



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
7 RUE D'ANJOU
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT

POLITIQUE PUBLIQUE

FR

22 JANVIER 1996

RAPPORT SUIVI DE RECOMMANDATIONS DU
CONSEIL NATIONAL DU SIDA SUR L'ÉVALUATION DE
L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION
DU VIH/SIDA

SOMMAIRE :

SOMMAIRE :	1
RAPPORT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA SUR L'ÉVALUATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA.....	2
INTRODUCTION.....	2
1 RESSOURCES ET DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION.....	5
1.1 Ressources institutionnelles existantes.....	5
1.2 Les difficultés techniques.....	9
2 ÉVALUATION DES STRATÉGIES PUBLIQUES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA.....	10
2.1 Les objectifs.....	10
2.2 Le dispositif.....	11
2.3 Le financement.....	11
AUDITIONS :	13
ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES :	13
ANNEXE.....	15
RECOMMANDATIONS.....	16

RAPPORT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA SUR L'ÉVALUATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

L'évaluation peut contribuer à un enrichissement du débat démocratique, comme à une meilleure connaissance des pratiques de la gestion publique. En ne s'en tenant pas aux liaisons les plus apparentes, l'évaluation contribue à dépasser le dilemme de l'action publique entre l'opacité (due à la complexité et à l'information imparfaite) et l'incrimination de "responsables" confondus avec des "coupables" (due à la nécessité de satisfaire un moment le besoin de sanctionner les échecs). L'évaluation vise à mettre en relief des mécanismes et à préciser des imputations plus qu'à imposer des solutions et à procéder à des incriminations.

Jean Leca¹

Il convient d'être prudent dans le choix des stratégies d'intervention, et de ne pas prendre l'instrument du sondage où s'expriment des attitudes et réactions spontanées comme un indicateur de mesures souhaitables du point de vue de la santé publique. Si l'on veut éviter de tomber dans la « tyrannie de la promotion de la santé », il faut s'appuyer et sur des données scientifiques solides et sur quelques principes et objectifs clairs de justice et d'équité.

Michaël Pollak, William Dab, Jean-Paul Moatti²

INTRODUCTION

« La prévention du sida, ça ne marche pas ! » Cette phrase tant de fois entendue est une rumeur. La rumeur n'a pas d'utilité opérationnelle. Plusieurs études tant régionales que nationales montrent une amélioration des connaissances de campagne en campagne (et notamment plus grande en 1994 qu'en 1992), de la tolérance à l'égard des personnes séropositives et une modification des comportements sexuels, avec en contrepartie une inquiétude croissante. Toutefois de telles études portent exclusivement sur l'effet des grandes campagnes publiques (et notamment télévisées) du Gouvernement et on peut se demander si l'action publique en matière de prévention du VIH est circonscrite par ces seules campagnes. L'action publique met en effet en œuvre d'autres moyens : implantations de CIDAG, formations des professionnels sanitaires et sociaux, actions d'autres ministères (ministères de l'Education nationale, de la Défense, de la Justice), actions d'acteurs publics autres que l'Etat (les collectivités territoriales) et d'acteurs privés aidés par des fonds publics (les associations).

L'évaluation de l'action publique en matière de prévention du sida est donc complexe ; elle ne peut se penser dans les seuls termes d'un contrôle budgétaire qui va de soi mais sans doute dans une mesure impartiale et rigoureuse de l'efficacité et de l'acceptabilité de cette action. La mesure de l'adaptation de la politique à l'objectif visé s'attache à évaluer les préalables scientifiques et expérimentaux, les procédures de décision, enfin les résultats.

Organisme indépendant, auquel les pouvoirs publics confient la mission d'être « consulté sur les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement et les organismes publics »³, le Conseil national du sida s'est saisi du problème de l'évaluation de l'action publique en matière de prévention du sida.

Au Conseil sont représentées les grandes familles philosophiques et religieuses de la société française et des personnalités choisies pour leurs compétences spécifiques, ce qui doit lui permettre de définir un consensus sur l'acceptabilité des messages. Toutefois, peut-on induire de l'acceptabilité des messages qu'elle est une mesure de l'efficacité de ces campagnes ? Certes, la prévention du VIH/sida se déploie à l'intérieur d'une double contrainte qui est d'ordre éthique : elle doit être accessible à l'ensemble de la population et elle doit permettre plus spécifiquement l'adaptation d'un certain nombre de comportements (appelés « à risques ») dont la fréquence n'est pas répartie de façon homogène dans la population. S'adresser à ces adaptations de comportements et à des publics spécifiques suppose la reconnaissance de fait qu'un certain nombre de comportements (homosexualité, bisexualité,

¹ Extrait de la lettre du 30 décembre 1991 au Président de la République, reproduite dans le rapport d'activité du CSE de l'année 1991 : L'évaluation de l'expertise à la responsabilité, Paris, La Documentation française : p. 3,

² Cf « *Système de réaction au sida et action préventive* » in Une identité blessée, Paris, Métalié : p. 276.

³ Article 1 du décret 89-83 du 8 février 1989.

toxicomanie) existe. Il s'agit de savoir comment tenir une parole publique sur ces comportements sans que cette parole publique ait la forme d'un jugement de valeur (perçu par les uns comme de stigmatisation, perçu par les autres comme de promotion) mais soit bien l'identification d'enjeux de santé publique. En ce sens l'émetteur public du discours de prévention doit se poser des problèmes éthiques liés à un double danger : risquer de reconduire des stigmatisations en désignant des pratiques ou risquer de reconduire des discriminations de fait qui exposeraient cette fois à un risque vital en faisant le silence sur ces pratiques. La parole et le silence peuvent être ainsi deux formes de discrimination⁴. L'une et l'autre de ces formes peuvent avoir des effets dramatiques pour la santé publique. Un état laïc dans une société pluraliste peut-il recommander des comportements dans ses campagnes publiques lorsque ces comportements sont valorisés ou décriés par des normes morales et religieuses de la société ? De fait, on constate que le ralentissement de l'épidémie de sida dans les pays développés ne dépend pas seulement de la promotion du préservatif mais d'un ensemble de modifications de comportements (réduction du nombre de partenaires, nouvelles modalités de sélection des partenaires, modification des pratiques, fidélisation) que peuvent mesurer, on le verra, des enquêtes appropriées. Toutefois, il est incontestable que tous ces ajustements ne reçoivent pas la même légitimation à cause des conflits de valeurs qui s'y attachent selon les sociétés. Or, chacun mériterait sa propre évaluation. L'évaluation est une technique qui a ses méthodes et ses règles.

L'action publique française en matière de VIH/Sida, telle qu'elle s'exprime dans les campagnes, a voulu éviter le premier de ces écueils en dissociant d'une part les campagnes de prévention par la promotion du préservatif et d'autre part les campagnes de solidarité.

Depuis 1987 la prévention du VIH/Sida a bénéficié en France de l'attention continue des pouvoirs publics qui lui ont affecté un financement croissant et de l'intérêt des créateurs de campagnes et du public. Peut-être cet enjeu dramatique était-il perçu comme un état de crise aiguë et facilement surmontable par notre dispositif de santé. Il n'en est rien et cet effort coûteux ne devrait pas se relâcher, semble-t-il.

Cet investissement a-t-il été accompagné d'un effort suffisant d'évaluation ? Premièrement pour vérifier l'efficacité des messages ; deuxièmement pour articuler la progressivité des messages et le déplacement des cibles.

Un certain nombre d'études ont été menées sur ces politiques publiques qui sont au sens où le définit M. VIVERET, lors de son audition par le Conseil national du sida, un ensemble caractérisé par des objectifs clairs mis en relation de façon cohérente avec des moyens. On citera les différents types d'études en fonction de leur méthodologie, de leur terrain et de leur cible.

1. Les évaluations ponctuelles de l'ensemble de l'intervention de l'état réalisées par un seul expert à la demande du Gouvernement. Ce sont plus des photographies de l'effort public que des mesures de son efficacité. Il s'agit des rapports de MM. Rapin (1987), Got (1988) et Montagnier (1993)⁵.

2. Les grandes enquêtes générales

Ces enquêtes ont toutes été financées par les organismes publics, particulièrement l'ANRS. Il s'agit d'abord des enquêtes sur les comportements sexuels des français qui avaient pour objectifs de décrire l'évolution des pratiques dans le contexte de l'épidémie de sida, de comprendre les changements de comportements face à l'évolution du risque et d'apporter des résultats directement utilisables dans l'élaboration des stratégies de prévention. Ces enquêtes sur les comportements sexuels portèrent pour l'une sur la population générale (1991), pour l'autre sur les jeunes (1995) et pour la troisième sur les populations de la Région Antilles-Guyane (1995)⁶.

Puis les enquêtes dites KABP (Connaissances, attitudes, comportements, pratiques) qui furent réalisées en 1990, 1991, 1994, portaient sur les connaissances de la population sur le sida et la façon dont il est ressenti et affronté. Ce sont des enquêtes comparatives qui mesurent l'évolution au cours du temps des connaissances, des comportements et des représentations⁷.

3. Les enquêtes ciblées.

La première bien sûr est la surveillance épidémiologique du sida réalisée par le Réseau national de santé publique. Des études particulières conduites par le Centre collaborateur européen de l'OMS à Saint-Maurice permettent par des rétro-calculs complexes d'inférer l'évolution de la séropositivité (prévalence et incidence) par mode de transmission.

Citons aussi les enquêtes sur les changements de comportements chez les homosexuels⁸. Ces enquêtes comparatives se poursuivent depuis dix ans, sous la direction de Marie-Ange Schiltz depuis la mort de Michaël Pollak qui les avait initiées dès 1987. François-

⁴ Cf Michaël Pollak, *Une identité blessée*, Paris, Métalié : pp. 236-237, 272-273.

⁵ Cf respectivement les rapports de MM. Rapin, Got et Montagnier

⁶ Cf respectivement A. Spira, *Les Comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française, 1993 ; M. Giraud et A. Gilloire, *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane* (ACSAG), ANRS, document polycopié, 1995 et H. Lagrange et B. Lhomond, *Les comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans*, ANRS, document polycopié, 1995.

⁷ J.-P. Moatti, enquête KABP, *Journal du sida*, décembre 1995.

Rodolphe Ingold a étudié dès 1988 les effets de la libéralisation de la vente des seringues chez les toxicomanes⁹ ; il participe avec H. Lagrange à une étude prospective de grande échelle en population toxicomane, visant à repérer l'évolution des comportements en matière de réduction des risques¹⁰.

4. Les études ciblées qualitatives ou quantitatives d'objectifs plus restreints Elles sont très nombreuses. Elles sont en principe financées par l'Etat (ANRS seule ou associée à l'INSERM, au CNRS, à l'Université, à différentes fondations publiques ou privées). On peut citer ici l'étude qualitative dans une perspective comparative de G. Paicheler (CERMES-CNRS, PARIS) sur l'intégration de l'information et des connaissances et logiques préventives face au risque d'infection par le VIH¹¹ ou les travaux de M. Calvez (IRST de Bretagne, Rennes) sur la sélection culturelle des risques et la formation des réponses à l'infection à VIH en Bretagne¹². La présentation de ces travaux est disponible dans des recueils publiés par l'ANRS.

5. Des informations indirectes ont pu aussi être collectées à partir du suivi prolongé de grandes cohortes à objectif médico-épidémiologique. Citons par exemple les enquêtes SEROCO¹³, DMI-2, les rapports d'activité des CIDAG, etc.

Le Conseil remarque que ces études comprennent des travaux de méthodologie très divers et portant sur des échantillons très différents (des 157 toxicomanes de l'enquête de l'IREP aux 20 000 personnes de l'enquête ACSF).

Ces études sont tantôt axées sur la prévention elle-même, ailleurs sur le problème des personnes atteintes, l'action des professionnels, la description des dispositifs institutionnels.

En conséquence, le Conseil s'est trouvé devant une situation où recherches évaluatives et politique des pouvoirs publics ont été insuffisamment articulées et confrontées. L'évaluation des campagnes et leur progressivité ont été irrégulièrement définies et ne s'appuyaient pas toujours sur des indicateurs objectifs et récurrents. L'interface entre les recherches préalables et les opérateurs de la prévention ne semble pas avoir été suffisante. Deux exemples concrets peuvent illustrer ces difficultés d'articulation et l'imprécision des éléments de jugement en l'absence d'évaluation. Le premier concerne la réduction des risques des toxicomanes. Dès 1986, certains toxicomanes semblent modifier leur gestion du risque (BEH¹⁴). En 1987, la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie a des effets amplificateurs démontrés. En 1994, un effort important de promotion des thérapeutiques de substitution est réalisé simultanément aux travaux de la commission Henrion¹⁵. Pendant ces années, il est habituel de penser que « l'on ne fait rien pour les toxicomanes qui seraient massivement contaminés ». Le rapport du CNS de septembre 1993¹⁶ sur cette question est d'ailleurs reçu comme novateur alors qu'il a pour objectif de relancer l'action publique en soulignant des faits largement connus des professionnels. Il y a certainement un décalage chronologique entre des objectifs insuffisamment définis, des décisions politiques (par à-coups, sans stratégie globale) et une connaissance épidémiologique insuffisamment maîtrisée. Le deuxième exemple concerne la politique de prévention dans les départements français d'Amérique. Si les acteurs locaux s'estiment déçus, relayés par la rumeur, les objectifs de l'action publique sont probablement satisfaisants mais les procédures d'application seraient mal organisées ou mal suivies. Dans ces deux exemples, on voit l'importance de mesurer l'impact à différents niveaux de l'action politique et de tenir compte de cette évaluation pour réajuster l'action en temps utile.

Afin de remplir une des missions qui lui a été assignée – conseiller le gouvernement en matière de prévention –, le Conseil constate le besoin d'un instrument constant d'évaluation. Cet instrument évaluerait l'efficacité des messages dans deux directions. Il s'agirait premièrement d'analyser leur efficacité en termes de connaissance et de non rejet par la population générale ; deuxièmement, d'analyser le travail d'adaptation de comportements dans certains secteurs de la population d'autant qu'actuellement la population la plus vulnérable à l'épidémie risque d'être la plus difficile à atteindre par la voie jusqu'ici employée ; troisièmement d'évaluer l'articulation de l'action par campagne avec les autres dimensions des actions publiques.

Le nombre et la qualité des enquêtes réalisées démontre déjà la pertinence d'une procédure d'évaluation. Le Conseil National du Sida se pose alors la question d'une meilleure organisation et d'une pérennisation de ces évaluations de l'action préventive publique.

⁸ M. Pollak et M.-A. Schiltz, *Les homosexuels face au Sida*.

⁹ Cf Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance, *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues*. Rapport d'évaluation. Paris, document photocopié, juillet 1988.

¹⁰ H. Lagrange et F. R. Ingold, enquête en cours.

¹¹ G. Paicheler, Intégration de l'information et des connaissances et logiques préventives face au risque d'infection par le VIH : une étude qualitative dans une perspective comparative.

¹² M. Calvez, La sélection culturelle des risques et la formation des réponses à l'infection à VIH en Bretagne.

¹³ SEROCO : Cohorte de personnes séropositives au VIH ; conseil exécutif de cette étude : D. Bucquet, J. F. Delfraissy, C. Deceau, C. Rouzioux, A. Spira, J.L. Vildé.

¹⁴ BEH 31. 01. 95

¹⁵ Cf. Rapport de la Commission Henrion

¹⁶ Cf le rapport du CNS, Toxicomanie et sida, 8 juillet 1993.

Comment rendre plus opérationnel l'effet de ces pratiques ponctuelles d'évaluation ? Est-ce par une institutionnalisation de l'évaluation et la création d'une instance évaluatrice ?

Ces questions rejoignent les préoccupations plus générales posées par l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport de 1994 sur la méthodologie de l'évaluation des programmes nationaux : « L'évaluation doit être définie comme la collecte systématique et l'utilisation des données visant à améliorer les programmes de santé et à guider l'allocation des ressources. Cette évaluation a pour but de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs des programmes. Cela veut dire qu'elle mesure si les résultats et l'impact prévus sont atteints »¹⁷.

1 RESSOURCES ET DIFFICULTÉS DE L'ÉVALUATION

Cette institutionnalisation d'une évaluation avait été, rappelons-le, l'objet de la proposition 30 du rapport de la mission sida du Pr Luc Montagnier¹⁸. Le Gouvernement avait confirmé l'importance de cet enjeu (décision 16), et y avait affecté deux personnes à la Direction Générale de la Santé à qui était simultanément confiée l'organisation de la prévention. Cette mesure évaluative interne exclusive ne répondant que partiellement au souci exprimé par le Conseil national du sida, ce dernier a auditionné une série de personnalités afin d'identifier les ressources institutionnelles et financières existantes, et les difficultés techniques du processus.

1.1 RESSOURCES INSTITUTIONNELLES EXISTANTES

LES STRUCTURES D'ÉVALUATION EN FRANCE

En France, il y a une tradition d'évaluation comptable des politiques publiques (cf. la Cour des Comptes) ; ce n'est que récemment que s'est manifesté un souci politique pour l'évaluation qualitative des stratégies publiques¹⁹ et c'est plus récemment encore qu'ont été définis un certain nombre de dispositifs : des instances généralistes : le *Conseil Scientifique de l'Evaluation* (CSE) et le *Comité interministériel d'Evaluation* (CIME) et des instances spécialisées notamment l'*Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale* (ANDEM) et le *Comité national d'évaluation de la recherche* (CNER). Le Conseil national du sida a auditionné les représentants de certains de ces organismes pour savoir dans quel cadre technique et financier l'évaluation des actions publiques de prévention du sida pouvait s'institutionnaliser.

DES INSTANCES GÉNÉRALISTES

Le Comité interministériel d'Evaluation

Le CIME est présidé par le Premier ministre et comprend le ministre de l'économie et des finances, le ministre chargé des réformes administratives, le ministre de l'intérieur, le ministre du budget, le ministre chargé du plan et les ministres concernés par l'ordre du jour.

Sa mission est de développer et de coordonner les initiatives du gouvernement en matière d'évaluation des politiques publiques. A partir d'avant-projets, établis en concertation avec différents ministères ou suggérés par le Conseil d'État, la Cour des comptes, le Médiateur de la République, il arrête une liste de projets d'évaluation, sélective, en principe exemplaire et portant sur des thèmes d'une certaine ampleur. Le CIME en approuve l'ensemble des modalités et, en particulier, la distinction entre les instances d'évaluation et les opérateurs publics ou privés, et en arrête les financements. Après les évaluations, il statue sur les suites des études réalisées, les résultats, les conclusions devant être rendues publiques²⁰.

Le Conseil scientifique de l'évaluation

Le CSE, créé par le décret du 22 janvier 1990, comprend onze membres, nommés pour six ans, par le Président de la République, en raison de leur compétence en matière d'évaluation ou dans le domaine des sciences économiques, sociales ou administratives. Le CSE a pour mission de veiller à la qualité des évaluations de politiques publiques décidées par le CIME et financées par le Fonds national de développement de l'évaluation. Il est en outre chargé de rassembler et de diffuser l'information existant sur les méthodes et les techniques d'évaluation²¹.

¹⁷ Cf. Guide d'évaluation d'un programme national de lutte contre le sida, OMS/GPA, 1994

¹⁸ Ce rapport souhaitait la mise en place d'une évaluation continue et systématique accompagnée d'un budget ad hoc.

¹⁹ Cf. Rapport sur le RMI (B. Fragonard)

²⁰ Sources : rapport du CES : L'évaluation des politiques publiques, 1991 : p. 34.

²¹ Sources : rapport du CES : L'évaluation des politiques publiques, 1991 : p. 35.

Depuis sa création, le Conseil scientifique de l'évaluation a émis deux types d'avis : les premiers portent sur les méthodes et conditions de réalisation des évaluations, ces projets étant décidés par le CIME, ou soumis par le Conseil économique et social. Les seconds portent sur la qualité des travaux d'évaluation. Les thèmes des évaluations furent par exemple l'accueil des populations défavorisées dans certains services publics, le développement de l'informatique et son impact sur l'efficacité de l'administration (1991), la politique de lutte contre la drogue et les toxicomanies, les politiques de sécurité routière (1992) ou encore par exemple la politique de prévention des risques d'origine naturelle (1993), les interventions de l'état en faveur des salariés de plus de 55 ans (1994). Il a aussi largement enrichi la réflexion sur l'évaluation et sur sa méthodologie : analyse des différentes formes d'évaluation, comparaison internationale ou encore évolution des pratiques évaluatives.

L'ensemble de cette réflexion est rendu public chaque année dans un rapport annuel²².

DES INSTANCES SPÉCIALISÉES

Elles sont très nombreuses en France : le Comité National d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique culturel et professionnel (CNE), la Commission Nationale d'Evaluation du RMI, le Comité National d'Evaluation de la Politique des Villes pour n'en citer que trois d'entre elles²³. Parmi cet ensemble, deux instances sont particulièrement intéressantes au regard des préoccupations du Conseil national du sida :

L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale

L'ANDEM a été créée le 7 janvier 1990 au moment où l'évaluation est devenue une préoccupation essentielle pour les pouvoirs publics. L'ANDEM est une association à but non lucratif employant une quarantaine de salariés à temps plein, financée d'abord uniquement par l'État, puis aussi par deux autres financeurs : les caisses de sécurité sociale et les professionnels. L'Agence a produit une centaine de rapports et dispose pour 1995, d'un budget de 27 à 28 millions. Dès le début de son activité, il est apparu qu'une évaluation qui porterait sur les personnes, les structures ou les filières de soins particulières n'était pas souhaitable. Aussi, l'ANDEM s'est fixée d'abord deux missions :

- l'évaluation des connaissances en médecine.

Cette première mission répond à des préoccupations liées à l'état scientifique et professionnel de la médecine et des soins, mais aussi à des préoccupations socio-économiques très fortes.

- l'évaluation des pratiques professionnelles à la recherche de l'amélioration de la qualité des soins.

Ce deuxième secteur vise à analyser la conformité dans la pratique de la médecine entre l'intention et la réalisation. Son objectif est lié au fait que ces constats améliorent la qualité des prestations.

Pour remplir ces deux missions l'ANDEM a imaginé un certain nombre d'outils. La conférence de consensus est l'un d'entre eux. Une conférence de consensus est une méthode d'évaluation visant à définir une position dans une controverse portant sur une procédure, dans le but d'améliorer sa pratique. Cette démarche se fonde sur la réunion d'un jury appelé à faire la synthèse des bases scientifiques présentées publiquement par des experts, se rapportant à des questions pré-définies. Ce processus se veut ouvert au plus grand nombre, de façon à recueillir les différents points de vue. Le but est de parvenir à une position consensuelle, de la faire connaître à l'ensemble des professionnels et au grand public, ouvrant ainsi la voie aux progrès techniques et pratiques.

Le Comité national d'évaluation de la recherche

Le CNER a été créé par le Gouvernement en mai 1989. Il a mission d'apprécier la mise en oeuvre et les résultats de la politique nationale de recherche et de développement technologique. Il procède à l'évaluation de trois types d'opérateurs scientifiques et techniques : les organismes publics de recherche, les programmes nationaux et certaines procédures ou institutions scientifiques²⁴. Chaque année, le Comité remet au Président de la République un rapport qui est rendu public.

²² Cf. les rapports d'activités du CSE, L'évaluation en développement, publiés à La documentation française chaque année.

²³ Cf le tableau que dresse le CSE de l'évaluation en France dans son premier rapport (1991)

²⁴ Depuis sa création, le CNER a procédé à l'évaluation de plusieurs organismes publics tels que par exemple l'Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer, l'Institut national des sciences de l'univers ou encore l'Institut français de recherche scientifique pour le développement en coopération.

Le CNER met en particulier l'accent sur la communication des résultats de son travail. Et les membres de ce comité d'affirmer dans leur rapport de 1993 que « la communication ne saurait viser d'autres objectifs que d'être un des instruments du dialogue social auquel peut prétendre contribuer l'évaluation, à travers les débats que les recommandations du Comité sont susceptibles de susciter lorsqu'elles sont portées à la connaissance des collectivités concernées »²⁵.

De la méthodologie utilisée par le CNER, il ressort que l'évaluation comprend quatre phases :

- La phase dite de « caractérisation »

Elle consiste à recueillir un ensemble d'informations factuelles de nature institutionnelle, scientifique et technique, budgétaire et financière et à la rédaction du cahier des charges de l'évaluation - La phase d'expertise stricto sensu Elle est confiée à des experts extérieurs désignés par l'instance évaluatrice qui remettent chacun un rapport.

L'instance rédige ensuite une synthèse des expertises.

- La phase de l'examen contradictoire

Elle consiste en la communication aux représentants de l'organisme ou du programme (les opérateurs) évalué, du dossier d'instruction qui envoient par écrit leurs observations, puis ces opérateurs sont auditionnés par l'instance.

- La phase des avis et recommandations

Un membre de l'instance rédige un rapport final, suivi de recommandations.

LES DISPOSITIFS D'ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION DU VIH À L'ÉTRANGER

Le Conseil s'est également intéressé aux entreprises spécifiques d'évaluation de la prévention du VIH/Sida menées dans d'autres pays : en Grande-Bretagne, en Suisse et aux États-Unis.

En Grande-Bretagne, dès 1988, sous l'impulsion de K. Wellings²⁶ se développe le besoin d'évaluer les campagnes confiées à la *Health Education Authority* (HEA). Il s'agit d'un travail universitaire d'évaluation, commandé par la HEA. Il ne s'agit pas d'un dispositif permanent et indépendant. La qualité du travail et son impartialité dépend de la notoriété et du professionnalisme du département universitaire de santé publique sollicité. En 1994, K. Wellings participe à l'action concertée européenne (cf. infra) qui évalue comparativement les stratégies de prévention adressées à la population générale en Europe, les procédures de développement des campagnes et les méthodes d'évaluation. Il existe des parallélismes remarquables entre les campagnes d'informations grand public des différents pays européens qu'il s'agisse du contenu, des séquences et de leur développement. La mise en place des campagnes, leur ton et leur style mais aussi leur réception et leurs effets, lorsqu'ils sont mesurés, sont différents d'un pays à l'autre. Il n'est pas possible d'attribuer simplement ces différences à des spécificités culturelles, politiques ou opérationnelles. Le besoin d'évaluation est fortement ressenti en Grande-Bretagne et en Suisse, plus ponctuel en France, en Espagne et en Norvège, inexistant en Belgique et en Finlande.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP)

L'IUMSP a été mandaté depuis 1986 pour évaluer de façon continue la stratégie de prévention du sida en Suisse. Les objectifs sont de mesurer les résultats des efforts de prévention entrepris, d'analyser les processus en cause dans la mise en œuvre de la stratégie de prévention, et de mettre en évidence les points forts et les faiblesses (actions avec contre-effet, lacunes dans la prévention de certains groupes - migrants, toxicomanes) et de proposer des adaptations adéquates²⁷.

Pour mesurer les résultats de prévention plusieurs indicateurs sont utilisés : chiffres de ventes des préservatifs ; comportements à risque par rapport au VIH et comportements de protection tels qu'utilisation de préservatifs, non-échange de matériel d'injection ; connaissances et croyances sur le sida.

²⁵ Cf CNER, L'évaluation de la recherche, Paris, La Documentation française, 1994 : p. 204.

²⁶ Cf K. Wellings, S. Orton, *Evaluation of the HEA Public Education Campaign* : Feb-June 1988. Health Education Authority AIDS Programme Information Pack, London, 1988.

²⁷ Cf « Evaluation des stratégies de prévention » in Le Sida en Suisse - 1991. Situation actuelle, mesures prises, perspectives et recommandations jusqu'en 1993. Un rapport de l'Office fédéral de la santé publique et de la Commission fédérale d'experts pour les problèmes liés au Sida. Luzern, mai 1991 : pp. 101-114.

La mise en oeuvre de la stratégie de prévention (processus) est examinée sous plusieurs aspects qui comprennent l'analyse (caractéristiques, qualité, diffusion, etc.) et la surveillance de l'influence de relais, de leurs messages et de leurs actions.

Le programme d'évaluation s'articule autour d'un modèle d'analyse qui postule que l'acquisition et le maintien de comportements de protection sont conditionnés partiellement par la modification de connaissances, de croyances et d'attitudes, mais aussi par un processus d'apprentissage stimulé par les programmes et interventions de prévention ; le tout se déroulant sous l'influence continue et les pressions contradictoires ou convergentes, facilitatrices ou inhibitrices, de l'environnement social. Les processus et résultats de la prévention du sida sont examinés au travers d'un faisceau d'études complémentaires dont la synthèse permet un jugement d'ensemble sur l'efficacité de la stratégie mise en place. Ces différentes études qualitatives ou quantitatives s'intéressent à des groupes restreints de la population, particulièrement exposés au risque du sida (toxicomanes, homosexuels), à des groupes moins exposés actuellement mais dont leur taille et/ou leur caractéristique en font des groupes-cibles de la prévention (les 17-30 ans, les migrants), à des relais (parents, médecins), au rôle des médias, aux programmes ou actions de prévention spécifiques (campagne de sensibilisation aux problèmes de la drogue).

Les études sont confiées à différentes institutions ou à des chercheurs indépendants. Ils développent une méthodologie et des instruments adaptés aux diverses situations étudiées. Le modèle d'analyse reste cependant un point commun à toutes ces études ; les indicateurs sont mesurés de manière à permettre les comparaisons ; des règles communes d'échantillonnage sont appliquées. Le même groupe est soumis à deux méthodes d'approche différentes et convergentes.

On cherche à couvrir typologiquement toute la diversité du champ visé selon les comportements, situations et régions ; dans la mesure du possible, on considère au moins deux régions linguistiques du pays. La supervision, la coordination et la synthèse des études sont assumées par le groupe d'évaluation, qui examine préalablement le sujet et les variables envisagés. La synthèse et les différents travaux du programme d'évaluation sont publiés chaque année.

Les Centers for Disease Control et l'évaluation de la Prevention Marketing Initiative (États-Unis)

Les activités de prévention du CDC d'Atlanta²⁸ sont centrées sur cinq objectifs : la surveillance de l'épidémie ; l'amélioration de la connaissance générale de l'épidémie ; la prévention des comportements à risque chez les étudiants ; la prévention ou la réduction des comportements et pratiques à risque ; l'amélioration de la connaissance qu'ont les personnes de leur statut sérologique et l'amélioration de leur prise en charge par les services appropriés.

En janvier 1994, le CDC lance la *Prevention Marketing Initiative* (PMI) : il s'agit d'un marketing social spécifiquement conçu par les CDC. Le marketing social vise à augmenter le recours à un produit ou une pratique socialement bénéfiques. Il est basé sur les principes classiques de marketing de consommation et en utilise les techniques pour promouvoir des comportements qui profitent à la fois aux individus et à la société. Le marketing de prévention ajoute au marketing social l'intégration des sciences sociales et des sciences du comportement. Cette PMI a quatre composantes : la communication ; la collaboration avec des partenaires à tous les niveaux (national, états, local) ; les sites de démonstration locaux ; la coordination avec la planification communautaire. Parmi les outils de communication, on compte la publicité sociale (annonces radio et TV ; sondages d'opinion ; travail auprès des chaînes de TV et de radio pour les faire adhérer aux messages – « public service announcements » – ou revoir leurs politiques restrictives à l'égard de la publicité pour le préservatif) ; le recours aux médias de divertissement (émissions de variétés, etc.) ; la communication pro-active et les relations publiques – par exemple pour clarifier le débat sur l'efficacité du latex, etc.... Par ailleurs un important travail de sensibilisation est fait auprès des communautés religieuses.

Le CDC a défini d'emblée une évaluation de la *Prevention Marketing Initiative*. Son objectif est de recueillir des informations pour améliorer la mise en oeuvre, le fonctionnement, l'efficacité des composantes ou des activités de la PMI. Les outils utilisés sont les suivants :

- le recensement des besoins (argent, information, canaux de distribution, motivation, savoir-faire, soutien social, changement de politique, services de santé, etc...) pour résoudre les problèmes de la population cible ;
- la recherche « ex ante » en évaluation : il s'agit de la collecte de données pendant la phase d'élaboration d'un programme d'activité afin de répondre aux questions sur la mise en oeuvre, le fonctionnement, les effets, le matériel utilisé par des programmes alternatifs et d'établir des comparaisons avec les objectifs définis antérieurement, dans le but de repérer l'étendue du décalage ou de la congruence ;
- l'évaluation du déroulement (procédés et procédures) consiste à collecter des données de même type et dans le même but, mais sur un programme en application ;

²⁸ Cf CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Facts about the CDC's HIV/AIDS Prevention Activities*. 1993 ; CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *CDC's Prevention Marketing Initiative: A Multi-Level Approach to HIV Prevention*. 1994 ; CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Prevention Marketing Initiative: A Year in Review*. 1994 ; CENTERS FOR DISEASE CONTROL. "Database search on CDC Evaluations/Assessments of Prevention Programs". 1995.

- l'évaluation des effets : collecter des informations sur les effets des activités de prévention et les comparer avec les objectifs recherchés, pré-définis (effets biologiques, comportementaux, psychologiques) à court, moyen et long terme, sur la population cible, ou sur des aspects de l'environnement de la population cible (normes sociales, économie), toujours dans le but de repérer l'étendue du décalage ou de la congruence ;
- la recherche exploratoire : recueil d'informations liées aux problèmes de communication.

Les instances supranationales

Enfin, Le Conseil a pensé important d'entendre les responsables de la Commission Européenne en tant qu'initiatrice de l'évaluation de la prévention communautaire

L'article 129 du traité de l'Union Européenne du 1er novembre 1993 fixe le cadre de l'intervention communautaire en matière de santé publique. Deux objectifs sont exposés : assurer un niveau élevé de protection de la santé et assurer la prévention des maladies, des grands fléaux dont la toxicomanie. Les moyens mis en oeuvre visent à : encourager la coopération entre les Etats-membres, promouvoir la coordination des politiques nationales de santé publique, et favoriser la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales. A l'heure actuelle, les services de la Commission sont au stade du travail préparatoire sur l'évaluation des programmes de santé publique. L'évaluation consiste sur le fond à vérifier que, compte tenu des moyens utilisés, les objectifs visés ont été atteints.

Des indicateurs de performance de l'efficacité des programmes communautaires ont été fixés, parmi lesquels le rapport entre l'effort communautaire et les efforts nationaux, le nombre de documents de consensus obtenus, les types d'actions soutenues, les bénéfices pour l'emploi...

Les méthodes d'évaluation utilisées pour d'autres programmes de santé mis en place depuis longtemps, comme le programme de formation Socrate, sont étudiées. Un colloque organisé en février 1995, réunissant l'ensemble des responsables de la Commission en matière de programmes a révélé que l'évaluation de leur mise en oeuvre posait de nombreux problèmes :

- définition trop imprécise du concept de programme communautaire ;
- faiblesse des outils méthodologiques des contrôleurs et évaluateurs ;
- formation insuffisante des gestionnaires, contrôleurs et évaluateurs ;
- enfin, une coordination insuffisante des différents opérateurs entre les Etats-membres et les institutions communautaires.

Face à cette situation, des grands axes d'action ont été choisis qui consistent notamment à ancrer le concept d'évaluation en lui faisant perdre le caractère d'évaluation-sanction, à inciter les services à se doter de cellules d'évaluation, à mieux contrôler la qualité des évaluations commanditées au secteur privé, à insérer au sein des programmes des mécanismes de retour, ou encore, à introduire un lien entre les résultats des évaluations et les dotations budgétaires des programmes.

1.2 LES DIFFICULTÉS TECHNIQUES

L'IMPORTANCE DE LA PHASE DE PRÉ-ÉVALUATION

L'importance de la phase de pré-évaluation a été soulignée à plusieurs reprises : il s'agit de savoir précisément ce que l'on souhaite évaluer, pourquoi et en vue de quoi, et comment mener cette procédure. Ce simple questionnement conduit à repérer les systèmes d'action et les jeux de motivations des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la politique en question. Il convient de se demander si tous les acteurs ont la même politique, s'ils ont une politique tout simplement.

Les personnalités auditionnées, en particulier M. VIVERET, ont fait remarquer qu'il est très rare d'observer des politiques publiques au sens strict du terme, à savoir un ensemble caractérisé par des objectifs clairs mis en relation de façon cohérente avec des moyens. En fait, la modalité principale de l'action publique est d'avancer de façon empirique face à un puzzle d'actions fragmentées à partir duquel, progressivement, sont construits des programmes. La plupart du temps la réponse à la question « Où est la politique ? » est « Il n'y a pas encore de politique ». Le cas de l'évaluation de la politique de lutte contre la toxicomanie est de ce point de vue exemplaire.

Le projet d'évaluation s'est trouvé face à un objet à ce point non défini, disparate et conflictuel qu'il n'a pas été possible de créer une seule instance d'évaluation. Et les deux instances finalement créées n'ont pu mener le projet à son terme. Les contradictions de la politique de lutte contre la toxicomanie se sont transportées dans le champ de l'évaluation et le programme a dû être officiellement arrêté. Le résultat n'a cependant pas été entièrement négatif. Cette tentative a obligé l'ensemble des acteurs

concernés à s'interroger ensemble sur l'existence même d'une politique de lutte contre la toxicomanie et sur leurs propres motivations. Le processus d'évaluation est en ceci déjà d'utilité publique. Les politiques sont autant de révélateurs des contradictions de l'État, de ses rapports avec les autres acteurs du service public, les collectivités locales, les entreprises, les associations, les élus.

L'objet de la pré-évaluation est d'identifier les traces des contradictions et des dysfonctionnements, de définir ce que seraient l'action, le programme, la politique à évaluer. Et si la pré-évaluation fait apparaître qu'il n'y a pas encore de politique, ça ne veut pas forcément dire qu'il n'y a pas d'action publique. Il n'y a pas forcément de programmes mais il y a de l'action publique. Le fait même qu'il y ait de l'action publique est déjà un élément structurant d'une évaluation qui sera utile.

La question du « qui ? » va entraîner une analyse des acteurs concernés. Qui seront les commanditaires de l'évaluation ? Les financiers ? Le ou les destinataires ? Quels rapports les acteurs entretiennent-ils ou n'entretiennent-ils pas entre eux ? Quel droit aura le financier sur la nature et l'usage de l'évaluation une fois qu'elle sera faite ? Il est particulièrement important de déterminer dès la phase de pré-évaluation les obstacles à la transparence du débat. Dans le cas de la prévention du sida, M. VIVERET estime qu'il faudrait que l'évaluation ait un effet de progression important sur la qualité du débat public, la formation du jugement des parlementaires et des citoyens.

NE PAS CONFONDRE ÉVALUATION ET CONTRÔLE

Cette tentation de la confusion est particulièrement forte en France, bien équipée en corps de contrôle mais sous-équipée en dispositifs d'évaluation. Dans le cas de l'évaluation, il s'agit de construire un langage commun. Ce qui ne sera possible qu'avec des acteurs qui ressentent la démarche comme une ressource et non comme une menace. M. VIVERET souligne le fait qu'il ne parle pas d'« évaluateurs », notion qui introduirait un rapport de dépendance alors qu'il s'agit de travailler en partenariat avec les acteurs. Il faut d'emblée bien délimiter la spécificité du processus d'évaluation, qui va certes conduire à repérer des contournements, des dérivations, des flux d'énergie à des endroits où on ne les attendait pas, non pas dans un but de contrôle mais pour comprendre pourquoi ça marche moins bien que ça devrait.

NE PAS CRAINDRE DE PARLER D'ENJEUX POLITIQUES.

Pour que l'évaluation ait des chances d'avoir des effets sur la décision publique il faut qu'elle s'inscrive dans le temps du politique, la situation la plus favorable étant lorsque l'évaluation peut être organisée du point de vue d'un grand rendez-vous de la décision politique, par exemple une loi qui doit être améliorée au vu des résultats d'une évaluation (l'exemple de l'évaluation du RMI est de ce point de vue exemplaire).

LA NÉCESSITÉ D'UN SOUTIEN COLLECTIF

Il est nécessaire que le projet soit soutenu par un désir collectif. Il faut déterminer quel réseau d'alliances peut être mobilisé, identifier les raisons qui vont mobiliser tel ministère, tel financeur, tel groupe parlementaire, intéresser les médias.

2 ÉVALUATION DES STRATÉGIES PUBLIQUES DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA

La structure évaluative devrait fixer elle-même la durée de son mandat, être autonome, séparée institutionnellement des promoteurs de la prévention et des opérateurs (actuellement la DGS et le CFES respectivement).

2.1 LES OBJECTIFS

Cette structure aurait un triple objectif : le premier serait de mettre en oeuvre des indicateurs d'efficacité d'un programme - et ce, dès la première étape d'une campagne ("l'initialisation") ; elle devrait aussi s'attacher à analyser les processus de déroulement des campagnes et les procédures expérimentales qui les ont le cas échéant précédées ; son dernier objectif serait de guider les promoteurs d'une politique publique de prévention à partir de l'évaluation de ses stratégies en permettant de les corriger et d'assurer la progressivité de leur impact éducatif dans le cadre d'une véritable aide à la décision et de guider également les acteurs de la prévention intervenant localement en tenant à leur disposition une synthèse des acquis, des savoir-faire, des méthodes éprouvées et des connaissances restant à acquérir.

LA MISE EN OEUVRE D'INDICATEURS D'EFFICACITÉ

Divers indicateurs d'efficacité ont déjà été utilisés, quantitatifs et qualitatifs : 1) la consommation de préservatifs, de seringues, de tests dans les CIDAG ou en pratique libérale ; 2) l'épidémiologie de certaines maladies sexuellement transmissibles retenues comme un modèle valable pour suivre la transmission du VIH (Gonorrhée) et bien sûr l'incidence du VIH ; 3) des indicateurs qualitatifs : des sondages téléphoniques, des entretiens approfondis ou de groupe, ont aussi déjà été des outils utiles pour apprécier la transformation des connaissances et les adaptations comportementales pendant et après des campagnes.

L'ANALYSE DES PROCESSUS DE DÉROULEMENT DES CAMPAGNES

Des indicateurs doivent être formalisés à partir d'études qualitatives de processus. On devra étudier précisément les processus : 1) selon lesquels sont construites les campagnes, selon lesquels se fait ou non une acquisition de connaissances ; 2) par lesquels on passe d'une acquisition de connaissances à un comportement ; 3) par lesquels on adopte seul ou en groupe un comportement et par lesquels on l'oublie.

Cette analyse devra aussi prendre en compte le rôle des multiplicateurs locaux de prévention que sont les associations, les médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, planning familial, enseignants, personnes atteintes par le VIH. Enfin ces analyses devront s'élaborer de façon loco-régionale compte tenu de la diversité des épidémies de VIH se déroulant simultanément sur le territoire.

L'ORIENTATION DE L'ACTION PRÉVENTIVE PUBLIQUE

Pour aiguiller l'action préventive publique, on pourrait utiliser la mesure périodique des résultats d'actions repères et de leur écart avec les objectifs espérés, bien sûr – mais ce n'est qu'un des aspects de l'évaluation. Il conviendrait aussi de requérir une clarification des objectifs afin d'en définir les indicateurs. On pourrait également faciliter une progressivité des campagnes successives, par une amélioration de leur acceptabilité et un affinement de leur pertinence ; enfin, on s'efforcera de donner des informations périodiques non seulement à la puissance publique mais qui seraient à la disposition de tous les partenaires associatifs et privés, s'adressant à des populations particulières, qui ne disposent actuellement ni de connaissances, ni de méthodes évaluées.

2.2 LE DISPOSITIF

Selon le Conseil National du Sida, pour parvenir à ces objectifs, il ne faut pas mettre en place une structure lourde et trop technocratique de l'évaluation « de ce qui marche », car il est difficile, notamment dans le domaine de l'information, d'isoler l'efficacité d'une campagne au milieu du flux régulier de messages apportés par les médias. Il s'agit plutôt d'établir méthodiquement un relevé continu des évolutions de consommation de biens et services préventifs, et des conditions environnementales qui sous-tendent ces adaptations ou qui font défaut.

UNE INSTANCE D'ÉVALUATION

Pour ce faire, et s'agissant d'une évaluation qui concerne des politiques complexes et sensibles, et qui comporte l'utilisation d'informations et de résultats d'études de nature hétérogène, il convient de créer une instance d'évaluation telle que le Conseil Scientifique de l'Évaluation l'a décrite²⁹.

Cette instance doit être d'une part un espace partenarial. Elle assure la rencontre des compétences professionnelles et méthodologiques nécessaires à la conduite de l'évaluation de l'action publique en matière de prévention du VIH. Sa composition vise à associer les partenaires de la prévention et les approches disciplinaires, tout en évitant la prépondérance d'un mode de recherche sur un autre (un tiers : administrations, financeurs, collectivités locales ; un tiers : associations ; un tiers : personnes qualifiées indépendantes). Le souci d'efficacité doit prévaloir sur l'exigence de représentativité : aussi, cette instance ne devra pas être trop nombreuse.

D'autre part, cette instance doit être le maître d'œuvre de l'évaluation. Elle précise la méthodologie de l'évaluation et définit les moyens d'enquêtes nécessaires. Elle approuve le cahier des charges, sélectionne les cabinets, les consultants ou les équipes de chercheurs auxquels seront confiés certaines études. Elle procède à leurs auditions et en assure la sélection définitive. Elle coordonne les travaux des chargés d'évaluation, reçoit des rapports intermédiaires et en discute les conclusions.

Enfin, cette instance évaluative doit être un lieu de débat, un lieu permanent et privilégié de dialogue entre les différents acteurs de l'évaluation. Si les partenaires y sont prêts, l'instance doit être capable de renforcer la coordination et la communication entre les différents intervenants.

2.3 LE FINANCEMENT

Le Conseil National du Sida sait que l'évaluation est coûteuse. Beaucoup a déjà été appris, notamment au travers de l'action concertée du groupe de travail de la Communauté Européenne qui pilota une étude de 1988 à 1992 autour de Kaye Wellings. Il recommande donc de concentrer l'évaluation dans cinq domaines : la population générale, les homosexuels et bisexuels ; les usagers de drogue intraveineuse ; les migrants et les usagers de consultations de maladies sexuellement transmissibles.

²⁹ Cf CSE, *L'évaluation en développement*, Paris, La documentation française, 1992 : p. 79-82.

Le coût de l'évaluation des actions publiques en matière de prévention du VIH pourrait être de 1 à 3 millions de francs. Les experts auditionnés par le Conseil national du sida ont suggéré que ce dispositif bénéficie d'un multi-financement : ainsi, il serait souhaitable que des organismes internationaux (la Communauté Européenne par exemple) participent financièrement à cette évaluation et délèguent des experts. D'autre part, le ministère de la Santé pourrait prévoir un budget pour l'évaluation au sein du budget global des campagnes de prévention du VIH.

AUDITIONS :

- 15 décembre 1994 : audition du Dr Dominique HAUSSER de l'Institut universitaire de Médecine sociale et préventive de Lausanne ;
- 16 mars 1995 : audition de M. Pierre LASCOURMES, directeur de recherches au CNRS, Groupe d'Analyse des Politiques publiques ;
- 16 mars 1995 : rencontre avec M. Claude THIAUDIERE (DGS), M. Yves SOUTEYRAND (ANRS) et Mme France LERT (INSERM-U.88) ;
- 12 juin 1995 : audition de M. Patrick VIVERET, conseiller référendaire à la Cour des Comptes et auteur d'un rapport officiel sur l'évaluation des politiques publiques ;
- 12 juin 1995 : audition de M. Jean LECA, président du Conseil scientifique de l'évaluation ;
- 6 juillet 1995 : audition du Dr Hervé MARTIN, responsable de l'évaluation de la prévention communautaire VIH/sida à la Commission européenne.
- 15 septembre 1995 : rencontre avec M. Bernard PERRET, rapporteur général du Conseil scientifique de l'évaluation, et Mme Claire GUIGNARD-HAMON, rapporteur général adjoint ;
- 18 septembre 1995 : audition de Pr MATILLON, directeur de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale.

ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES :

- AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. ANDEM, 1990.
- AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. Guide méthodologique d'évaluation des actions de santé publique. ANDEM, 1996.
- "Assessing AIDS/HIV Prevention: What do we know in Europe ?" in Médecine sociale et préventive, vol. 39, suppl. 1, 1994, Lausanne.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Facts about the CDC's HIV/AIDS Prevention Activities. 1993.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. CDC's Prevention Marketing Initiative: A Multi-Level Approach to HIV Prevention. 1994.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Prevention Marketing Initiative: A Year in Review. 1994.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL. "Database search on CDC Evaluations/Assessments of Prevention Programs". 1995.
- COMITE NATIONAL D'EVALUATION DE LA RECHERCHE. L'Evaluation de la recherche. Réflexions et pratiques. Activités du Comité 1990-1993. Documentation française, 1994.
- COMITE NATIONAL D'EVALUATION DE LA RECHERCHE. Un autre regard sur la recherche. Sept évaluations 1990-1993. Documentation française, 1994.
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. L'Evaluation des politiques publiques : rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M. Lucien Génin. Journal Officiel, Année 1991, n° 2.

- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, L'évaluation de l'expertise à la responsabilité, 1991, Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques, Documentation française, 1992.
- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, L'évaluation en développement, 1992, Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques, Documentation française, 1993.
- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, L'évaluation en développement, 1993 Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques, Documentation française, 1994.
- CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'EVALUATION, L'évaluation en développement, 1994 Rapport annuel sur l'évolution des pratiques d'évaluation des politiques publiques, Documentation française, 1995.
- OMS/GPA. Guide d'évaluation d'un programme national de lutte contre le sida, OMS, 1994.
- VIVERET, Patrick. L'Evaluation des politiques et des actions publiques : rapport au Premier ministre. Documentation française, 1990.

ANNEXE

L'EVALUATION

note méthodologique

Les différents types d'évaluation

- Evaluation "a priori" : préalable à la décision, destinée à éclairer le choix
- Evaluation "concomitante", réalisée au fur et à mesure de l'exécution d'un programme
- Evaluation "a posteriori", postérieure à une action
- Evaluation "rétroactive" : appréciation des résultats obtenus au regard des objectifs initiaux fixés
- Evaluation "proactive" : tourner vers l'avenir ; appréciation des perspectives d'une action à partir de son bilan actuel
- Evaluation "endoformative" destinée au seul usage interne des responsables du programme
- Evaluation "récapitulative" destinée également à l'usage des décideurs extérieurs, des élus, du public.

Les 4 étapes du processus d'évaluation

1. La phase dite de "caractérisation"

- recueil d'un ensemble d'informations factuelles de nature institutionnelle, scientifique et technique, budgétaire et financière
- rédaction du cahier des charges de l'évaluation

2. La phase d'expertise stricto sensu

- confiée à des experts extérieurs désigné par l'instance évaluatrice
- remise d'un rapport
- synthèse des expertises

3. La phase de l'examen contradictoire

- communication aux représentants de l'organisme ou du programme (les opérateurs) évalué du dossier d'instruction
- envoi par écrit des observations des opérateurs
- audition des opérateurs

4. La phase des avis et recommandations

- Rédaction par un membre de l'instance du rapport final, conclu par des recommandations

RECOMMANDATIONS

Compte tenu de son rapport, le Conseil national du sida fait les recommandations suivantes au Gouvernement :

La mise en place d'un dispositif d'évaluation autonome des instances de lutte contre le sida offrirait, en aidant la décision, une plus grande probabilité d'ajustement des actions aux besoins, des campagnes aux autres stratégies, une correction plus rapide de ces actions, une meilleure utilisation des fonds publics et serait une garantie de la neutralité décisionnelle au regard des affrontements sur les enjeux moraux qui cernent la sexualité dans une société pluraliste. Ce serait une avancée en termes de santé publique dans notre pays que de posséder des indicateurs réguliers, des synthèses de l'ensemble des actions menées et un référent pour celles à venir. Cela favoriserait l'élaboration de protocoles de recherche permettant des comparaisons internationales plus sereines des politiques de santé.

Le Conseil national du sida observe cependant que l'évaluation ne garantit pas le succès de la prévention et que le seul indicateur - à long terme - est la prévalence elle-même du VIH dans notre pays.

Le Conseil national du sida recommande donc au Gouvernement :

1. que soit créée une instance d'évaluation de l'action publique en matière de prévention du VIH ;
2. que cette instance autonome, comprenant un nombre restreint d'experts, ait pour mission d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en matière de prévention du VIH ;
3. que les objectifs de cette structure évaluative soient de mettre en œuvre des indicateurs permanents et quantitatifs d'efficacité, d'analyser en particulier les processus de déroulement des campagnes, d'orienter l'action préventive publique, de faire la synthèse des choses vues, d'isoler les zones d'incertitude (méthode, procédure ou message) afin de soutenir l'action de l'ensemble des acteurs de prévention partenaires de l'action publique ;
4. que le budget de cette évaluation soit défini conjointement à celui des programmes de prévention.