ou par des promoteurs qu'ils financent ?
- Y a-t-il une cohérence explicite entre les actions du PRSP financées par le GRSP et celles financées hors GRSP (collectivités territoriales...) ? Quelles modalités de mise en cohérence ont été mises en place ?
- D'autre part, quelle est la participation en personnels des différents partenaires institutionnels et/ou financeurs à la mise en œuvre du PRSP ?

5.2. La répartition de l'utilisation des ressources

Il conviendra de faire le bilan de la répartition de l'utilisation des ressources mais aussi d'en juger la cohérence avec les objectifs du PRSP ainsi que la pertinence de la répartition selon les territoires, les thèmes et les populations. L'efficacité au regard des résultats envisagés et obtenus sera étudiée.

Pour ce qui concerne le bilan de la répartition de l'utilisation des ressources :

Par le GRSP

- Quelle est la part crédits de fonctionnement du GRSP ? Le GRSP a-t-il un budget de fonctionnement (en dehors des subventions pour les actions) et du personnel bien identifiés ? Précisez le montant et les personnels.
- Quelle est la part transformée en attribution de subvention ?
- Pour ce qui concerne la part attribuée aux interventions en santé
 - quelle est la part qui correspond aux appels à projets et « autres » ?
 - quelles sont les répartitions financières :
 - selon les axes du PRSP ?
 - selon les territoires ?
 - selon les populations ?
 - selon les types d'interventions (repérages, dépistages, accompagnements, formations...) ?
 - est-ce qu'il existe une enveloppe de l'appel à projet du GRSP dédiée aux activités à caractère transversal (observation, études, fonctions supports en EPS/PS) ?

Hors GRSP

Les répartitions des budgets se font-elles :

- selon les axes du PRSP ?
- selon les territoires ?
- selon les populations ?
- selon les types d'interventions (repérages, dépistages, accompagnements, formations...) ?

Il faut noter que l'accès à ces données de répartition des financements pour la mise en œuvre du PRSP par d'autres acteurs que le GRSP pourra être difficile dans le cas où le GRSP n'aura pas intégré ces données dans le SI-PRSP.

La cohérence entre les priorités du PRSP et les actions financées sera interrogée.

6. Le pilotage de la mise en œuvre du PRSP

Les questions proposées concernent, d'une part, les modalités de pilotage et de concertation du PRSP, d'autre part, la mise en œuvre du PRSP dans ses différentes phases : programmation, suivi, instruction des dossiers.

6.1. Les modalités de pilotage et concertation

6.1.1. La gouvernance et l'animation

Le fonctionnement du GRSP sera interrogé à partir :

- des modalités de fonctionnement des instances comme le conseil d'administration et le comité des programmes : composition, fréquence des réunions, type de décisions prises... ?
- du champ des décisions : toutes les actions financées par le GRSP ont-elles fait l'objet de décisions explicites de la part du CA du GRSP ?
- de la participation effective aux décisions de certains membres (représentants INPES et INVS) mobilisés sur des questions transversales ?

Outre l'analyse des procédures de décision du GRSP, il sera questionné les modalités d'animation selon les thèmes et les territoires. L'étude des outils utilisés permettra d'objectiver les composantes de cette animation. Des modalités d'animation ont-elles été définies ?

- Animation thématique
 - La déclinaison thématique du GRSP/PRSP est-elle formalisée : existe-t-il des responsables thématiques régionaux ?
 - Cette animation est-elle pertinente par rapport aux besoins sur les thèmes ?
 - Quelle articulation des groupes thématiques avec le comité des programmes ? Le contenu des missions de ces groupes thématiques a-t-il été bien défini et partagé ?
- Animation territoriale
 - L'animation territoriale est-elle confiée à un membre de l'équipe régionale (GRSP ou autre ?) ou est-elle confiée à un acteur du territoire, et lequel ?
 - Les relais territoriaux existent-ils, avec quelles missions et à quel niveau territorial ?
 - Existe-t-il une coordination au sein des territoires ?

Quels ont été les outils de l'animation du PRSP ?

- Des outils de connaissances partagées ont-ils été mis en place et comment sont-ils utilisés (ex. : plateforme sanitaire et sociale, programme régional études et statistiques, tableaux de bord des ORS, CIRDD...)?
- Un système d'information et d'échanges entre chacun des acteurs est-il en place : responsables thématiques régionaux, référents territoriaux départementaux, instructeurs locaux, jusqu'aux porteurs de projet eux-mêmes ?

Des outils traduisant le souci de qualité ont-ils été définis ?

- Une charte des critères de qualité auxquelles doivent correspondre les actions a-t-elle été écrite ?
- Des référentiels de formation des acteurs sont-ils utilisés ?

6.1.2. La concertation

Quelles interventions ont été mises en place pour favoriser la concertation ?

- Comment est organisée la participation de la CRS aux différentes étapes de la programmation ?
- Les acteurs ayant participé à la définition des priorités participent-ils aussi au choix des actions ?
- Comment est organisée la concertation locale, notamment de quelle façon les acteurs locaux et les collectivités territoriales sont-ils intégrés dans le processus de mise en œuvre du PRSP ?
- Quelles interventions ont été mises en place pour aller vers un partage de connaissances et d'objectifs entre porteurs de projets et financeurs ?
- Est-ce que les circuits décisionnels et les décideurs sont clairement identifiés par les promoteurs de terrain ?

6.1.3. Quelles interventions ont été mises en place pour favoriser la visibilité du dispositif ?

- Le GRSP est-il visible d'un point de vue politique (ex. : mobilisation des élus locaux et adhésion au GRSP), médiatique (quelle couverture média ?), professionnel (les acteurs du monde de la santé connaissent-ils le PRSP ?) ?
- Quelle visibilité donne-t-on aux actions financées dans le cadre du GRSP/PRSP ?
- Quelles sont les modalités de communication sur la politique régionale de santé ?
- La communication permet-elle de répondre aux attentes des divers partenaires ?

6.2. La mise en œuvre du PRSP

On pourra interroger dans cette question tout ce qui concerne le dispositif de mise en œuvre du PRSP : de sa déclinaison en programmation annuelle aux modalités d'instruction des dossiers ainsi qu'aux modalités de reporting et d'évaluation définies.

6.2.1. La programmation annuelle

- Y a-t-il une programmation annuelle du PRSP, explicite et partagée, entre le GRSP, les porteurs de projets et les partenaires-financeurs ?
- Existe-t-il un différentiel, selon les années, entre les axes du PRSP et ceux retenus pour la déclinaison des actions ?
- Les axes du PRSP ont-ils tous été retenus pour la déclinaison des actions ?

- Quelles sont les motivations des choix entre appels à projet, conventions pluriannuelles d'objectifs, cahier des charges... ?
- Une procédure de rééquilibrage entre actions reconduites et projets innovants est-elle en place ?
- Comment tient-on compte dans la programmation des inégalités territoriales ?

6.2.2. Le suivi

- Un chargé de suivi du PRSP est-il nommément désigné ? S'appuie-t-il sur une équipe formalisée ?
- Le système de suivi des programmes et du plan est-il adapté ? Existe-t-il un tableau de bord ? À quelle périodicité est-il disponible ? Permet-il de suivre la mise en œuvre du plan ?
- Le recueil régional des données sur les actions de santé publique (SI-PRSP) est-il utilisé ?

6.2.3. L'instruction des dossiers

- Comment est réalisée l'instruction des dossiers : existence d'un groupe spécifique, composition, modalités de travail et niveau opérationnel de l'instruction des dossiers (départementale, régionale ou les deux) ?
- Des critères de sélection ont-ils été formalisés ? Sont-ils explicites et partagés ? Dans le cas d'une double instruction (région, département), ces critères sont-ils cohérents entre les niveaux départementaux et régionaux ?
- Les membres du GRSP disposent-ils d'une grille de critères de qualité pour apprécier les projets ?

6.2.4. L'évaluation

- Un chargé de l'évaluation du PRSP est-il nommément désigné ? S'appuie-t-il sur une équipe formalisée ?
- Quel type de démarche a été mis en place ? À quel moment l'évaluation est-elle prévue (*ex ante*, intermédiaire, *ex post*) ?
- Quels rôles ont été attribués au GRSP et à la CRS ?

7. Les réalisations et atteintes des objectifs opérationnels

Il s'agit là, d'une part, de décrire les interventions réalisées dans le cadre du programme au regard de celles qui étaient prévues et, d'autre part, de savoir si celles-ci sont adéquates pour atteindre les résultats escomptés : on en interrogera la nature, la quantité, la qualité et aussi la couverture de la population ciblée. La question du respect du calendrier pourrait également s'y rattacher.

Cette question concerne les modalités de mesure de l'atteinte des objectifs (critères, indicateurs, seuils...), mais elle renvoie également à la précision avec laquelle ont été formulés les objectifs opérationnels des programmes et des actions. Les résultats de l'évaluation des actions ou programmes spécifiques viendront enrichir ces observations.

Schématiquement on pourra explorer les activités transversales comme celles d'observation et de support en éducation pour la santé ainsi que les programmes et actions auprès des publics avec leurs territoires d'intervention et la couverture des publics ciblés.

7.1. Les activités transversales : observation, fonctions support en EPS

La qualité de ces activités transversales pourra être étudiée en fonction d'attributs dont on sait qu'ils favorisent un meilleur résultat.

Concernant la fonction d'observation, on s'interrogera sur sa structuration, sur la mutualisation des ressources et sur sa place dans le dispositif.

■ La plateforme d'observation (ou groupe d'observation, ou groupe régional programme étude et statistiques – GRPES) a-t-elle été mise en place ? Quels sont les acteurs participants à la plateforme d'observation ? Correspondent-ils bien à l'ensemble des acteurs régionaux ?

■ Y a-t-il une mutualisation et une coordination des sources d'information ?

■ Le GRSP fait-il appel à la plateforme pour disposer de données pour la conception et le suivi des actions ?

Concernant les fonctions support en éducation pour la santé, on pourra en interroger l'organisation et les méthodes.

■ Y a-t-il eu une organisation des actions pour améliorer la qualité des actions de santé publique ? Le pôle de compétence est-il inscrit dans cette organisation et comment ?

■ Quelles ont été les stratégies mises en place pour l'amélioration de la qualité des actions en éducation pour la santé ? Y a-t-il eu mise en place d'une documentation, formation, mise en réseau des conseillers méthodologiques, des porteurs de projets ?

7.2. Les programmes et actions

Le déroulement effectif des programmes et actions sera étudié par rapport à ce qui était prévu ainsi que leur qualité et la couverture des populations ciblées.

■ Existe-t-il un descriptif précis des actions en cours, d'un état des lieux de la mise en œuvre du plan selon les programmes et les territoires ?

■ Le GRSP utilise-t-il de façon partagée le système d'information du PRSP qui permet de classer toutes les actions de santé publique de la région selon leur thématique, leur public cible, leur territoire de proximité... ?

■ La répartition des modalités d'intervention correspond-elle à ce qui avait été décidé dans la programmation du PRSP ? Correspond-elle aux besoins ?

■ Y a-t-il un différentiel (si oui, lequel ?) entre les priorités et thématiques définies dans la programmation et le champ des programmes et actions réalisés ?

■ Les populations ciblées dans le PRSP ont-elles été atteintes ?

■ Territoires : des actions ont-elles été développées sur les territoires ciblés par le PRSP, y compris lorsque le niveau territorial est relativement fin ?

■ Concernant la part des projets innovants :

- les modalités d'instruction et de suivi des actions permettent-elles de repérer les innovations en prévention ?
- quel est le taux de répartition entre actions nouvelles innovantes, souvent à l'état de microprojets, par rapport aux actions pouvant relever de contractualisations plus inscrites dans la durée ?

Axe 4 : Les impacts du PRSP

8. Les impacts du PRSP à moyen et long terme

L'analyse des effets s'attache à évaluer l'influence des services (ou des activités) sur les états de santé. Elle consiste à mesurer l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire le rapport entre les services produits et les effets, qui traduit la capacité de l'intervention à modifier les états de santé. Les effets peuvent être à court terme, moyen terme, long terme. L'impact d'un programme est l'ensemble des effets positifs et négatifs, primaires ou secondaires, générés par une action directement ou non, intentionnellement ou non. Déterminer les impacts du programme consiste à connaître les effets réellement entraînés par l'application du programme, ceux-ci sont d'autant plus difficiles à définir que l'on s'éloigne de l'intervention.

8.1. L'impact du PRSP sur la structuration de la politique de santé

8.1.1. Le plan a-t-il permis d'impulser une dynamique régionale en améliorant la cohérence entre les différents acteurs et entre les différentes démarches ?

- La mise en place du GRSP a-t-elle modifié l'implication des partenaires dans les politiques régionales de santé (par ex. : mobilisation de nouveaux / retrait d'anciens) ?
- Les zones d'intervention des différents acteurs ont-elles été modifiées ? Cette question sous-tend la connaissance précise des zones d'intervention des différents acteurs grâce à laquelle pourront être identifiées, par exemple, les zones de doublonnage et les zones blanches de l'intervention des différents acteurs régionaux.
- Le champ du PRSP a-t-il été défini de façon à ce que les différents acteurs de la région se sentent concernés ? Le PRSP a-t-il été conçu en lien direct avec les collectivités territoriales (ex. : les PMI sur périnatalité) ? Le PRSP prend-il en compte les zones urbaines sensibles (ZUS) ?
- Les acteurs de santé publique, qu'ils soient ou non membres du GRSP, définissent-ils leurs actions relativement au PRSP ? (Sous-jacent : le champ du PRSP a-t-il été bien défini pour permettre aux différents acteurs régionaux de se positionner sur l'un ou l'autre domaine notamment lorsqu'ils y ont déjà des attributions ?)
 - Dans la mise en œuvre du PRSP, la gouvernance sur certains thèmes a-t-elle été bien définie et notamment éventuellement déléguée à l'un ou l'autre des partenaires du GRSP ?
 - Par exemple : la PMI pourrait être désignée comme animateur global de la politique de périnatalité...
- Comme image de la participation des différents acteurs, on peut s'interroger sur la capacité à mobiliser des ressources : des services de l'État, des caisses, des collectivités territoriales.
 - Plus particulièrement, par rapport à l'organisation régionale d'avant la loi, dans quelle mesure y a-t-il eu une participation (financière ?) accrue des partenaires ?
- Sur l'articulation entre les différentes démarches (prévention, dépistage, curatif...) on peut s'interroger sur les liens entre différents acteurs de chacun de ces domaines.

8.1.2. Le GRSP est-il considéré comme un levier en santé publique ?

Cette question peut être abordée du point de vue du promoteur ou de celui des institutionnels.

Pour les promoteurs

- Les nouvelles procédures en place pour la mise en œuvre des actions sont-elles facilitantes ou à l'inverse contraignantes ?
- Est-ce que l'organisation du GRSP correspond aux besoins pour la mise en œuvre des actions (structure physique, fonctionnement, mode de gestion), pour définir et mettre en œuvre une stratégie, des moyens, des procédures adaptées aux objectifs du plan ?
- Est-ce que la mise en place du GRSP a permis de faciliter l'accompagnement et la qualité des actions ?
- Leur a-t-on facilité le fonctionnement pour qu'ils développent leurs actions ?

Du point de vue des institutionnels sur les porteurs de projets

- Les appels à projets portés par le GRSP ont-ils fait évoluer la typologie des porteurs de projets : grandes associations *versus* petites ou récentes, projets innovants *versus* projets abondant le budget de fonctionnement des associations, ancrage dans une logique de réponse aux besoins des populations.
- Y a-t-il équilibre entre financements non pérennes et financements de structures ?

8.1.3. La mise en œuvre du PRSP par le GRSP s'est-elle appuyée sur une logique d'adéquation de l'offre aux besoins ?

Quelle pertinence ?

- Les populations cibles ont-elles effectivement et directement bénéficié des actions et programmes du PRSP et dans quelle proportion ?
- Le diagnostic territorial partagé a-t-il été utilisé comme une mesure du besoin dans le PRSP (thèmes, populations, géographie) ?
- Le GRSP s'est-il appuyé sur des études de connaissances des cultures et des comportements individuels ou collectifs pour justifier de ses décisions et des modalités d'intervention mises en jeu ?

8.2. L'impact du PRSP sur l'approche territoriale de la politique de santé

On pourra s'interroger sur l'impact du PRSP dans la construction territoriale des politiques de santé de la région. On pourra questionner aussi les éventuels effets pervers qui feraient que la désignation de territoires prioritaires aurait conduit à exclure certains territoires.

Plus spécifiquement sur les politiques de la ville on s'interrogera sur l'interface de la mise en œuvre du PRSP avec les politiques locales de santé : ASV, plans locaux de santé publique, volet santé des CUCS, voire avec les politiques sociales (logement...). Pour répondre, il pourra être utile de s'interroger :

- Le réseau des correspondants territoriaux du GRSP est-il en capacité de répondre à des besoins localisés ou à des politiques transversales telle la politique de la ville ?
- Quelle est la part des projets territoriaux dans lesquels le GRSP est un cofinanceur ?

8.3. L'impact du PRSP sur la mobilisation des ressources de la politique de santé

Pour mesurer la plus-value de la mise en œuvre du PRSP par le GRSP sur le financement des actions de santé publique et notamment la mobilisation de moyens au-delà des enveloppes traditionnelles, plusieurs pistes de questionnement :

- Quelles sont les montants des cofinancements du budget du GRSP : notamment la part « non État » dans le budget du GRSP ?
- Les membres du GRSP ont-ils mis à disposition du GRSP du personnel : quelle est la part dans l'équipe GRSP des ETP d'origine « État » au regard des mises à disposition par les autres membres du GRSP ?

8.4. L'impact du PRSP sur les acteurs et les pratiques

De manière assez générale, ce chapitre traite de l'analyse de l'effet fédérateur du PRSP et du GRSP, tant sur les décideurs/financeurs institutionnels que sur les opérateurs.

8.4.1. L'impact sur le partenariat institutionnel

- Le PRSP a-t-il réussi à faire adhérer les acteurs régionaux à une stratégie globale de santé publique ?
- Le PRSP est-il considéré comme le document de référence régionale en santé publique, par les acteurs qui ne participent pas au financement du GRSP, y compris pour ce qui concerne le secteur social, médico-social, éducatif et sportif ?
- La mise en place du GRSP a-t-elle apporté une plus-value en termes de partenariats, d'adhérents ?
 - Mobilisation des services de droit commun : État, assurance-maladie, collectivités locales...
 - Attraction de nouveaux acteurs.
- Les acteurs issus de la décentralisation ou de l'assurance-maladie sont-ils des membres actifs du GRSP ?
 - Partage de compétences.
 - Mise à disposition du personnel.
 - Abondement du budget du GRSP.

8.4.2. L'impact sur le partenariat associatif

- La coordination des opérateurs dans les territoires a-t-elle été améliorée ?
- De nouvelles coopérations ont-elles été créées ?
- Quelle est l'influence de ce nouveau montage sur la dynamique associative ? A-t-il permis de faire émerger de nouveaux projets ?
- Quel est le degré de satisfaction des promoteurs ? Le GRSP est-il bien perçu par tous les acteurs régionaux de santé publique ?

8.4.3. L'impact sur les pratiques et actions

- Les pratiques professionnelles et la qualité des actions se sont-elles améliorées ? La culture du résultat s'est-elle développée ?
- Les modalités d'intervention ont-elles progressé et se sont-elles diversifiées ?
- Le GRSP a-t-il élaboré une grille d'accompagnement des promoteurs dans leur propositions d'intervention et une grille d'analyse des dossiers pour les instructeurs ?

8.5. L'impact sur l'accès à la prévention et aux soins

8.5.1. En quoi le PRSP a-t-il permis de réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ?

8.5.2. Les populations les plus vulnérables, les milieux ou les territoires les plus éloignés en matière de prévention (population en situation de précarité, populations en milieu carcéral, gens du voyage, zones isolées...) ont-elles bénéficié des actions et programmes du PRSP ?

8.6. L'impact du PRSP sur la santé des populations

Ce chapitre traite de l'impact final du PRSP sur l'amélioration de la santé de la population, des bénéfices que la population peut attendre de sa mise en œuvre et qui peuvent lui être effectivement rapportés. Il concerne les effets attendus du PRSP ainsi que ceux non attendus :

- les résultats en termes d'impact sur la santé ;
- les résultats obtenus sur les déterminants de santé ;
- les aspects relevant de la réduction des inégalités de santé.

8.7. La mise en œuvre du PRSP a-t-elle permis une meilleure appropriation des questions de santé parmi la population de la région ?

9. Le rendement des ressources (efficience)

L'efficience peut se définir comme le rendement des moyens mis en œuvre (ce qui renvoie à la notion de performance) : il pourrait être intéressant de prendre en compte, outre l'efficience budgétaire, l'efficience du management et l'efficience des moyens matériels.

Dans le domaine de la santé, la démarche qui consiste à rechercher l'efficience est souvent absente des processus décisionnels des différents acteurs. Cependant, la contrainte financière, qui pèse de plus en plus fortement sur le système de santé, rend nécessaire la prise en compte de l'allocation optimale des ressources. La définition de critères d'efficience peut donc être un instrument utile pour les décideurs.

L'efficience du PRSP interroge les résultats obtenus par rapport aux ressources allouées. Nous avons habituellement des difficultés à donner le coût d'un programme, car le plus souvent nous ne prenons en compte qu'une partie du programme (par exemple les priorités, les nouvelles actions...), sans intégrer tout ce qui est réalisé sur le thème...

Il est néanmoins possible de dégager quelques pistes :

- Faire une approche générique par axe puis développer par question.
- Quelle est la part des financements du GRSP accordés pour l'amélioration de la qualité des actions, des protocoles, l'évaluation ? (Utilisation de méthodes validées par les instances scientifiques ou des « conférences de consensus »).
- Quel poids économique de la prévention financée dans le cadre du PRSP :
 - pour chaque organisme financeur, par rapport aux dépenses de prévention ?
 - pour chaque organisme financeur, par rapport au financement global lié aux dépenses de santé ?
- Rendement économique des ressources :
 - En comparant par exemple les coûts de deux interventions visant les mêmes finalités.
 - Les ressources utilisées ont-elles eu un rendement satisfaisant ?
- Indicateur d'efficience : quel est le nombre et le type des bénéficiaires finaux ? Quelle part cet effectif représente-t-il par rapport à la population globale ou au regard de certaines populations cibles (social, culture, susceptibilités génétiques, inégalités, territoires...). Quel est le coût, ramené à un bénéficiaire final, par type d'action, modalité d'intervention, public cible, thématique, axe, objectif et territoire ? (Ex. : coût unitaire par personne dépistée et taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein).
- Explication des éventuels surcoûts et retards.
- La non-homogénéité de la répartition de ce coût selon les territoires ou les populations est-elle explicable par une prise en compte de spécificités culturelles ou de précarité (efficience et inégalités de santé) ?

Conclusion

Nous avons tenté une présentation des différentes étapes de l'évaluation des PRSP pour faciliter sa réalisation. Bien évidemment il appartiendra aux acteurs de l'évaluation de déterminer les modalités précises de déroulement de leur évaluation ainsi que le champ d'interrogation sur lequel portera la démarche. Dans la perspective d'une qualité des travaux d'évaluation, plusieurs facteurs internes et externes indispensables au succès de l'évaluation.

Parmi les **facteurs internes** qui visent essentiellement l'animation de la démarche, on retiendra comme éléments clés de la qualité des travaux d'évaluation des facteurs généraux comme ne pas sous-estimer les ressources en temps et en argent nécessaires à la démarche et être attentif aux compétences des chargés d'évaluation. Dans le cours de l'évaluation, le fonctionnement même du comité de pilotage est important (notamment la présence effective à la fois du politique et du technique et l'existence d'un mandat fort, la prise en compte de la pluralité des points de vue, la qualité des comptes rendus et des rapports).

Concernant la trame des travaux, il s'agira d'orienter la démarche vers des résultats pragmatiques, au sens de recommandations pratiques, de ne pas se laisser envahir par la question des indicateurs (question subsidiaire par rapport à celle des objectifs de la démarche), de prévoir dès le départ le type de productions attendues de l'évaluation (publication, séminaire de restitution, rapport...).

Parmi les **facteurs externes** à l'évaluation, les travaux seront facilités par l'existence d'un système de suivi préexistant, ainsi que par la disponibilité et l'accessibilité des données. Concernant les finalités de l'évaluation, pour donner le maximum de chances aux recommandations, la temporalité de la démarche devrait prendre en compte les grandes échéances politiques ou administratives de la planification.

Même si les contextes variables d'une région à l'autre amèneront à des évaluations des PRSP différentes dans chaque région, on peut avancer avec certitude que ces travaux permettront d'améliorer les logiques de programmation des plans ou programmes à venir.

Bibliographie

Liste des abréviations

Bibliographie

RÉGLEMENTATION

Décret n° 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

Circulaire interministérielle du 9 décembre 1993 (évaluation dans CPER).

Décret n° 98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à l'évaluation des politiques publiques.

Circulaire du 28 décembre 1998 relative à l'évaluation des politiques publiques.

Circulaire du 25 août 2000 relative à la mise en œuvre de l'évaluation dans les procédures contractuelles (contrats de plan, contrats de ville et d'agglomération, contrats de pays, contrats conclus avec les parcs naturels régionaux) pour la période 2000-2006.

Décret n° 2003-1134 du 26 novembre 2003 relatif au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale.

GUIDES

Viveret P., *L'évaluation des politiques et actions publiques*, Paris : La Documentation française, 1989.

Conseil scientifique de l'évaluation, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, mai 1996.

Commissariat général au Plan, *Guide pour la préparation et la conduite des évaluations régionales*, juin 2003.

Ministère des Affaires étrangères, *Guide de l'évaluation*, nouvelle édition complétée et révisée, juin 2005.

En ligne : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/pdf/Guide_de_l_evaluation_2005.pdf

[dernière consultation le 30/04/2008].

Sizaret A., Fournier C., *Évaluation : mode d'emploi*, atelier d'échange international sur les enjeux de l'évaluation des interventions de promotion de la santé, Paris, les 8 et 9 décembre 2005, Paris : Inpes, 2005.

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/885.pdf> [dernière consultation le 03/04/2008].

Trosa S., *L'évaluation des politiques publiques*, Institut de l'entreprise, 2003.

En ligne : <http://www.institut>

[entreprise.fr/fileadmin/Docs_PDF/travaux_reflexions/benchmarking/politiques_publicques.pdf](http://www.institutentreprise.fr/fileadmin/Docs_PDF/travaux_reflexions/benchmarking/politiques_publicques.pdf) [dernière consultation le 03/04/2008].

RAPPORTS

Sénat, *Placer l'évaluation des politiques publiques au cœur de la réforme de l'État*, rapport d'information n° 392, juin 2004.

En ligne : <http://www.senat.fr/noticerap/2003/r03-392-notice.html> [dernière consultation le 03/04/2008].

OUVRAGES

Lamarque D., *L'évaluation des politiques publiques locales*, LGTD, système collectivités locales, octobre 2004.

OCDE, *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et à la gestion axée sur les résultats*, 2002.

Patton M.Q., *Utilization Focused Evaluation: The New Century Text*, Sage Publications, 1997: p. 23 (431 p.).

Perret B., *L'évaluation des politiques publiques*, Paris : La Découverte, 2001.

REVUES

- Le Bouler S., « Panorama de la situation en France : les institutions, les acteurs, les promoteurs », *Informations sociales*, septembre 2003, n° 110, p. 26-33.
- Perret B., « L'évaluation des politiques publiques : problématique générale », *Informations sociales*, septembre 2003, n° 110, p. 14-25.
- Spentheuer V., « Une approche historique de la notion de politiques publiques », *Informations sociales*, septembre 2003, n° 110, p. 34-45.
- Tenzer N., « Une politique peut-elle être évaluée ? », *Informations sociales*, septembre 2003, n° 110, p. 58-68.
- Lajudie B., « Nécessité de l'évaluation », *Pouvoirs locaux*, n° 57, juin 2003.
- Le Bouler S., « Les territoires de l'évaluation », *Pouvoirs locaux*, n° 57, juin 2003.
- Chanut V., « Contes et mécontes d'une connaissance ordinaire », *Pouvoirs locaux*, n° 57, juin 2003.
- Trosa S., « L'évaluation en France », *Pouvoirs locaux*, n° 57, juin 2003.
- J.-L. Bœuf, « L'évaluation des politiques publiques » in *Problèmes politiques et sociaux*, n° 853, La Documentation française, février 2001.
- Vandoorne C., Jabot F., Fond-Hamrant L., « Éducation pour la santé : les défis de l'évaluation », *La Santé de l'Homme*, n° 390, 2007, p. 11-55.

ARTICLES

- Marceau R., Otis D., Simard P., « La planification d'une évaluation de programme », in Parenteau R., Ethier G., *Management public : comprendre et gérer les institutions de l'État*, Sillery : Presses de l'université du Québec, 1992, p. 445-477.
- Contandriopoulos A. P., Champagne F., Denis J.-L., Pineault R., Avargues M.-C., « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 48, 2000, p. 517-539.
- Mc Queen D., Anderson L.M., « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, n° 1, vol. 7, 2000.
- Trosa S., Perret B., « Vers une nouvelle gouvernance publique ? La nouvelle loi budgétaire, la culture administrative et les pratiques décisionnelles », *Esprit*, février 2005, p. 65-85.

SITES À CONSULTER EN LIGNE

- Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr
- Portail de l'évaluation des politiques publiques : www.evaluation.gouv.fr
- Société française de l'évaluation : www.sfe.asso.fr

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
ASV	Atelier santé-ville
CA	Conseil d'administration
CRES	Comité/collège régional d'éducation à la santé
CODES	Comité départemental d'éducation à la santé
CIRDD	Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances
CNS	Conférence nationale de santé
CRS	Conférence régionale de santé
CUCS	Contrat urbain de cohésion sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction générale de la santé
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPS	Éducation pour la santé
FNES	Fédération des comités d'éducation pour la santé
FNORS	Fédération des observatoires régionaux de la santé
GRSP	Groupement régional de santé publique
GRPES	Groupe régional programme étude et statistiques
HCSP	Haut Conseil de santé publique
HAS	Haute Autorité de santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MRIICE	Mission régionale et interdépartementale d'inspection contrôle évaluation
ORS	Observatoire régional de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRSP	Plan régional de santé publique
PNNS	Programme national nutrition santé
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
SREPS	Schéma régional d'éducation pour la santé
SI-PRSP	Système d'information des PRSP : recueil informatisé des actions de mise en œuvre du PRSP
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance-maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
ZUS	Zones urbaines sensibles

Annexes

CHARTRE DE L'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES PROGRAMMES PUBLICS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE L'ÉVALUATION



Charte de l'évaluation des politiques publiques et des programmes publics

adoptée par l'assemblée générale extraordinaire de la SFE, le 21 juin 2006

Préambule

L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts.

L'évaluation contribue ainsi à rationaliser la prise de décision publique, à moderniser la gestion de l'administration et des services publics et à rendre plus efficace la dépense publique. Elle contribue simultanément au développement de la responsabilité et des pratiques de compte rendu interne ou externe, ainsi qu'à l'apprentissage organisationnel. Elle participe aux progrès parallèles de la bonne gestion et du débat démocratique à tous les niveaux de gouvernement.

Ainsi définis, les enjeux de l'évaluation des politiques et programmes publics dépassent ceux de ses protagonistes directs et concernent l'ensemble des citoyens. L'évaluation doit être décidée, organisée et conduite en vue de l'intérêt général. C'est pour cela qu'elle doit s'exercer dans un cadre institutionnel explicite et que sa pratique doit être régie par des principes spécifiques.

Les membres de la SFE déclarent adhérer aux principes de la « Charte de l'évaluation », s'engagent à les appliquer en tenant compte des contextes particuliers rencontrés et à promouvoir la charte tant dans leur milieu professionnel qu'auprès des personnes et institutions concernées par l'évaluation et la délibération publique.

Charte de la SFE

• Principe de pluralité

L'évaluation s'inscrit dans la triple logique du management public, de la démocratie et du débat scientifique. Elle prend en compte de façon raisonnée les différents intérêts en présence et recueille la diversité des points de vue pertinents sur l'action évaluée, qu'ils émanent d'acteurs, d'experts, ou de toute autre personne concernée.

Cette prise en compte de la pluralité des points de vue se traduit – chaque fois que possible – par l'association des différentes parties prenantes concernées par l'action publique ou par tout autre moyen approprié.

• **Principe de distanciation**

L'évaluation est conduite de façon impartiale. Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel informent les autres partenaires de tout conflit d'intérêt éventuel.

Le processus d'évaluation est conduit de façon autonome par rapport aux processus de gestion et de décision. Cette autonomie préserve la liberté de choix des décideurs publics.

• **Principe de compétence**

Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel mettent en œuvre des compétences spécifiques en matière de conception et de conduite de l'évaluation, de qualité de la commande, de méthodes de collecte de données et d'interprétation des résultats. Elles ont le souci d'améliorer et de mettre à jour leurs compétences, notamment en référence à celles en usage dans la communauté internationale de l'évaluation.

• **Principe de respect des personnes**

Les personnes participant au processus d'évaluation à titre professionnel respectent les droits, l'intégrité et la sécurité de toutes les parties concernées.

Elles s'interdisent de révéler l'origine nominative des informations ou opinions recueillies, sauf accord des personnes concernées.

• **Principe de transparence**

La présentation des résultats d'une évaluation s'accompagne d'un exposé clair de son objet, de ses finalités, de ses destinataires, des questions posées, des méthodes employées et de leurs limites, ainsi que des arguments et critères qui conduisent à ces résultats.

La diffusion publique des résultats d'une évaluation est souhaitable. Les règles de diffusion des résultats sont établies dès le départ. L'intégrité des résultats doit être respectée, quels que soient les modalités ou les supports de diffusion retenus.

• **Principe d'opportunité**

Une évaluation doit être décidée lorsqu'elle est susceptible de – et organisée afin de – produire des résultats à l'égard des finalités mentionnées au préambule de cette charte : compte rendu démocratique, efficacité de la dépense, apprentissage organisationnel, facilitation d'évaluations ultérieures.

• **Principe de responsabilité**

La répartition des rôles entre les différents acteurs de l'évaluation est établie dès le départ de façon à ce que toutes les fonctions de celle-ci soient bien prises en charge (définition du mandat, pilotage du processus, enquêtes et analyses, formulation du jugement et des recommandations éventuelles, diffusion des résultats).

Les personnes et institutions participant au processus d'évaluation mobilisent les moyens appropriés et fournissent les informations nécessaires à la conduite de l'évaluation.

Elles sont conjointement responsables de la bonne application des principes énoncés dans cette charte.

EXEMPLE DE MANDAT DU COMMANDITAIRE DE L'ÉVALUATION AU PRÉSIDENT DE L'INSTANCE D'ÉVALUATION

Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Direction régionale
des affaires sanitaires et sociales
Provence-Alpes-Côte d'Azur

Mission Régionale Inspection Contrôle Évaluation
Suivi du dossier : Léopold CARBONNEL
Tél. : 04 91 29 69 77 / fax 04 91 78 43 82
leopold.carbonnel@sante.gouv.fr

Marseille, le 31 août 2007

Monsieur,

L'article L. 1411-11 du code de la santé publique indique que le « plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation ». Le plan régional de santé publique (PRSP) de la région PACA a été arrêté par le préfet de région le 11 juin 2006, et couvre la période 2005-2009. Afin de tirer tous les enseignements de la première année de mise en œuvre avec le nouvel outil qu'est le GRSP, je souhaite faire procéder à une évaluation intermédiaire du PRSP.

L'objectif de cette évaluation est d'aboutir à des préconisations d'évolution du plan et de ses modalités de mise en œuvre au printemps 2008, dans la perspective d'une mise en œuvre opérationnelle pour la campagne d'instruction 2009. Cette évaluation intermédiaire pourra également préparer, pour certains aspects, la prochaine génération des PRSP.

Afin de réaliser cette démarche, j'ai souhaité composer une instance d'évaluation indépendante à laquelle j'ai l'honneur de vous convier.

Cette instance aura les missions suivantes :

- déterminer un nombre limité de questions évaluatives ;
- valider le cahier des charges du prestataire externe chargé de l'évaluation ;
- après appel d'offres, choisir le prestataire ;
- auditionner toute personne qu'elle juge utile (décideur, pilote de programme, instructeur...) ;
- valider le rapport de l'évaluateur externe et proposer ses recommandations.

Le champ de cette évaluation est large, puisqu'il recouvre la totalité du plan, comprenant 20 programmes et 2 outils que sont le schéma régional d'éducation à la santé et le programme régional d'études et statistiques.

Néanmoins, je souhaite que l'instance à laquelle vous participerez s'attache à quelques points :

- la pertinence des objectifs au regard du diagnostic sur l'état de santé des habitants de la région ;

- la cohérence interne du plan et de ses 20 programmes ;
- la capacité du plan à être approprié par les acteurs et à entraîner une dynamique de projet ;
- la capacité et l'adaptabilité du plan à toucher les publics visés et à territorialiser ses actions ;
- la capacité du GRSP à mettre en œuvre des stratégies adéquates à l'atteinte des objectifs régionaux de santé ;
- l'articulation du plan avec les autres dispositifs sanitaires et sociaux et sa capacité à agir en complémentarité.

Afin de réaliser ce travail, vous disposerez d'un groupe d'appui technique composé des services du GRSP, de la DRASS, de l'ARH, de l'URCAM et de la Ville de Marseille. Ce groupe d'appui assurera le secrétariat de l'instance et préparera ses travaux. Ce groupe est coordonné par M. Léopold Carbonnel, chargé de mission Évaluation de la DRASS et du GRSP.

Par ailleurs, vous disposerez d'un budget de 100 000 euros pour faire procéder à des études d'évaluation, notamment le recours à un ou plusieurs prestataires externes.

Le travail de l'instance que vous présidez sera articulé avec celui de la Conférence régionale de santé. Le présent mandat d'évaluation a été soumis pour avis à la commission spécialisée de la CRS, et la conclusion de vos travaux sera débattue en séance plénière.

Afin d'assurer une bonne cohérence entre les travaux de l'instance et ceux de la Conférence régionale de santé, un représentant de la commission spécialisée de la CRS est également membre de l'instance d'évaluation.

La remise du rapport de l'instance est souhaitée pour le 31 mai 2008 et un point intermédiaire pour le 31 décembre 2007.

Je vous remercie vivement de votre implication dans cet exercice, et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales
Jean CHAPPELLET

EXEMPLE DE COMPOSITION D'INSTANCE

Évaluation du dispositif national de mise en place des pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé

Liste des membres de l'instance d'évaluation

Présidence de l'instance : INPES

• Niveau national

Institution	Personne pressentie
DGS	C.G., X.C.
Éducation nationale	C.K.
CNAMTS	C.G.
DIV	C.R.
INPES	A.-C.M., M.V., A.F., J.G.

• Niveaux régional et local

Région / ville	Structure	Personne pressentie
Alsace	URCAM	S.F.
Bretagne	DRASS	J.-P.N.
Île-de-France	URCAM	A.P.
Évry	ASV	N.L.
Languedoc-Roussillon	Conseil régional DDASS 66	B.R. D.K.
PACA	DRASS/GRSP	L.C.
Picardie	DRASS	E.R.
Bourgogne	CORES	I.M.
Champagne-Ardenne	CODES 52	E.B.
Centre	FRAPS	E.R.
Franche-Comté	CRES	P.A.
Haute-Normandie	CRES	C.B.
Limousin	ANPAA 87	D.G.
Pays de la Loire	CREDEPS	P.P.L.
La Réunion	CRES	B.B.

LE CAHIER DES CHARGES



Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Provence-Alpes-Côte d'Azur
et
Groupement régional de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur

Évaluation intermédiaire du plan régional de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur 2005-2009

I. Exposé des motifs

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a confié au préfet de région le pilotage de la politique régionale de santé publique. L'article L. 1411-11 du code de la santé publique précise :

« En vue de la réalisation des objectifs nationaux, le représentant de l'État arrête, après avis de la Conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12, un Plan régional de santé publique. Ce plan comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail et un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ; il tient compte du droit pour les personnes détenues, même dans le cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire en application des articles 723 et 723-7 du code de procédure pénale, d'accéder aux dispositifs mis en œuvre en application de l'article L. 6112-1 du présent code. Le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-1 prend en compte les objectifs de ce plan. »

Pour la région PACA, le PRSP a été arrêté le 11 juin 2006, après une phase d'élaboration qui a démarré au cours de l'année 2005. Il a été complété par un additif pris le 6 août 2007. Il comporte à ce jour 5 axes et 23 programmes d'actions. Il couvre une période quinquennale 2005-2009 (*cf.* en annexe le contenu du plan). La loi du 9 août 2004 précise également que le PRSP est mis en œuvre par un groupement d'intérêt public créé à cet effet, le Groupement régional de santé publique, présidé par le préfet de région. En région PACA, le premier conseil d'administration du GRSP a eu lieu le 1^{er} juin 2006. Son fonctionnement est opérationnel depuis la date officielle de sa création juridique, le 23 octobre 2006 (publication de l'arrêté d'approba-

tion de la convention constitutive).

Le GRSP a notamment pour mission d'arrêter les conditions de mise en œuvre des programmes, de décider des projets éligibles à un financement, de développer des coopérations, de favoriser le rapprochement des acteurs de l'observation sanitaire et sociale, d'assurer le suivi et l'évaluation des actions qu'il finance, de contribuer à l'évaluation des programmes et de communiquer sur les actions de santé publique.

L'article L. 1411-11 du code de la santé publique indique que le « Plan régional de santé publique ainsi que les programmes définis par la région font l'objet d'une évaluation ».

Afin de tirer tous les enseignements de la première année de mise en œuvre avec le nouvel outil qu'est le GRSP, la DRASS souhaite faire procéder à une évaluation intermédiaire du PRSP.

II. Les finalités de l'évaluation

Le PRSP couvre la période 2005-2009, mais il a été arrêté par le préfet de région le 22 juin 2006. Il est donc en cours de mise en œuvre. Pour autant, le PRSP est évolutif: il doit en particulier intégrer les nouveaux plans nationaux (cela a été le cas récemment au mois d'août 2007 avec l'intégration de trois nouveaux programmes), et il a vocation à s'améliorer en cours de programmation, notamment pour tenir compte de l'évolution de l'environnement.

Aussi, l'évaluation intermédiaire doit permettre d'ajuster en cours de programmation le contenu et les modalités de mise en œuvre du plan.

Dans la mesure où il s'agit d'une évaluation intermédiaire, il ne sera pas demandé une évaluation d'impact en termes de résultat de santé.

III. Le champ de l'évaluation

Le champ de l'évaluation recouvre le plan dans son ensemble, comprenant les 23 programmes, assortis des indicateurs et territoires prioritaires, et deux outils supports que sont le schéma régional d'éducation pour la santé et le programme d'études et de statistiques.

Il ne s'agit pas d'évaluer l'exhaustivité des programmes, mais bien la cohérence et la dynamique du plan dans son ensemble.

IV. Les objectifs

L'objectif de cette évaluation est d'aboutir à des préconisations d'évolution du plan et de ses modalités de mise en œuvre au printemps 2008, dans la perspective d'une mise en œuvre opérationnelle pour la campagne d'instruction 2009.

Cette évaluation intermédiaire pourra également préparer, pour certains aspects, la prochaine génération des PRSP.

V. Les questions évaluatives

Les questions sont structurées en trois axes principaux et déclinées en neuf questions plus précises. Celles-ci ont été élaborées par l'instance d'évaluation, à partir du mandat confié par la DRASS.

Axe 1 : Conception et structuration du PRSP PACA

1. Diagnostic des besoins et élaboration des priorités

- Qualité et homogénéité de la méthode de diagnostic
- Méthode de priorisation et pertinence des priorités (thématiques, populationnelles, territoriales) au regard du diagnostic

2. Cohérence interne et externe de la structure et du découpage

- Articulation des thèmes (nationaux, régionaux)
- Articulations entre les programmes
- Articulations du PRSP avec les autres politiques régionales de santé (politique du conseil régional, SROS, plan régional de l'assurance-maladie, schémas départementaux de l'organisation sociale et médico-sociale, plans MILDT...)
- Articulation et cohérence du PRSP avec les plans locaux de santé publique

3. Logique d'intervention

- Les stratégies d'intervention des différents programmes apparaissent-elles explicitement dans les objectifs ?
- Est-elle homogène selon les programmes ?

Axe 2 : Modalités de mise en œuvre et degré d'implantation

4. Procédure de mise en œuvre et de décision

- Processus de mise en œuvre (processus d'appel à projet et d'instruction)
- Processus de décision (critères de sélection et de priorisation des actions faisant l'objet de financements)
- Effectivité de la mobilisation des moyens financiers, degré de mutualisation et coordination des cofinancements

5. Processus d'animation des territoires et des programmes

- Animation et management des programmes/prise en compte de la transversalité
- Animation et management des territoires/prise en compte des inégalités territoriales

6. Qualité des processus d'échanges, de communication et de concertation avec les partenaires et acteurs de terrain

- Outils de communication (outils propres du GRSP et effets sur la coopération en matière de communication entre les partenaires en santé publique)
- Méthode de recueil continu des besoins ressentis et de leur évolution
- Méthode de concertation

7. Processus de suivi et d'évaluation des actions et des programmes

- Réalisation d'un bilan qualitatif des réalisations par programme (année 2006 et 2007)
- Pertinence et fiabilité des indicateurs
- Qualité du système d'information
- Usage décisionnel

Axe 3: Impacts sur les acteurs et le partenariat

8. Impacts sur les acteurs de terrain et l'offre régionale en matière de prévention et d'éducation à la santé

- Appropriation, valeurs partagées
- Lisibilité/acceptabilité du plan
- Impact sur les pratiques professionnelles, notamment la diffusion des méthodes de participation des usagers aux stratégies d'intervention
- Diffusion de la culture du résultat
- Développement d'innovations et d'expérimentations
- Pérennisation des actions
- Identification d'éventuels effets d'aubaine ou de logique de guichet
- Satisfaction/perception des acteurs

9. Impacts sur les partenaires institutionnels et la politique de santé

- Implication réelle des partenaires, effet fédérateur
- Mobilisation effective des crédits, effets leviers financiers
- Effets sur le développement des politiques locales
- Émergence de nouvelles coopérations
- Impact sur les modalités de participation des usagers sur les politiques de santé
- Meilleure connaissance des stratégies de prévention efficaces

VI. La méthodologie attendue

Le prestataire proposera dans la réponse à la consultation une méthodologie d'évaluation appropriée aux questions évaluatives.

Cette méthodologie devra permettre aux différentes parties prenantes de faire valoir leur point de vue (décideurs, partenaires, techniciens des institutions membres du GRSP, acteurs de terrain).

Il est également attendu une approche permettant d'appréhender les problématiques territoriales.

Il sera attendu des travaux du prestataire :

- un état des lieux qualitatif des réalisations des différents programmes à mi-parcours (années de référence 2006 et 2007) ;
- un jugement évaluatif sur les différentes questions ;
- des recommandations d'évolution sur la méthodologie d'élaboration du plan, son contenu, ses modalités de mise en œuvre.

VII. Documents existants et bilan informationnel

Un certain nombre de documents sont déjà disponibles sur Internet (*cf.* lien) et figureront dans le dossier de consultation. Les autres documents seront transmis uniquement au prestataire retenu.

Documents relatifs au PRSP et à son élaboration :

- différentes versions du PRSP (www.paca.sante.gouv.fr) ;
- compte rendu des consultations locales ;
- diagnostics territoriaux (www.paca.sante.gouv.fr) ;

- avis de la CRS.

Documents relatifs à la programmation et au financement des actions :

- programme d'activité 2006-2007 du GRSP ;
- cahiers des charges des programmes pour la campagne 2007 et 2008 (www.briques-sante.fr) ;
- compte rendu du comité des programmes et du conseil d'administration du GRSP (www.grsp-paca.sante.fr) ;
- compte rendu de réunions de travail interne (procédure d'instruction, méthodologie) ;
- rapport d'activité 2006-2007 du GRSP (en cours).

Documents relatifs au suivi et à l'évaluation des actions et des programmes :

- programme d'évaluation 2007 du GRSP ;
- compte rendu de réunion du groupe évaluation et la formation spécialisée de la CRS ;
- rapport d'évaluation du PRAPS (www.paca.sante.gouv.fr) ;
- tableau de bord des indicateurs du PRSP (en cours de finalisation) ;
- outil OSCARS (cartographie des actions) sur certains programmes, en cours de montage pour tous les programmes de l'année 2007 (www.cres-paca.org).

Documents relatifs à la territorialisation :

- plans locaux de santé publique ;
- compte rendu de réunions d'animation territoriale.

VIII. Les acteurs du dispositif de suivi de l'évaluation

• **L'État (DRASS) est le commanditaire** : fixe les objectifs, le calendrier et les moyens dans un mandat d'évaluation qu'elle a adressé aux membres de l'instance d'évaluation.

• **Une instance d'évaluation indépendante**, qui, à partir du mandat qu'elle a reçu du DRASS, a les missions suivantes :

- déterminer un nombre limité de questions évaluatives ;
- valider le cahier des charges du prestataire externe chargé de l'évaluation ;
- après appel d'offres, choisir le prestataire ;
- auditionner toute personne qu'elle juge utile (décideur, pilote de programme, instructeur...);
- valider le rapport de l'évaluateur externe et proposer ses recommandations.

• **Un groupe technique d'appui**. Ce groupe projet restreint est animé par le chargé de mission Évaluation de la DRASS et du GRSP, et composé de membres du GRSP : DRASS, URCAM, ARH, une collectivité.

Il assure les fonctions suivantes :

- préparation du mandat de l'instance ;
- secrétariat de l'instance ;
- préparation du cahier des charges de l'évaluation ;
- gestion de l'appel d'offres ;
- suivi de l'évaluateur externe.

• **La Conférence régionale de santé**. Elle a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation du PRSP. Concernant cette démarche d'évaluation intermédiaire, la CRS est consultée en amont et en aval de la démarche.

En amont, le mandat d'évaluation a été présenté pour avis à la formation spécialisée en évaluation de la CRS. En aval, les recommandations de l'instance d'évaluation lui seront présentées pour débat en plénière. Elle émettra un avis sur celles-ci et sur les orientations.

IX. Structure de l'étude, phasage et calendrier

- Commande du DRASS et installation de l'instance d'évaluation: 14 septembre 2007.
- Réunion de l'instance: validation du cahier des charges et lancement du marché: lundi 8 octobre 2007.
- Commission de sélection des offres (choix de 3 à 4 évaluateurs à faire auditionner par l'instance): mercredi 7 novembre 2007.
- Réunion de l'instance: audition et choix de l'évaluateur externe + présentation d'un bilan informationnel du PRSP: jeudi 8 novembre matin.
- Notification du marché et démarrage de l'évaluation externe: jeudi 15 novembre 2007.
- Réunion de l'instance: présentation structurée d'un point d'avancement: 24 janvier 2008.
- Réunion de l'instance: Remise du pré-rapport final et discussion: 30 avril 2008.
- Remise du rapport final: vendredi 16 mai 2008.
- Réunion de l'instance: élaboration des recommandations finales: avant le 31 mai 2008.
- Présentation des résultats et recommandations à la CRS: avant le 30 juin 2008.
- Élaboration et validation des modifications éventuelles du PRSP: avant le 30 septembre 2008.

X. Dispositions diverses

Budget

Un budget maximum de 85 000 euros HT.

Documents attendus

Il est attendu du prestataire la remise d'une version électronique et de 20 exemplaires reprographiés du rapport final.

Les données recueillies devront figurer en annexes.

Le rapport final devra faire l'objet d'une synthèse de 10 pages maximum.

Il est attendu une présentation orale aux membres des comités sous forme de diaporama d'un point d'étape pour le 24 janvier et pour la présentation du pré-rapport final le 30 avril.

Critères de jugement des offres

- Qualité méthodologique de la réponse (40 %)
- Composition de l'équipe (pluridisciplinarité, expérience en évaluation des politiques publiques) (20 %)
- Connaissance du secteur sanitaire et social (méthodologie santé publique, développement local, connaissance secteur associatif) (20 %)
- Le prix (20 %)

Propriété de l'étude

DRASS et GRSP

Procédure

Le marché d'évaluation est un marché de service passé selon la procédure adaptée (art. 28 du CMP).

XI. Annexes

Mandat et membres de l'instance d'évaluation.

Documents dans le dossier de consultation du marché.

GRILLE D'ANALYSE DES OFFRES DE PRESTATIONS

Prestataire	Compréhension du contexte	Compréhension des questions posées	Qualité de la méthode				Jour de travail	Connaissance du thème, expériences	Composition équipes	Proposition financière	Total points *	Remarques
			Recensement 1	Construction des outils 2	Remplissage 3	Présentation et formation 4						
							1					
							2					
							3					
							4					

*Il sera attribué des notes aux différentes catégories. Celles-ci seront pondérées en fonction de l'importance donnée à ces catégories.

Bureau évaluation des programmes, recherche et prospective DGS/SD1C/C.G./Déc 02

GRILLE DÉTAILLÉE D'ANALYSE DE LA QUALITÉ DES OFFRES DE PRESTATIONS

Extrait du guide réalisé par Eureval C3E (François Mouterde) dans le cadre de l'aide à maîtrise d'ouvrage de la DGS pour l'évaluation des PRAPS I (2002-2004).

La grille d'appréciation de la qualité des offres vise à aider la Direction générale de la santé dans la sélection de prestataires, sur la base de critères pertinents, permettant d'apprécier à la fois l'approche méthodologique, l'organisation du travail et les compétences de l'équipe.

La grille d'appréciation de la qualité des offres est le « pendant » des critères d'attribution qui devraient figurer dans un cahier des charges. On notera une pondération spécifique à chacun des critères, avec un poids plus important attribué aux aspects méthodologiques et aux compétences de l'équipe (30 % chacun par exemple). Ces poids peuvent cependant être réajustés si la Direction générale de la santé le souhaite.

Les pages qui suivent reprennent en détail le contenu de la grille et proposent un tableau synthétique d'analyse de l'ensemble des offres.

PROPOSITION ANALYSÉE:

1. COMPRÉHENSION DU CONTEXTE	pondération du critère	++ Oui	+ Plutôt oui	+/- Plutôt non	- Non
1.1 La proposition fait-elle un rappel des grandes lignes de la politique évaluée dans son contexte historique ?					
1.2 La proposition fait-elle un rappel des grandes lignes de la politique évaluée dans son contexte politique ?					
1.3 Est-ce que la proposition fait état des définitions de base ou des précisions relatives aux principales caractéristiques de la politique évaluée ?					
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation					
2. COMPRÉHENSION DES QUESTIONS POSÉES	pondération du critère	++	+	+/-	-
2.1 Est-ce que la proposition fait preuve d'une bonne compréhension des questions du cahier des charges, et en particulier de la finalité de l'évaluation ?					
2.2 Les consultants proposent-ils un classement des questions prioritaires et secondaires ?					
Si oui, ce classement est-il conforme à l'esprit du cahier des charges ?					
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation					
3. PRINCIPES DE LA MÉTHODE PROPOSÉE	pondération du critère	++	+	+/-	-
3.1 Est-ce que les notions de base de l'évaluation des politiques sont employées à bon escient dans la proposition ? (ex. : notion de situation contrefactuelle, facteurs concurrents, norme de jugement...)					
3.2 À l'inverse, la présence de certains termes étrangers à la démarche d'évaluation constitue-elle un facteur de risque ?					
3.3 L'approche méthodologique envisagée est-elle globalement adéquate ? (équilibre quantitatif/qualitatif)					

Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
4. MODALITÉS DE STRUCTURE ET COLLECTE DE DONNÉES pondération du critère	++	+	+/-	-
4.1 La proposition présente-elle la façon de structurer les données (typologies, définitions, catégories...)? 4.2 Les sources de données (statistiques et autres) sont-elles décrites dans la proposition (nombre de données, sources, qualité)? 4.3 Les modalités de réalisation des entretiens sont-elles définies (face-à-face/ téléphonique, directif/ouvert...)? 4.4 Les consultants proposent-ils d'autres techniques de collectes de données (entretiens de groupe, enquête par questionnaires, observation participante...)?				
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
5 . ANALYSE DES DONNÉES pondération du critère	++	+	+/-	-
5.1 Le protocole d'analyse est-il suffisamment décrit dans la proposition ? 5.2 Le ou les modèles explicatifs sont-ils présentés sous forme de diagramme ou de texte ? À défaut, est-ce que les hypothèses interprétatives sont évoquées en complément de celles figurant dans le cahier des charges ?				
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS pondération du critère	++	+	+/-	-
6.1 La proposition décrit-elle comment les conclusions et recommandations seront déduites des données collectées et de l'analyse ? 6.2 En particulier, est-ce que la proposition montre comment sera traité le problème des normes de comparaison et de jugement ?				
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
7. COMPÉTENCES DE L'ÉQUIPE pondération du critère	++	+	+/-	-
7.1 Les compétences présentes au sein de l'équipe (méthodologies ou sectorielles) sont-elles détaillées dans la proposition ? 7.2 Correspondent-elles aux nécessités du travail (notamment équilibre des différentes formes d'expertises) ?				
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
8. ORGANISATION DU TRAVAIL pondération du critère	++	+	+/-	-
8.1 Comment les indispensables interactions entre le consultant et le comité d'évaluation sont-elles envisagées ? 8.2 Est-ce que le consultant manifeste une capacité à entendre les attentes du comité ? 8.3 Le nombre de réunions du groupe de pilotage est-il suffisant ? Le contenu des réunions est-il décrit ? 8.4 Le mode de travail (responsabilités organisationnelles, thématiques...) est-il précisé ? Le calendrier de travail est-il réaliste ? 8.5 L'allocation des ressources est-elle articulée aux différentes tâches ?				
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				
9. COÛT DE LA PRESTATION pondération du critère	++	+	+/-	-
9.1 La décomposition des différents coûts est-elle claire et lisible et permet-elle de comprendre le prix global de la prestation ? 9.2 Le prix demandé est-il en cohérent avec l'offre de prestation proposée ? Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation				

SYNTHÈSE POUR LA PROPOSITION			
Cote calculée*	/		Cote attribuée /
Points forts • •		Points faibles • •	
Éléments explicatifs ou facteurs à prendre en compte dans l'appréciation 1. 2. 3.			

* Si, comme cela est souhaitable, on a indiqué une pondération des critères dans le cahier des charges, il conviendra d'affecter à chacun des critères le poids correspondant et une note (pe. ++ = 4 ; + = 2 ; +/- = 1 ; - = 0).

ANALYSE COMPARATIVE DES OFFRES / SYNTHÈSE

Offres analysées :

.....
.....

	
Principales forces			
Principales faiblesses			
Principaux commentaires à garder en mémoire pour l'analyse			
Score global			
Coût			
Offre sélectionnée :			
Recommandations pour l'offre sélectionnée :			

EXEMPLE D'ANNEXE TECHNIQUE D'UN CONTRAT D'ÉVALUATION

Évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique et de leur formation dans le cadre d'un programme expérimental mis en œuvre par l'IMEA, juin 2006.

Phase 1 : Étude du cadre logique du programme

A. Première instance d'évaluation

Cette première réunion sera l'occasion de préciser et de valider la méthodologie proposée par les évaluateurs.

Les évaluateurs prendront en compte les suggestions de l'instance d'évaluation quant aux personnes à interviewer et aux ressources documentaires à utiliser. Un relevé des conclusions sera soumis à SD6A.

B. Analyse documentaire

Les évaluateurs étudieront les documents de référence sur le programme et son contexte, dont les documents se rapportant à la médiation familiale et à la médiation sociale et culturelle (groupe de travail DGAS sur la professionnalisation), ainsi que d'éventuels documents recommandés par les membres de l'instance d'évaluation.

Parmi les documents à prendre en compte :

- programmes régionaux de santé publique;
- données épidémiologiques (InVS);
- PRAPS 2^e génération des régions pilotes;
- dossier sur la médiation familiale (CNAF, textes réglementaires sur le diplôme créé en 2004);
- dossier du groupe de travail DGAS sur la professionnalisation de la médiation sociale et culturelle;
- évaluation de la politique de lutte contre le sida 1994-2000, Conseil national de l'évaluation, 2002;
- plan de lutte contre le VIH/sida 2001-2004, DGS;
- programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008, DGS;
- programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006, DGS;
- plans de prévention régionaux de l'infection à VIH, DRASS/DDASS;
- bilan qualitatif et quantitatif de la mise en œuvre du programme fait en 2003 (Pluralis);
- données et informations issues du dispositif de suivi des médiateurs.

L'étude se fera à l'aide d'une grille de lecture retraçant les questions de l'évaluation, axée sur les relations de cause à effet entre les éléments du programme. Elle contribuera ainsi conjointement avec les entretiens auprès des responsables (étape C) à en dessiner un cadre logique qui sera inclus dans le dossier de présentation du prestataire.

C. Entretiens avec le responsable du programme à SD6A et à l'IMEA, et réunion de groupe des formateurs

Le bureau SD6A, le responsable du programme de l'IMEA, les formateurs des médiateurs seront interviewés respectivement en face-à-face et lors d'une réunion de groupe.

Ils seront invités à se prononcer sur les thèmes suivants :

- les critères et modalités de recrutement des médiateurs (proximité avec les communautés et expérience/formation requise);

- le contenu de la formation de base et de la formation continue;
- l'organisation de la formation (durée, alternance, validation...);
- l'organisation institutionnelle du pilotage du programme (rôle du comité de pilotage national et des comités de pilotage régionaux);
- l'organisation effective du suivi des médiateurs et le rôle des rencontres entre médiateurs;
- le statut des médiateurs (conditions d'exercice, rémunération...).

Pour l'animation de la réunion de groupe, le prestataire proposera une technique d'animation interactive par cartons de couleur (variante du Metaplan®).

D. Entretiens avec des personnes ressources (10)

Les évaluateurs rencontreront les personnes qui ont joué un rôle important dans la conception ou l'évolution du programme - incluant des membres du comité de pilotage national. Les entretiens pourront avoir lieu selon diverses modalités, le face-à-face sera privilégié.

Les acteurs rencontrés pourraient être :

- acteurs institutionnels : DGAS, DIV, etc. ;
- acteurs associatifs : Ikambere, APA, MFPF, etc. ;
- acteurs parapublics : INPES, universités...

Ces acteurs seront invités à se prononcer sur :

- les points forts et points faibles du programme ;
- les suggestions d'amélioration ;
- l'utilité attendue d'une charte de la médiation de santé et sur son contenu ;
- les conditions de l'instauration d'une formation ;
- les hypothèses possibles quant à son statut (universitaire et/ou diplôme d'État).

E. Échantillonnage des études de cas

Les 12 actions faisant l'objet d'études de cas en Île-de-France, Guyane et Provence-Alpes-Côte d'Azur seront choisies, sur la base de la liste des médiateurs formés, de façon à avoir dans l'échantillon une diversité significative de situations, en termes de :

- thème(s) d'intervention (prévention, dépistage, accès aux soins...);
- problèmes de santé (VIH, toxicomanie...);
- publics cibles (nationalité, sexe, âge, activité...);
- modalités d'intervention (écoute individuelle, intervention collective, en lien avec un professionnel du médical ou du social...);
- lieux d'intervention (locaux associatifs, espaces publics, services de soins...).

Et aussi en termes d'organisation du dispositif :

- financeur(s);
- employeur (associatif, hospitalier...);
- statut du médiateur.

D'autres critères pratiques seront également pris en compte : la possibilité de voir le médiateur à l'œuvre, la possibilité de rencontrer des groupes de personnes du public cible, seront privilégiées.

F. Rédaction de la note d'étape et des guides d'entretien

La note d'étape comprendra les éléments suivants (certains seront complétés par la suite):

- cadre logique du programme;
- évaluation de la pertinence du programme;
- adéquation de la formation dispensée (points forts, points faibles) et du dispositif de suivi;
- proposition d'échantillon et de guides d'entretiens pour les études de cas.

La note d'étape sera transmise par voie électronique une semaine avant la réunion de l'instance d'évaluation. Des exemplaires papier ou sur CD-Rom pourront également être fournis sur demande.

G. Deuxième instance d'évaluation

Le rapport intermédiaire sera présenté par les trois consultants. La méthodologie pour la deuxième phase sera précisée.

Les membres de l'instance d'évaluation seront invités à réagir sur le rapport et à amender et valider l'échantillonnage et les guides d'entretien pour la deuxième phase (étude sur le terrain).

À l'issue de cette réunion, un relevé des conclusions sera soumis par les évaluateurs à SD6A. Les supports de présentation seront également transmis par mail.

Cette première phase se conclura par la remise du rapport intermédiaire dont la validation permettra le paiement.

Elle se déroulera dans les 6 semaines à compter de la date de notification du contrat.

Phase 2: Études de cas

H. Préparation des missions

I. Réunion avec les instances chargées du suivi régional

Les institutions impliquées dans le programme (DRASS, DDASS, DSDS, collectivités territoriales, CRAM, DDTE...) suivent dans les trois régions pilotes l'action des médiateurs de santé publique.

Ces institutions seront réunies et invitées à réagir sur:

- les carences relevées localement dans l'accès à la prévention et aux soins des personnes;
- le rôle des médiateurs de santé publique dans leur région, les points forts et points faibles de leurs interventions;
- la stratégie du programme, notamment sur les critères de recrutement et les modalités de formation;
- l'organisation institutionnelle du programme (rôle de chacun, suivi, accompagnement...);
- le statut des médiateurs;
- l'intégration de la médiation santé dans les dispositifs régionaux de prévention (PRS), dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), dans les nouveaux Plans régionaux de santé publique (PRSP), et la participation des médiateurs de santé aux ateliers santé-ville.

Les animateurs pourront mobiliser une technique d'animation similaire à celle utilisée avec les formateurs (phase 1).

D'autres acteurs régionaux pourront également être rencontrés lors des missions en région - en dehors de cette réunion avec le comité de pilotage régional -, ou interviewés par téléphone ultérieurement.

J. Étude des 12 projets

Chaque évaluateur se rendra dans une des trois régions. Les études de cas se feront par entretien et par observation. Nous prévoyons :

- **un entretien approfondi avec le médiateur**, selon une chronologie rétrospective afin de mieux cerner l'utilité de la formation reçue dans son quotidien. Cet entretien couvrira les thèmes suivants :
 - présentation de l'**action** du médiateur (thèmes, lieux et modalités d'intervention, collaboration avec les acteurs sanitaires et sociaux, moyens financiers mis à disposition, reconnaissance professionnelle, atteinte des publics, autoévaluation de l'impact de son action...),
 - **insertion du médiateur** au sein de la structure qui l'emploie : type de contrat (adultes relais, CEC...), rémunération, conditions de travail, intégration aux équipes de professionnels de la structure, perspectives professionnelles...,
 - **formation** suivie : utilité de la formation suivie (formation initiale et continue, reconnaissance de la formation...),
 - **suivi et accompagnement** dont il a bénéficié (ou non) ;
- **un entretien avec un responsable de la structure d'accueil** du médiateur : origine du projet, rôle et impact du médiateur sur la structure et sur les publics cibles, complémentarité et/ou spécificité par rapport aux autres activités de la structure, statut du médiateur, aspects financiers et matériels...,
- **des entretiens avec les professionnels sanitaires et sociaux** collaborant au projet : participation aux réunions, valeur ajoutée et perception de la légitimité du médiateur pour les professionnels et les publics... ;
- **des entretiens avec les publics concernés** : l'accès des évaluateurs aux publics concernés sera facilité par les médiateurs. Il sera décidé en relation avec des derniers de la façon la mieux adaptée. Les évaluateurs pourront par exemple être amenés à interviewer des personnes :
 - dans des lieux centraux et identifiés : centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), PASS, centres de soins associatifs (gérés par Médecins du monde par exemple), CISIH, services Maladies infectieuses, PMI, centres antituberculose...,
 - dans des structures itinérantes allant à la rencontre des publics dans le cadre de la prévention des risques (bus de prévention par exemple),
 - téléphoniquement ou en face-à-face, avec l'aide mais sans la présence du médiateur.

Les personnes concernées seront interrogées sur l'utilité des médiateurs pour eux personnellement et de façon générale. La question de la prescription de l'intervention (apparemment souvent d'origine médicale) sera également évoquée. La stratégie du programme sera évaluée, à travers le regard des publics concernés sur les interventions et le rôle des médiateurs (aspect communautaire, linguistique, statut...).

La méthodologie se base sur 4 projets par région, mais cette répartition pourra être modifiée, sans exclure toutefois aucun des quatre sites pilotes (Île-de-France, Guyane, Marseille, Nice).

K. Rédaction de rapports de mission (documents de travail)

Un plan-type de rapport sera préparé, au regard des questions posées par le cahier des charges et soulignées par l'instance d'évaluation. Chaque évaluateur consignera les éléments de réponse récoltés sur le terrain.

Ces rapports seront transmis au commanditaire pour information.

L. Troisième réunion avec l'instance d'évaluation

À l'issue des missions sur le terrain, une réunion sera organisée avec l'instance d'évaluation constituée par le commanditaire. Les évaluateurs feront part de leurs constats, échangeront sur cette base avec le commanditaire et proposeront un questionnaire en vue de l'enquête auprès des médiateurs.

Cette seconde phase se conclura par la remise des rapports de mission qui permettra le second paiement. Elle se déroulera dans les 17 semaines à compter de la date de notification du contrat.

Phase 3: Finalisation

M. Enquête auprès des médiateurs par autoquestionnaire

Le questionnaire de l'enquête auprès des médiateurs sera construit à partir des études de cas, de façon à identifier, parmi les cas étudiés, la ou les « configurations » les plus fréquentes.

L'échantillon répondant permettra des traitements statistiques significatifs : repérer des situations majoritaires, des indices de succès dans les différents types de missions, des corrélations entre variables, donc des facteurs clés de réussite.

Cette enquête permettra de collecter des informations sur les actions menées (thème du projet, lieux et modalités d'intervention, publics cibles, partenaires...) et sur le suivi et l'accompagnement dont les médiateurs ont bénéficié.

N. Étude de faisabilité d'une formation diplômante

Les recommandations demandées par le cahier des charges au sujet de la formation vont nettement au-delà des leçons de l'évaluation rétrospective :

- possibilités de labellisation, formules possibles pour que la formation soit diplômante (diplôme d'État ou universitaire) ;
- possibilités de procédure de VAE/VAP ;
- grille de rémunération cohérente avec la formation et le diplôme.

Ces questions relèvent d'une étude de faisabilité, du moins de pré-faisabilité. Des investigations complémentaires sont nécessaires qui seront menées en parallèle avec l'enquête auprès des médiateurs.

L'étude se fera à partir des projets ou intentions existantes (de la DGS, de l'IMEA, d'autres acteurs) et en prenant en compte :

- les cas d'autres métiers de la prévention et de l'accompagnement des personnes (agents de proximité dans le cadre de la réduction des risques, agents de prévention et de médiation sociale, agents de santé, hôtes de foyers Sonacotra...);
- les cursus des structures de formation existantes, notamment des instituts de formation des travailleurs sociaux.

L'étude se fera en étroite collaboration avec l'équipe projet, avec laquelle les différentes hypothèses seront étudiées (deux à trois réunions).

Conclusions et recommandations

O. Rédaction du rapport final

Les évaluateurs établiront et valideront avec les commanditaires un plan détaillé, à partir duquel ils rédigeront le rapport final.

Le rapport final suivra le cadre logique (présenté au point B : carences, objectifs, moyens, mise en œuvre, réalisations, résultats et impact) et comprendra les résultats de l'étude de faisabilité d'une formation diplômante.

Il définira en conclusion le (ou les) format(s)-type(s) (scénarios) qui semble(nt) le(s) plus probant(s) pour le métier de médiateur de santé publique (lieux et modalités d'intervention, complémentarité avec les autres professionnels de la santé et du social, cadre statutaire, échelle et budgets à considérer).

P. Réunion de travail des évaluateurs sur les conclusions et recommandations

Les évaluateurs se réuniront durant une demi-journée pour élaborer des pistes de recommandations, à partir des constats, analyses et conclusions présentées dans le rapport final. Ces pistes serviront de base aux discussions de l'atelier sur les recommandations (point R).

Un volet spécifique sera consacré à l'intégration de la médiation de santé dans les PRSP.

Q. Quatrième instance d'évaluation

Cette instance d'évaluation sera consacrée à la présentation du rapport final.

R. Atelier sur les recommandations

À la suite de l'instance d'évaluation, un atelier se tiendra avec les membres de l'instance d'évaluation, consacré à la discussion des propositions élaborées par les consultants. Il s'agira de tester la faisabilité et l'utilité de chacune des recommandations, de les rendre opérationnelles.

La participation des membres de l'instance d'évaluation à cet atelier est un gage d'utilité de la démarche d'évaluation. Elle permet une plus importante appropriation des conclusions et recommandations.

À l'issue de l'instance d'évaluation et de cet atelier, un relevé des conclusions sera soumis par les évaluateurs au bureau de la lutte contre le VIH/sida et les IST. Les supports de présentation (PowerPoint) seront également communiqués.

S. Finalisation du rapport et rédaction de la synthèse

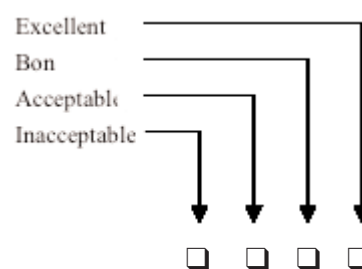
Le rapport sera enrichi avec les recommandations élaborées en commun lors de l'atelier. Sur la base des réactions et réflexions recueillies lors de l'instance d'évaluation ainsi que par téléphone ou par écrit (e-mail, courrier...), les évaluateurs finaliseront le rapport.

Cette troisième phase se conclura par la remise du rapport final de 60 pages maximum, accompagné des annexes et d'une note de synthèse de 4 pages maximum, dont la validation permettra le paiement.

Elle se déroulera dans les 32 semaines à compter de la date de notification du contrat.

GRILLE D'ANALYSE QUALITÉ DES RAPPORTS D'ÉVALUATION

Concernant ce critère, le rapport d'évaluation est :



1. La satisfaction des demandes

L'évaluation traite-t-elle de façon adéquate les demandes d'information formulées par les commanditaires et correspond-elle au cahier des charges?

2. La pertinence du champ

La raison d'être du programme, ses réalisations, ses résultats et ses impacts sont-ils étudiés dans leur totalité, y compris ses interactions avec d'autres politiques et ses conséquences imprévues?

3. L'adéquation de la méthode

La conception de l'évaluation est-elle adaptée et adéquate pour fournir les résultats nécessaires (avec leurs limites de validité) et pour répondre aux principales questions évaluatives?

4. La fiabilité des données

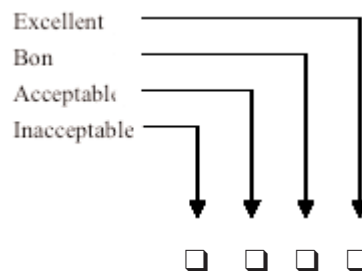
Les données primaires et secondaires collectées ou sélectionnées sont-elles adaptées? Offrent-elles un degré suffisant de fiabilité par rapport à l'usage attendu?

5. La solidité de l'analyse

L'analyse des informations quantitatives et qualitatives est-elle conforme aux règles de l'art, complète et adaptée afin de répondre correctement aux questions évaluatives?

6. La crédibilité des résultats

Les résultats découlent-ils logiquement et sont-ils justifiés par l'analyse des données et par des interprétations basées sur des hypothèses explicatives présentées avec soin?



7. Des conclusions impartiales

Les conclusions sont-elles impartiales, non biaisées par des considérations personnelles ou partisans? Sont-elles fondées sur des résultats crédibles et des critères de jugement clairs?

8. Des recommandations utiles

Les recommandations sont-elles assez détaillées et réalistes pour être concrètement mises en œuvre?

9. La clarté du rapport

Le rapport décrit-il le contexte et le but du programme évalué ainsi que son organisation et ses résultats de façon telle que les informations fournies soient aisément compréhensibles?

Compte tenu des contraintes contextuelles qui pèsent sur l'évaluation, le rapport d'évaluation est considéré comme.....
sous réserve que.....