



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« L’EVALUATION DES POLITIQUES DE SANTE :
L’EXEMPLE DES SROS »**

– Groupe n°13–

- Sabine Bellet
- Julie Cadennes
- Hervé Charvet
- Jean-Louis Faure
- François Guerrier
- Marlène Maubert
- Anne Mazereau
- Pascale Pailler
- Jérôme Pieuchard

Animateur :
Laurent Tardif

Sommaire

Introduction	9
1 L'évaluation des politiques de santé est, dans notre pays une question nouvelle qui est appelée à prendre de l'ampleur.	11
1.1 L'évaluation des politiques de santé est en France d'un développement récent et suscite des problématiques propres au domaine de la santé publique.	11
1.1.1 L'évaluation des politiques publiques : un rappel historique.	11
1.1.2 Les difficultés soulevées par l'évaluation des politiques de santé publique. .	16
1.2 Une architecture juridique nouvelle implique l'évaluation des SROS.....	18
1.2.1 La LOLF pose une obligation d'évaluation de l'action de l'Etat.....	18
1.2.2 Parallèlement, l'ordonnance de septembre 2003 et la loi de santé publique de 2004 supposent une évaluation des SROS.....	18
2 L'évaluation des SROS reste encore largement à construire pour devenir pleinement opératoire.	20
2.1 Méthodologie de l'enquête menée sur les SROS.....	20
2.1.1 Les objectifs :.....	20
2.1.2 Les outils :.....	20
2.1.3 Le traitement des résultats :.....	22
2.1.4 Les limites rencontrées :.....	23
2.2 La question de l'évaluation des SROS est envisagée de manière inégale par les ARH.....	23
2.2.1 L'évaluation est diversement conçue par les ARH.	24
2.2.2 Dans un contexte hétérogène, la région Rhône-Alpes offre un exemple particulièrement abouti.....	28
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	35
Liste des annexes.....	37

Remerciements

Nous tenons à remercier ici Madame Anne Le-Roux et MM. Louis Lebrun, Francis Fauconnier et Laurent Tardif, ainsi que toutes les ARH qui ont accepté de nous répondre.

Liste des sigles utilisés

- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
- COM : Contrat d'objectifs et de moyens
- CNE : Conseil national de l'évaluation
- CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- CSP : Code de la santé publique
- CTR (ou COTER) : Comités techniques régionaux
- DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- LOLF : Loi organique relative aux lois de finances
- MIR : Médecin inspecteur régional
- NICE : National Institute for Clinical Excellence
- PAP : Projet annuel de performances
- PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'information
- PMT : Projet médical de territoire
- PPBS : Planning Programming Budgeting System
- PRSP : Programme régional de santé publique
- RCB : Rationalisation des Choix Budgétaires
- SROS : Schéma régional d'organisation des soins

Introduction

Le thème de l'évaluation connaît aujourd'hui un regain d'intérêt dans notre pays, dans un contexte de tensions budgétaires fortes. Ici, les politiques de santé ne font pas exception. Depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, ces dernières ont vu leur cadre juridique évoluer largement, notamment en ce qui concerne la mise en place d'objectifs précis pour satisfaire les besoins en santé publique.

Ce souci est renforcé aujourd'hui avec la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 qui instaure des objectifs pluriannuels. Un certain nombre de plans nationaux ont été définis dans ce cadre (e.g. le Plan national de lutte pour limiter l'impact de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives). Ces orientations définies nationalement se déclinent au plan régional avec différents outils que sont les Plans régionaux de santé publique (PRSP) et les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) établis par les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), puis à l'échelon local, avec les Projets médicaux de territoires (PMT) qui déclinent localement les SROS.

Cette planification vise à offrir un système de soins qui soit structuré, accessible et de qualité. Il est donc nécessaire de s'interroger sur l'accomplissement de ces objectifs, notamment en ce qui concerne les SROS car ce sont les seuls instruments de l'organisation de l'offre de soins. Notre sujet nous invite à pratiquer une « évaluation d'une évaluation », à analyser les dispositifs existants au sein des différentes instances pour évaluer les SROS, au sens défini par le décret n°98-1048 du 18 novembre 1998 relatif à la création du CNE : « *évaluer une politique, c'est apprécier son efficacité en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre.* » Si cette définition est simple, sa réalisation est plus complexe, notamment en ce qui concerne la construction des indicateurs d'atteinte des objectifs. Une autre difficulté réside dans le fait que ce que l'évaluation des politiques publiques a gagné en reconnaissance ces dernières années, elle l'a souvent perdu en clarté.

De surcroît, l'évaluation de politiques de santé ne peut se réduire à ce qui se pratique dans les autres champs de l'action publique. Des questions propres au domaine sanitaire apparaissent, ce qui est un élément supplémentaire de complexification. Néanmoins, c'est un enjeu fondamental pour un secteur sensible qui représente environ 9,5 % du Produit intérieur brut français et qui est financé par des prélèvements

obligatoires. Le récent rapport de la Cour des comptes sur la fonction publique hospitalière¹ est là pour rappeler que l'exigence d'évaluation en matière de santé publique est plus que nécessaire aujourd'hui, tandis que l'évaluation des SROS II est considérée par la DHOS comme un échec².

Nous avons donc mené une revue des dispositifs d'évaluation qui ont été mis en place, en gardant à l'esprit que ce sont des mécanismes encore jeunes et que la culture du résultat reste encore largement à intégrer, au quotidien, dans l'action publique, comme le faisait remarquer le Conseil d'Etat dans son rapport public de 2002³.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur différents types de matériaux. En premier lieu, sur les documents fournis dans le dossier qui nous a été remis et qui ont largement nourri notre réflexion théorique préalable. Puis, nous avons mené une enquête de terrain auprès des Agences régionales de l'hospitalisation métropolitaines et ultramarines et de personnes ressources proposées par notre animateur. Ces résultats sont venus affiner l'approche théorique que nous avons retenue et ont constitué un socle de données brutes pour traiter de l'évaluation des SROS.

Nous avons structuré notre propos de la façon suivante : en première partie, nous avons entendu traiter de la notion d'évaluation appliquée aux politiques de santé sur un plan théorique. Puis, en second lieu, nous avons tenu à analyser ce qui a été ou est concrètement élaboré pour évaluer les SROS.

¹ Cour des comptes, Rapport public thématique, « Les personnels des établissements publics de santé », mai 2006.

² Entretien avec M. Louis Lebrun, annexe 4.

³ « Quels que soient les efforts fournis dans plusieurs secteurs, loin d'être négligeables, la réalité est que de nombreuses administrations ont réussi, au cours des années passées, à s'exonérer de l'effort de productivité demandé par ailleurs et que l'efficacité du secteur public n'est pas toujours à la mesure de ce que l'on pourrait en attendre », Conseil d'Etat, *Collectivités publiques et concurrence*, Rapport public, 2002.

1 L'évaluation des politiques de santé est, dans notre pays une question nouvelle qui est appelée à prendre de l'ampleur.

1.1 L'évaluation des politiques de santé est en France d'un développement récent et suscite des problématiques propres au domaine de la santé publique.

1.1.1 L'évaluation des politiques publiques : un rappel historique.

A) Des origines de l'évaluation à nos jours.

Les premières évaluations datent du XX^{ème} siècle aux Etats-Unis. Dès 1932, le modèle conceptuel de l'évaluation est celui de l'expérimentation sociale, formulée par Ralph Tyler à l'occasion d'une grande étude expérimentale portant sur l'efficacité pédagogique de deux programmes scolaires. Dans les années soixante, l'évaluation est promue outil de contrôle et d'optimisation des dépenses publiques dans le cadre du PPBS (*Planning Programming Budgeting System*) équivalent de la RCB (Rationalisation des Choix Budgétaires) française développée dans les années soixante-dix.

Après la seconde guerre mondiale, la pratique de l'évaluation de programme s'est étendue à l'ensemble du monde anglo-saxon et à l'Europe du Nord. Son développement dans les pays latins est plus tardif. En France, il faut attendre la fin des années quatre-vingt avec les initiatives du gouvernement Rocard pour que l'évaluation ex-post soit identifiée comme une activité spécifique et que l'on prenne la mesure de son rôle potentiel dans la modernisation de l'Etat.

Deux vagues s'observent : une « première vague » se dessine dans les années soixante et soixante-dix, dans un contexte marqué par l'augmentation des interventions sociales des Etats. Puis une « seconde vague » se distingue à partir des années quatre-vingt. Cette dernière est liée à la révolution libérale conservatrice et à la crise fiscale du début de cette période. L'évaluation participe alors aux politiques de réduction des dépenses publiques et de réforme administrative.

La fin des années quatre-vingt-dix se caractérise par l'utilisation systématique de l'évaluation comme outil de management. Par ailleurs, de nouvelles orientations prévoient l'évaluation des politiques interministérielles. Enfin, votée en 2001, la Loi organique relative aux Lois de Finances (LOLF), conforte ces évolutions en apportant une démarche fondée sur la confrontation des résultats de l'action publique avec des objectifs *ex ante*.

Ainsi, en France, l'évaluation de l'action des pouvoirs publics se développe autour d'une double exigence :

- une exigence technique : l'évaluation s'inscrit parmi les outils de modernisation de l'Etat en permettant d'améliorer l'efficacité et le rendement des actions publiques ;
- une exigence politique : l'évaluation est un moyen pour les pouvoirs publics de rendre compte de leurs actions auprès des citoyens.

B) Evaluation : concept et méthode.

a) *Le concept d'évaluation.*

De nombreux auteurs ont tenté de définir l'évaluation, mais l'abondance des définitions montre que cela n'est pas une tâche facile. Aussi, nous avons retenu celle du utilisée par le Conseil National de l'Evaluation : « *l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant les résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre* ».

L'évaluation est un outil de connaissance, une démarche guidée par un certain nombre d'exigences et de valeurs : rigueur, impartialité, transparence, souci de tenir compte de la pluralité des points de vue.

La pratique de l'évaluation inclut des activités techniques d'observation, de mesure et d'analyse, mais elle ne s'y réduit pas. Ce n'est pas une discipline scientifique au sens habituel du terme mais une activité institutionnelle, qui a vocation à s'intégrer à la gestion publique et au fonctionnement du système politique.

En effet, l'évaluation doit être distinguée du contrôle, de l'audit, du suivi, même si elle peut les utiliser. Le contrôle vise à s'assurer de la régularité, de l'économie de la mise en œuvre d'un programme. Néanmoins, il ne peut pas dégager, comme le fait l'évaluation, les résultats pour les bénéficiaires et analyser les effets socio-économiques

de la politique conduite. Le suivi, quant à lui, concerne le processus visant à rendre compte régulièrement de l'état d'avancement d'un programme en comparant l'exécution effective des activités et le plan de travail.

L'évaluation doit par conséquent, construire son propre référentiel ; en ce sens elle se distingue de l'audit pour lequel le référentiel est donné sous la forme d'une norme interne ou externe à l'organisation.

b) Les principes méthodologiques liés à l'évaluation.

L'évaluation est une démarche avant d'être une technique. Elle a une visée opérationnelle. On distingue deux types d'évaluation : l'évaluation normative et la recherche évaluative. *L'évaluation normative* cherche à apprécier une intervention en fonction de critères et de normes. Il s'agit ainsi de vérifier la conformité de l'intervention avec ces références. Elle permet d'apprécier :

- la structure : il s'agit de vérifier si les ressources mobilisées sont conformes aux normes en vigueur.
- Le processus : il s'agit d'examiner l'adéquation entre services et activités par rapport aux normes ;
- L'atteinte des objectifs : il s'agit de comparer les résultats observés de l'intervention avec les résultats qui devraient être atteints.

La recherche évaluative, quant à elle, s'intéresse aux résultats mais aussi à la manière par laquelle ils ont été atteints sans faire nécessairement référence à une norme. Elle vise à analyser la pertinence, la logique, la productivité, les effets et le rendement d'une intervention.

La littérature⁴ décompose cette recherche en six types :

- l'analyse stratégique : elle apprécie la pertinence ou la raison d'être de l'intervention ;
- l'analyse logique : elle détermine l'adéquation entre les objectifs et les moyens mis en œuvre ;
- l'analyse de la productivité : elle étudie la façon dont les ressources sont employées pour produire les activités ;

⁴ Maurice BASLE, « L'évaluation des politiques publiques : sa nature, ses métiers, sa mise en œuvre et ses besoins », septembre 2001, Bernard PERRET, « L'évaluation des politiques publiques », Repères - édition La Découverte, novembre 2001 et Jean PERROT, « L'évaluation de la contractualisation ».

- l'analyse des effets : elle mesure l'influence de l'intervention sur les résultats atteints ;
- l'analyse du rendement : elle s'intéresse aux relations entre les ressources et les effets observés ;
- l'analyse de l'implantation : elle observe l'interaction entre la mise en œuvre de l'intervention et le contexte dans lequel se situe cette mise en œuvre.

Le cadre méthodologique de l'évaluation permet de sérier les questions essentielles à la mise en œuvre d'une bonne politique publique. En effet, l'évaluation s'applique à des objets de natures diverses (politiques, programmes, projets...), à des niveaux géographiques différents (local, régional, national) et dans des domaines variés de l'action publique (santé, éducation, environnement, sécurité, interventions économiques, etc.).

Ce cadre prend la forme d'une contractualisation. Cette dernière peut être présentée comme un outil tissant des relations formelles entre les acteurs. Elle a pour but d'apporter une solution à une situation qui pose problème et contribue à améliorer la performance des systèmes de santé. L'évaluation est ainsi intégrée à la relation contractuelle.

De cette manière, la démarche évaluative s'inscrit au travers de différents points :

- l'analyse de la pertinence ;
- l'analyse de la cohérence ;
- l'analyse des effets : à savoir l'analyse des résultats atteints par l'activité ;
l'analyse liée à la performance du dispositif mis en place ;
- l'analyse de l'implantation (analyse du processus, de l'influence du contexte).

Toutefois, l'évaluation peut également être menée par un acteur extérieur à la relation contractuelle. On parle alors d'évaluation externe. Les évaluateurs ont alors toute latitude pour l'apprécier.

On constate deux types d'évaluation ayant chacune leurs avantages et leurs inconvénients : l'évaluation externe et interne. Les évaluateurs externes présentent l'avantage d'une plus grande objectivité. Ils ne sont pas impliqués dans la mise en œuvre de la relation contractuelle, ils ont la possibilité de prendre le recul nécessaire pour l'apprécier. A contrario, les évaluateurs internes sont à la fois impliqués dans la relation contractuelle et s'intéressent aux résultats de l'évaluation.

Il est également important de s'interroger sur les finalités de l'évaluation. Celles-ci sont nombreuses : elles peuvent être explicites, implicites, ou consensuelles. Cela dépend de l'approche choisie par l'ensemble des acteurs de la relation contractuelle. Or les acteurs engagés dans cette relation ont des intérêts communs mais pas nécessairement similaires. Ainsi, il est essentiel de distinguer dans toutes les relations : les buts explicites affichés dans le contrat qui ont permis la signature et les buts implicites des différents acteurs.

De ce fait, l'évaluation se présente comme un acte à facettes multiples. Il n'est donc pas souhaitable de s'engager dans une relation contractuelle sans avoir au préalable réuni plusieurs facteurs :

- la volonté d'évaluer ;
- l'objet de l'évaluation ;
- le choix du type d'évaluation ;
- les responsables de l'évaluation ;
- les moyens de l'évaluation ;
- l'information adéquate ;
- l'utilisation des résultats de l'évaluation.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une évaluation dont les modalités sont prévues au sein du contrat, l'évaluation est un processus qui suit plusieurs étapes : une interrogation sur son pourquoi, sa faisabilité, sa réalisation, son exploitation. Malgré les différentes formes qu'elle peut prendre, l'évaluation se présente toujours comme un jugement sur une intervention.

L'évaluation répond à trois domaines différents :

- celui du politique (des décideurs, des élus) afin de connaître les résultats des politiques menées et d'envisager une réorientation des actions ;
- celui de la mise en œuvre, dont la demande est plutôt technique. Il s'agit pour les intervenants d'adapter les dispositifs nationaux au plan local, d'en comprendre les mécanismes en donnant du sens à l'action quotidienne ;
- celui des bénéficiaires de l'action publique que l'on considère comme des acteurs à part entière en les incluant dans la démarche.

Ainsi, la démarche évaluative peut favoriser les partenariats entre les acteurs de différents champs. Son efficacité se fonde sur la construction d'un projet partagé (objectifs, moyens, organisation, échéances). Ceci garantit sa légitimité et son autonomie d'intervention. Par ailleurs, l'évaluation doit s'inscrire dans le temps au regard des

politiques menées. Elle se veut être un outil de gestion et de management public interne, un outil de veille et de stratégie politique. Actuellement, les dispositifs d'organisation de la santé et les programmes de santé publique développent cette démarche. A quelles difficultés l'évaluation des politiques de santé se confronte-t-elle aujourd'hui ?

1.1.2 Les difficultés soulevées par l'évaluation des politiques de santé publique.

Les administrations sanitaires ne peuvent se soustraire à la triple obligation d'efficacité socio-économique, de qualité du service et d'efficience de la gestion. Pour autant, leur champ d'intervention, la personne humaine, rend délicat l'application d'une gestion strictement comptable. S'il n'est pas question de soustraire les établissements de santé à la culture du résultat, entendue comme la confrontation des pratiques des professionnels des objectifs, il n'en reste pas moins que ce thème reste très délicat en santé publique. Edouard Couty note⁵ que si la réforme de 1996 a permis l'intégration de cette culture du résultat dans le système de santé publique, des progrès considérables restent à faire. Ainsi, l'évaluation des SROS II s'est révélée décevante, tant pour la DHOS, qui l'a pilotée, que pour la plupart des ARH.

Contrairement au Royaume-Uni, la France ne s'est pas dotée de seuils de référence explicites et incontestés évaluant un traitement médical au regard de son coût économique. A propos du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) créé en 1999 pour « *promouvoir l'excellence clinique et l'usage efficient des ressources* », on remarque que « *ses recommandations sur l'usage des interférons dans la sclérose en plaques ont été motivées, non par l'absence d'efficacité des traitements, mais par le fait que leur coût paraissait trop élevé au regard du bénéfice clinique. Les spécialistes britanniques discutent intensément du seuil d'acceptabilité. La valeur actuellement retenue est de l'ordre de 30.000 livres sterling par année de vie sauvée.* »⁶ Pour autant, il est toujours possible d'évaluer une politique de santé au regard d'autres critères, notamment au regard de l'accomplissement des objectifs d'accessibilité des soins, de leur gradation ou de leur complémentarité.

Cet accomplissement se mesure à travers des indicateurs pertinents. Il est possible d'établir une typologie des indicateurs utilisables :

⁵ « La culture du résultat dans la fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers hospitaliers*, février 2006.

⁶ Claude Le Pen « Vers une culture de l'évaluation économique des produits de santé ? », *Réalités industrielles – Annales des Mines in Problèmes économiques*, n°2.878.

- **les indicateurs de cadrage démographique et social** (la répartition par âge de la population, le taux de natalité, le taux de fécondité et l'indicateur conjoncturel de fécondité, les indicateurs de conditions sociales) ;
- **les indicateurs reflètent synthétiques de l'état de santé de la population à partir de données de mortalité** (l'espérance de vie, le taux de mortalité infantile, le taux de mortalité et le taux de mortalité prématurée) ;
- **les indicateurs synthétiques globaux qui prennent en compte le retentissement de la morbidité** (les proportions de personnes déclarant être au moins en assez bonne santé, les proportions de personnes déclarant être limitées dans les activités que les gens font habituellement, les proportions de personnes déclarant avoir une maladie chronique ou durable, l'expérience de vie sans incapacité à la naissance et à soixante-cinq ans) ;
- **les indicateurs qui visent à analyser la contribution relative de problèmes de santé spécifiques à l'état de santé global de la population** (les principales causes de mortalité prématurée⁷, la notion de mortalité prématurée évitable, l'estimation de la charge de morbidité, les années de vie en bonne santé perdues pour chaque problème de santé) ;
- **les indicateurs permettant de décrire l'évolution de disparités sociales en matière de santé** (les champs de santé pertinents par groupe social, la santé perçue, la santé fonctionnelle, les maladies chroniques, l'espérance de vie à 35 ans, l'espérance de vie sans incapacité à 35 ans, la mortalité prématurée. Les problèmes spécifiques de santé par groupe social, les comportements, l'accès aux soins, les critères sociaux. La répartition de la population selon les catégories professionnelles ou selon le niveau d'études.

Dans ce domaine, la principale difficulté réside dans l'élaboration d'un référentiel des « bonnes pratiques », à partir de ces indicateurs, permettant de distinguer les actes dus et indus et qui reste largement à construire, comme le fait remarquer M. Louis Lebrun, conseiller médical à la DHOS : « *Comment assurer une répartition correcte de l'offre de soins sur le territoire et maîtriser l'évolution des dépenses, (...) pour cela, il nous faut un référentiel des bonnes pratiques, cela nous manque pour planifier correctement.* »⁸ De plus, l'action sanitaire a souvent des conséquences qui dépassent le cadre strict de la santé publique. L'évaluation peut engendrer des recompositions de l'offre de soins avec des conséquences économiques, sociales et territoriales parfois non négligeables pour le décideur.

⁷ Les années potentielles de vie perdues représentent les années de vie non vécues en raison de décès prématurés avant 65 ans.

⁸ Entretien avec M. Lebrun, annexe 4.

1.2 Une architecture juridique nouvelle implique l'évaluation des SROS.

1.2.1 La LOLF pose une obligation d'évaluation de l'action de l'Etat.

La « nouvelle constitution financière de l'Etat » a contraint l'ensemble des services de l'Etat à repenser leur action à travers le prisme de l'évaluation des résultats par rapport à des objectifs. Elle prévoit pour chaque ministère l'élaboration d'un PAP qui précisera notamment la présentation des actions, des coûts associés, des objectifs poursuivis, des résultats obtenus et attendus mesurés au moyen d'indicateurs précis.

Dans cette perspective, l'évaluation a d'abord une fonction de connaissance pour le décideur politique et le citoyen-contribuable qui n'ont qu'une connaissance limitée des actions publiques. Les indicateurs sur lesquels vont reposer cette évaluation devront les renseigner sur l'efficacité socio-économique (pour le citoyen) et l'efficience (pour le contribuable)⁹, afin que le contrôle des responsables politiques puisse s'effectuer en connaissance de cause.

Enfin, l'évaluation portée par la LOLF a aussi pour vertu d'éclairer les acteurs de terrain sur les enjeux, les objectifs et les résultats attendus dans leur domaine de compétences. S'ils disposent parfois d'une large autonomie dans la mise en œuvre comme l'économie des choix publics a pu le mettre en lumière¹⁰, ils sont insuffisamment renseignés sur les attentes de la société à leur égard. Cette réforme budgétaire doit y remédier.

1.2.2 Parallèlement, l'ordonnance de septembre 2003 et la loi de santé publique de 2004 supposent une évaluation des SROS.

Dans le champ spécifique de la santé publique, deux autres textes ont introduit particulièrement la notion d'évaluation des SROS. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 définit le SROS comme répondant à un double objectif stratégique :

⁹ André Barilari, «La mise en œuvre de la LOLF. Une occasion pour repenser en profondeur l'action administrative », *Revue du Trésor*, n°5, mai 2004.

¹⁰ W. A. Niskanen, *Bureaucracy and Public Economics*, 1996.

- améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire ;
- adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population (santé physique et mentale).

Pour ce faire, il doit intégrer en son sein les évolutions nécessaires de l'offre de soins à travers les territoires de santé, évolutions qui doivent être perçues grâce à l'évaluation de ces SROS. La circulaire d'application de l'ordonnance¹¹ décrit les objectifs stratégiques du SROS III et le cadre de son évaluation (annexe 1).

Le SROS III doit prévoir une organisation graduée des soins, qui s'appuie en premier lieu sur les soins de proximité et sur la gradation des plateaux techniques. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe un objectif complémentaire : répondre aux priorités de santé publique retenues dans son rapport annexé (art. L 1411-1 et L 1411-2 CSP).

L'évaluation des SROS doit pouvoir être déclinée au niveau du territoire de santé à travers les Projets médicaux de territoire, qui jouent à cet égard un rôle de pivots. Ces projets sont l'expression opérationnelle des orientations stratégiques du schéma. Au surplus, l'évaluation se doit d'être un exercice partagé, en impliquant largement les acteurs concernés (ARH, établissements de santé, sanitaires et sociaux, membres des réseaux de santé, usagers). Par ce biais, il s'agit de répondre à l'exigence fondamentale de participation qui sous-tend la notion d'évaluation, si celle-ci doit réellement changer les conduites. M. Louis Lebrun insiste sur ce point : « *Nous analysons aussi la manière dont [les SROS III] ont été produits. En effet, les SROS III prévoient une phase de concertation importante, ce qui est fondamental dans l'évaluation. En quoi une concertation est réussie et porteuse de changement social ? C'est la question que nous essayons de nous poser sur ce point.* »¹²

¹¹ Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

¹² Entretien avec Mme Le-Roux, annexe 7.

2 L'évaluation des SROS reste encore largement à construire pour devenir pleinement opératoire.

2.1 Méthodologie de l'enquête menée sur les SROS.

2.1.1 Les objectifs :

Il nous est apparu essentiel de sortir de la littérature et d'aller sur le terrain pour avoir des réponses à notre questionnement. C'est pourquoi nous avons mis en œuvre une démarche exploratoire s'articulant autour de plusieurs axes : des traces documentaires officielles publiées par les ARH, leur discours sur l'évaluation et les avis de différents experts. Aussi, nous avons choisi de recueillir des données émanant de trois sources différentes :

- les SROS III consultables en ligne ;
- les données issues de contacts établis avec les ARH ;
- des entretiens auprès de personnes ressources.

Dans chacun des cas, une méthode spécifique de recueil des données a été définie.

2.1.2 Les outils :

A) Concernant les SROS :

Afin d'homogénéiser notre travail de façon rigoureuse, nous avons construit une **grille de lecture** (cf. annexe 2). Il nous est apparu important de retenir **plusieurs critères** qui témoignaient de la place d'une démarche d'évaluation dans le document consulté. Tant la forme que le fond du document ont été étudiés, avec des **indicateurs révélateurs de l'importance** du terme « évaluation » et de la réalité de la démarche d'évaluation entreprise dans les SROS III.

Les indicateurs choisis nous permettent de quantifier les réponses, ce qui donne une lisibilité rapide et fiable, même si la taille de notre échantillon sera un frein évident à la montée en généralité.

La construction de cette grille nous a amené à nous questionner : devons-nous rechercher les traces d'une évaluation de type bilan d'activité, ou nous intéresser à l'organisation d'un processus d'évaluation intégrée au document SROS ? C'est cette

deuxième proposition qui a retenu notre attention : le simple suivi, avec tableaux de bords ne renseigne pas à lui seul sur l'évaluation qu'il suppose.

La distribution des SROS III entre les membres du groupe a été effectuée de manière aléatoire à raison de trois par personne. Les résultats ont été recueillis par les neuf lecteurs du groupe sur un document de type « Excel » et constituent une photographie ponctuelle de l'évaluation dans les SROS III (cf. annexe 2).

B) Concernant les ARH :

Afin d'obtenir directement des informations par les ARH, nous avons choisi de leur faire parvenir par courriel un questionnaire, complété par un appel téléphonique éventuel.

a) *L'élaboration du questionnaire :*

Nous avons choisi de cibler notre questionnaire sur l'organisation de l'évaluation au sein des ARH. Ainsi, à partir de six questions, nous avons cherché à repérer si une organisation de l'évaluation existe et le cas échéant, comment elle se met en œuvre (cf. questionnaire, annexe 3). Nous avons opté pour un questionnaire court, qui ne soit pas trop long à renseigner pour favoriser les retours, sachant que les ARH pouvaient le compléter par un entretien téléphonique.

b) *Administration des questionnaires :*

Chaque questionnaire a été envoyé, accompagné d'un courriel type, le même jour avec les mêmes délais de retour (5 jours). En introduction du questionnaire, nous avons témoigné de notre intérêt pour le SROS III, après avoir précisé dans quel cadre nous entreprenions cette enquête. Le courriel est signé par un membre du groupe qui joint également ses coordonnées téléphoniques.

Ce mode opératoire présentait les avantages suivants : gestion rapide de l'information (via le courriel), clarté de la demande (questionnaire bref), maîtrise des variables liées à l'administration (protocole unique), l'absence de réponse étant aussi intégrée dans l'analyse.

C) Concernant les personnes ressources :

Les personnes ressources choisies ont des profils professionnels différents (médecin, universitaire, conseillère, chargé de mission ARH). Aussi, il ne s'agissait pas de standardiser les entretiens par l'usage d'un guide unique. Cependant, plusieurs thèmes ont été relevés comme répondant à notre questionnement :

- le concept d'évaluation ;
- les articulations possibles (ou non) entre évaluation et politique de santé ;
- le processus de mise en œuvre de l'évaluation en santé, exemple des SROS III ;
- les attentes vis-à-vis de l'évaluation ;
- les fonctions et compétences attendues des personnes responsables de l'évaluation en santé ;
- les articulations existantes entre contractualisation (Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens) et évaluation (cohérence, crédibilité).

Nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs dans tous les cas, s'appuyant sur des questions ouvertes. Certains entretiens se sont déroulés par téléphone, d'autres, en présence physique de la personne interrogée (cf. annexes 4,5 et 6).

2.1.3 Le traitement des résultats :

A) Pour les SROS :

L'ensemble des résultats est collecté dans un tableau commun. L'analyse brute des résultats consiste en une synthèse de l'ensemble de ces informations. Une étude quantitative est dressée (proportionnalité).

B) Pour les questionnaires ARH :

Le taux de réponse sera déjà un indicateur à prendre en compte. Sinon, c'est le recensement de l'ensemble des dispositifs d'évaluation auquel nous allons nous intéresser.

C) Pour les entretiens :

Les informations recueillies font l'objet d'un résumé pour chaque entretien. L'expertise des interviewés vient tout autant répondre à nos questions que soulever des problématiques non encore envisagées.

Après avoir étudié les données séparément en fonction de leur origine, nous les croisons afin d'établir des corrélations, par exemple : réponse au questionnaire ARH et contenu du SROS pour une région. De la même façon, nous analysons l'absence de réponse aux questionnaires ARH ou les problèmes éventuels rencontrés.

2.1.4 Les limites rencontrées :

Sur l'ensemble de la mise en œuvre sur le terrain, nous avons dû nous confronter à une variable difficile à maîtriser, le temps ; en effet, si interviewer différentes personnes est incontournable dans notre démarche, la disponibilité de celles-ci dans le temps qui nous était imparti nous a limitée. Les experts sont très sollicités et les ARH n'ont pas fait de notre enquête une priorité, ce qui devra aussi être pris en compte dans notre analyse.

Nous avons orienté notre enquête sur les aspects organisationnels de l'évaluation ce qui restreint le champ de l'évaluation. Or, pour la lecture des SROS, qui sont des documents parfois imposants en volume, il est difficile de différencier l'évaluation de type bilan d'activité de la mise en œuvre réellement planifiée d'une démarche d'évaluation.

De plus, des difficultés se sont présentées à nous : une personne interrogée a, par exemple, dans un premier temps fait preuve de réticences, en répondant à notre questionnaire par un questionnaire. Nous avons dû relancer à des nombreuses reprises les ARH pour que les questionnaires nous soient retournés dans le délai imparti.

2.2 La question de l'évaluation des SROS est envisagée de manière inégale par les ARH.

2.2.1 L'évaluation est diversement conçue par les ARH.

Comme indiqué précédemment, nous avons pu recueillir des données de trois natures :

- certaines proviennent de la lecture des SROS que nous avons effectué grâce à une grille de lecture commune pour les vingt-six régions ;
- d'autres proviennent des questionnaires qui nous ont été retournés par les ARH ;
- enfin, certaines données proviennent d'entretiens téléphoniques qui ont eu lieu auprès des ARH qui ont accepté cette procédure plutôt que le recours à un questionnaire écrit et auprès de personnes ressources qui sont tous des fonctionnaires de l'administration sanitaire (ARH, DHOS).

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux **données rassemblées dans la grille de lecture des SROS**. Ces données peuvent être considérées comme relativement exhaustives dans la mesure où nous avons lu tous les SROS auxquels nous avons pu avoir accès sur Internet.

Sur les vingt-six régions, seules deux régions ne disposaient pas encore d'un schéma de troisième génération ou ne nous l'ont pas fait parvenir. Notre travail s'appuie donc sur les vingt-quatre SROS accessibles.

Parmi ces derniers, nous avons identifié dix-huit textes dans lesquels l'évaluation du schéma est évoquée de façon relativement faible (moins d'une page) et six dans lesquels elle occupait une place plus importante voire très importante.

Il est nécessaire de relativiser dès à présent la richesse de cette donnée. En effet, elle n'est tout d'abord que quantitative et ne permet donc pas de tenir compte de la qualité et de la précision du discours tenu sur l'évaluation. Certains SROS peuvent contenir un grand nombre d'indicateurs dédiés à leur évaluation sans forcément qu'il y ait de cohérence entre eux ou bien sans réflexion préalable quant à leur caractère opératoire.

Nous avons choisi de déterminer le « seuil critique » signalant la présence de l'évaluation du SROS à une page. Ce choix a été difficile. Il nous a semblé cependant pertinent dans la mesure où une page représentait une médiane claire dans une diversité très grande entre les SROS n'évoquant pas l'évaluation et ceux l'abordant sur une trentaine de pages...

Enfin, il convient de préciser que la longueur des SROS auxquels nous avons eu accès est très variable. Il devient très difficile de qualifier l'importance de la place accordée à l'évaluation dans des SROS dont les longueurs varient de moins de cent pages à plus de six cents.

En termes d'organisation prévue pour l'évaluation, nous avons distingué différents degrés d'avancement des régions :

- cinq SROS ne font pas état d'un mode d'organisation de l'évaluation et n'en ont envisagé aucun à la date de publication du texte ;
- quinze en font état mais le présentent comme très partiel et en cours d'élaboration. Cette catégorie rassemble une grande diversité de cas et des niveaux d'élaboration très variés ;
- trois SROS présentent une réflexion très élaborée sur l'évaluation : les régions Rhône-Alpes, Bretagne et Champagne-Ardennes.

Parmi ces derniers, quelques éléments d'organisation sont récurrents. Ainsi, la mise en œuvre de l'évaluation revient à deux types d'acteurs. Au niveau régional, on trouve un comité d'évaluation qui est à l'origine soit le comité de suivi du SROS, soit son comité de pilotage. On trouve également des comités techniques régionaux (CTR ou COTER) qui ont participé chacun à l'élaboration d'un volet du SROS. Les CTR ou COTER sont chargés d'élaborer les indicateurs et le cahier des charges. Nous sommes donc devant une évaluation interne qui ne correspond pas aux critères communément admis en la matière, dans la mesure où une évaluation interne fait appel à des acteurs internes à l'organisation, mais qui n'ont pas participé à l'élaboration du programme ou de la politique évaluée. Ici, les mêmes acteurs ont élaboré et vont évaluer l'instrument mis en place. Ces trois schémas prévoient également une évaluation annuelle des objectifs quantifiés du SROS en lien avec l'évaluation des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) liant établissements sanitaires et ARH.

A présent, nous nous intéressons aux **données recueillies grâce aux questionnaires et entretiens menés auprès des ARH.** Notre échantillon est moins représentatif que ce que nous envisagions en débutant ce travail d'enquête comme nous l'avons expliqué dans la partie méthodologie. En effet, sur vingt-six ARH, nous n'avons reçu que sept réponses par courrier électronique et seuls quatre entretiens téléphoniques ont pu être menés.

Nous avons décidé d'exploiter de la même façon questionnaires écrits et réponses orales au téléphone. Ce choix n'a pas forcément été facile car, de cette façon, nous avons choisi de ne pas donner une importance plus grande aux Agences qui ont plus développé leurs réponses grâce à des entretiens d'une durée de 30 à 45 minutes par rapport à celles qui se sont contenté du questionnaire écrit. Pourtant, les réponses orales étaient parfois bien plus détaillées. Ce questionnaire est présenté en annexe.

1. Parmi elles, toutes les ARH ont répondu positivement à la première question (« Dans le SROS III, est-il fait état d'une évaluation ? »).

Ainsi, elles ont toutes conscience de l'existence d'une évaluation du SROS dans le texte publié fin mars 2006 et de l'importance que cela pouvait avoir au sein de leur agence.

2. Toutes ont également répondu favorablement à la deuxième question (« Par ailleurs, avez-vous mis en place une organisation ? Sinon, pourquoi ? Que comptez-vous faire ? »).

La plupart d'entre elles (sept) font allusion à la présence d'indicateurs intégrés dans chaque volet du SROS pour justifier cette réponse. Cependant, elles font largement allusion à des indicateurs de suivi. Ce qui peut nous amener à nous interroger sur la confusion existant peut être entre évaluation et suivi. Cette remarque a également été faite par M. Lebrun de la DHOS interrogée à ce sujet. Pour elle, le principal problème dans la mise en œuvre de l'évaluation des SROS II provenait de cette confusion.

3. Concernant l'identification d'un responsable de l'évaluation du SROS, les réponses des ARH sont plus hétéroclites (« Y a-t-il une personne responsable de l'évaluation du SROS ? Si oui, quelle est sa fonction, corps ou métier d'origine ? Si oui, est-elle à temps plein sur cette mission ? Sinon, préciser le volume horaire ? »).

Trois ARH déclarent n'avoir aucun responsable identifié, quatre d'entre elles évoquent un membre de l'équipe rapprochée de l'agence (ou un binôme médico-administratif dans un cas), une ARH évoque son directeur adjoint (médecin de profession), une autre évoque le MIR de la DRASS. Les questions concernant le temps consacré par cette personne à cette tâche spécifique et son corps d'origine sont restées sans réponse dans la plupart des cas.

4. La troisième question suscite deux types de réponses (« En l'absence d'une personne spécifiquement responsable, comment l'évaluation est-elle menée ? Est-ce un groupe de travail ? Un comité d'évaluation ? »)

Les ARH ayant répondu qu'il existait un responsable identifié ont passé la question. Les autres ont indiqué de façon majoritaire qu'il revenait au comité technique régional ou à la commission régionale (selon la terminologie propre à chaque région) de mener cette réflexion quant à la mise en œuvre de l'évaluation du SROS.

5. La question relative au mode opératoire suivi par les Agences pour réaliser l'évaluation a suscité des réponses très diverses (« Quel mode opératoire suivez-vous pour la mise en œuvre de l'évaluation ? »).

Il est possible que cette question n'ait pas été pertinente pour un questionnaire écrit ou ait manqué de précision. Quoiqu'il en soit, aucune ARH n'a développé suffisamment sa réponse pour la rendre véritablement exploitable. Les réponses sont laconiques et imprécises (suivi d'indicateur, grille d'information, tableaux de bord.) Seuls les entretiens seraient exploitables sur ce point mais une telle démarche reviendrait à surestimer leur importance. On peut se demander si cette absence de clarté dans les réponses ne serait pas signe d'un manque de réflexion sur ce que doit être le mode opératoire. Mais cela semble aussi dû à la forme utilisée pour obtenir des réponses (les réponses obtenues par téléphone ont souvent été beaucoup plus concrètes que celles obtenues par courriel).

6. Concernant l'évaluation des CPOM (« La réalisation des CPOM fera vraisemblablement l'objet d'une évaluation, elle serait en lien avec l'évaluation du SROS. L'avez vous prévue ? »).

Deux ARH ont déclaré attendre la publication du décret relatif à cette question avant d'envisager tout processus d'évaluation. Les autres ont confirmé le lien existant entre évaluation du SROS et des CPOM notamment par le biais de l'utilisation de mêmes indicateurs. Deux ARH ont également rappelé que la priorité avait été donnée à l'évaluation du SROS ces derniers mois du fait de sa publication récente.

Les entretiens auprès des experts ne peuvent être exploités de façon quantitative. Il nécessite une exploitation qualitative et les informations qui nous auront été fournies seront intégrées tout au long de l'analyse qui suit.

2.2.2 Dans un contexte hétérogène, la région Rhône-Alpes offre un exemple particulièrement abouti.

- A) L'évaluation des SROS, qui entend nourrir la vision stratégique des ARH en lien avec le PRSP, ne repose pas actuellement sur un modèle organisationnel incontestable.

La lecture des SROS ne permet pas de modéliser une forme d'évaluation. Cependant, l'analyse met en évidence des tendances générales.

- a) *La polysémie du terme d'évaluation s'illustre dans les approches des ARH, sans que se dessine un modèle d'organisation incontestable.*

Le SROS est à la fois un outil de planification et un prolongement de l'intervention publique en matière de santé. Cette dualité est à l'origine des différentes significations que les agences ont affecté au terme évaluation. Dans les SROS étudiés nous avons pu constater que l'évaluation pouvait prendre la forme :

- d'une compilation d'indicateurs intégrés à chaque thématique ;
- d'un suivi de l'exécution du schéma dans le temps.

Ces interprétations semblent traduire une connaissance partielle de l'évaluation imputables à un manque d'identité de celle-ci. En effet, la pluralité des acteurs intervenant dans la constitution d'un SROS et l'empilement des politiques nationales et territoriales perturbent la modélisation de l'évaluation. Toutefois, si les démarches ne sont pas normalisées, elles entendent utiliser l'évaluation comme un levier d'amélioration de la santé de la population.

L'organisation de l'évaluation que nous retrouvons dans les SROS repose fréquemment sur un comité technique ou une commission et il est rare que des responsables soient clairement désignés. Les différents schémas n'indiquent pas s'il existe un budget spécifique pour l'évaluation. Par ailleurs, ils ne mentionnent pas la personne en charge de la validation des conclusions et de leur mise en œuvre.

Dès lors, on peut s'interroger sur l'objectivation des résultats de l'évaluation. L'ARH bénéficie, en principe, du monopole de l'évaluation légitime. Toutefois un sentiment de partialité peut apparaître si le processus d'évaluation n'a pas été assez

inclusif dans sa phase de conception. Nous pouvons penser que bon nombre de processus d'évaluation ont une légitimité fragile de ce point de vue.

b) *Des indicateurs au service d'une vision stratégique.*

Figurent de façon inégale dans les SROS, du fait de l'absence d'un référentiel commun, les critères traditionnels d'appréciation des politiques publiques (l'atteinte des objectifs, l'impact, l'efficacité, l'efficience, la pertinence et la cohérence de l'action). Ainsi, comme nous l'avons relevé dans plusieurs SROS, en matière d'évaluation du volet Soins de suite et réadaptation, les indicateurs retenus peuvent être :

- comme indicateur de moyen : le suivi des ratios des personnels médicaux et non médicaux ;
- comme indicateur de qualité : la mesure du taux d'attente avant admission dans la structure.

Pour autant, si la compilation d'indicateurs accompagne bien la question de l'évaluation du SROS en tant que tel, elle ne permet pas toujours d'appréhender les bénéfices d'une politique de santé. Il convient de dépasser la pratique de l'évaluation comme figure imposée pour se l'approprier en tant qu'outil participant à la planification de l'offre de soins sur un territoire donné.

c) *SROS et PRSP : une complémentarité à réaliser.*

C'est pour cette raison qu'il convient d'insister sur la nécessaire complémentarité entre SROS et PRSP. Il existe un lien étroit entre les SROS et les PRSP, puisqu'ils agissent sur le même territoire, consacré comme niveau pertinent pour l'adaptation et la mise en œuvre des politiques nationales de santé publique par la loi de santé publique¹³. Chacun d'entre eux décline les plans stratégiques nationaux, tel que le plan contre le cancer, tout en laissant la place à des priorités régionales de santé publique.

On peut donc supposer qu'une partie de l'évaluation des SROS sert la réalisation des objectifs du PRSP. La loi de santé publique dispose d'ailleurs que *«le schéma d'organisation sanitaire prévu à l'article L 6121-1 prend en compte les objectifs du plan*

¹³ Dans ce cadre, l'organisation administrative des compétences respectives de l'Etat et des collectivités locales se décline en trois documents de planification qui interfèrent mutuellement :

- le plan régional de santé publique ;
- le schéma régional de l'organisation sanitaire ;
- le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.

régional de santé publique ». Mais, cette complémentarité reste largement à réaliser dans les faits. Il conviendra d'être vigilant sur ce point dans la conduite de l'évaluation des SROS III dans les années qui viennent.

- B) Comme le montre le SROS Rhône-Alpes, l'évaluation trouve sa finalité dans sa capacité à influencer sur les politiques publiques.

De toutes les ARH consultées, celle de Rhône-Alpes semble avoir développé la pratique de l'évaluation la plus aboutie.

- a) *Un outil de mobilisation des acteurs.*

L'évaluation responsabilise les acteurs de la politique de santé et les amène à rendre compte de leur atteinte des objectifs du SROS.

En Rhône-Alpes, les équipes de bassin ont été sollicitées pour proposer des indicateurs. Dès cette phase participative, les acteurs de terrain s'approprient les indicateurs qui seront effectivement retenus ; on peut donc penser qu'ils en maîtriseront le suivi ultérieur.

Dans le cadre des Contrats d'objectifs et de moyens (COM), chaque établissement de santé présentera ses engagements sous la forme de fiches objectifs pré-formatées (cf. annexe 7). Ces engagements, dont l'établissement aura à fixer lui-même l'ampleur, pourront décliner les objectifs stratégiques du SROS, mais aussi se référer aux objectifs du Plan régional de santé publique, s'appliquer aux MIGAC, à la qualité et la sécurité des soins, à la gestion interne des établissements publics ou encore à la coopération, les réseaux et la télésanté.

Chaque fiche objectif comportera un calendrier de réalisation, un référent de l'établissement et un indicateur standardisé, identique pour l'objectif du SROS et celui de l'établissement. A chaque objectif ne sont associés qu'un ou deux indicateurs, de manière à simplifier au maximum le recueil et la remontée de données de façon routinisée. Pour chaque indicateur, le libellé exact, le mode de recueil, les erreurs de mesure et biais d'interprétation sont précisés. Cela garantit un recueil standardisé des données, qui permet les comparaisons entre les années et entre les établissements et la détermination simple de résultats moyens régionaux.

b) *Une aide à la décision.*

L'évaluation consiste à mesurer une modification de l'offre et, ce qui est plus difficile, à en mesurer les effets produits. Les indicateurs ne sont qu'une méthode parmi d'autres : rencontres avec les responsables, visites des établissements, enquêtes dans les services, analyses des plaintes, etc. Ils donnent une information très ponctuelle, peuvent donner lieu à des erreurs de mesure ou d'interprétation et nécessitent un système de recueil coûteux. Dans la pratique quotidienne, ils présentent cependant l'avantage non négligeable d'offrir une information facile à obtenir et adaptée au dépistage des problèmes.

Un ou deux indicateurs ne donnent pas forcément une idée exacte de l'atteinte ou non d'un objectif. C'est pourtant ce à quoi se limite l'ARH Rhône-Alpes, là où d'autres ARH multiplient les indicateurs. En n'en choisissant qu'un ou deux, même relativement adaptés, on se résout à ne prendre en compte qu'une partie de l'objectif. Cela est certes critiquable d'un point de vue scientifique, mais un indicateur simple à mesurer et à traiter au niveau régional permet d'orienter directement la décision. Pour que le temps de l'évaluation soit vraiment une étape dans un processus décisionnel, il peut être préférable de s'en tenir à des techniques frustes mais compréhensibles et reproductibles.

Ce souci du concret – qui aujourd'hui reste à distinguer du souci plus politique de l'utilisateur – ne nous paraît pas également partagé par toutes les personnes qui, dans les différentes ARH, sont chargées de l'évaluation des SROS. Ces chargés de mission semblent généralement plus engagés dans une logique de PMSI. Il se peut que leur culture professionnelle, souvent médicale, favorise un souci de rigueur qui éloigne l'évaluation de sa finalité d'aide à la décision.

c) *Un vecteur d'amélioration continue de la qualité.*

L'évaluation comme aide à la décision peut devenir un outil efficace d'amélioration continue de la qualité des soins. C'est en particulier pour cette raison que le niveau régional, qui est celui du SROS et du PRSP, paraît être l'échelon pertinent de l'évaluation en santé publique.

L'utilité de l'évaluation est immédiatement tangible en Rhône-Alpes. Cela permet d'obtenir des acteurs de terrain qu'ils y participent réellement. Le fait de pratiquer l'évaluation « en routine » permet de dédramatiser des procédures qui pourraient être

perçues de prime abord comme un moyen de mettre en cause la réalité du travail effectué par les acteurs. En explicitant les attentes de la tutelle, l'évaluation améliore les relations entre établissements, conférences sanitaires et ARH, ce qui simplifie la gouvernance sanitaire locale.

L'utilisation de l'évaluation pour éclairer la prise de décision locale rend inutile la question de savoir si des indicateurs de la DHOS ne vont pas s'ajouter à ceux élaborés localement, argument qui permet souvent de ne pas entamer une démarche autonome qui interrogerait les modalités de prise en charge.

L'évaluation, grâce à l'amélioration continue de la qualité qu'elle autorise, est un outil de communication efficace sur la politique de santé : l'état annuel de l'avancement du SROS est l'occasion pour l'ARH de mobiliser les acteurs et d'informer les institutions et le grand public sur son action. C'est cela en particulier qui a poussé le directeur de l'ARH Rhône-Alpes à s'intéresser à l'évaluation puis à en soutenir le développement.

Conclusion

Si la notion d'évaluation des politiques publiques est apparue dans les années 1970 en France, son application est plus récente encore. Dans le domaine de la santé publique, l'évaluation des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de 2^e génération, engagée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, n'a pas abouti. C'est aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) qu'il incombe aujourd'hui d'organiser et de mettre en œuvre l'évaluation des SROS de 3^e génération, telle qu'elle exigée par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 et la loi n°2004-806 du 9 août 2004, clarifiée par la Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004.

Les ARH ont développé une vision hétérogène de l'évaluation des SROS. L'évaluation des besoins, de l'activité et des pratiques professionnelles, alimentée par d'imposantes batteries d'indicateurs, se substitue souvent à l'évaluation du SROS lui-même.

Dans ce contexte général encore peu favorable à l'évaluation des politiques de santé, des expériences réussies comme celle de l'ARH de Rhône-Alpes donnent un aperçu de ce que peut être l'évaluation d'un SROS. Reposant sur l'emploi d'indicateurs spécifiques, peu nombreux, robustes et exploitables, elle constitue une aide à la décision et un outil de mobilisation des acteurs, ainsi qu'un vecteur de communication de la politique de santé. Menée en interne à l'échelon local et régional, l'évaluation doit permettre une amélioration continue de la qualité des soins et non, comme cela est entendu par de nombreuses ARH, un simple bilan de fin de SROS.

Bibliographie

- BARILARI A., « La mise en œuvre de la LOLF. Une occasion pour repenser en profondeur l'action administrative », *Revue du Trésor*, n° 5 - mai 2004
- BASLE M., *L'évaluation des politiques publiques : sa nature, ses métiers, sa mise en œuvre et ses besoins*, septembre 2001
- BŒUF J.-L., « L'évaluation des politiques publiques », *Problèmes politiques et sociaux*, n°853, 2001
- CONSEIL D'ETAT, *Collectivités publiques et concurrence*, Rapport public, 2002
- CONSEIL NATIONAL DE L'EVALUATION, *L'évaluation en développement*, Rapport annuel sur l'évaluation des pratiques d'évaluation des politiques publiques 1996, La Documentation française
- COUR DES COMPTES, « Les personnels des établissements publics de santé », Rapport public thématique, mai 2006
- COUTY E., « La culture du résultat dans la fonction publique est-elle compatible avec les enjeux de la santé ? », *Les Cahiers Hospitaliers*, février 2006
- ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION, « Evaluation et qualité en santé », Rapport, 2003
- LE PEN C., « Vers une culture de l'évaluation économique des produits de santé ? », *Réalités industrielles - Annales des mines*, n° 5 mai 2004
- NISKANEN W. A., *Bureaucracy and public economics*, 1996
- PERRET B., *L'évaluation des politiques publiques*, Repères, Editions La Découverte, novembre 2001
- PERROT J., *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée*, Karthala, Paris 2005

Liste des annexes

Annexes non publiées

- Annexe 1 : circulaire DHOS/O n°2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'évaluation des SROS de troisième génération
- Annexe 2 : tableau analytique des SROS
- Annexe 3 : questionnaire diffusé aux ARH
- Annexe 4 : verbatim entretien M. Lebrun, conseiller médical à la DHOS
- Annexe 5: verbatim entretien Mme Le-Roux, chargée de mission à l'ARH Bretagne
- Annexe 6 : grille d'entretien Dr Fauconnier, chargé de mission à l'ARH Rhône-Alpes
- Annexe 7: documents ARH Rhône-Alpes : « Elaborer des indicateurs pour le SROS 3 » et modèle de fiche objectif