

INTRODUCTION

La question de l'évaluation est aujourd'hui un enjeu majeur pour les politiques et interventions de santé publique. Il s'agit de répondre à de multiples questions et contraintes. L'efficacité des interventions de santé publique est-elle évaluable et comment ? Du point de vue des professions de santé, les interventions répondent-elles aux critères de la preuve, progressivement installée dans le domaine de la clinique ? Telle initiative locale associative participe-t-elle à la réduction des inégalités sociales de santé et justifie-t-elle des financements publics ? D'un point de vue économique, quel est le coût des interventions au regard de leur efficacité mais aussi de leur efficience et de leur pertinence vis-à-vis des problèmes de santé des populations ? Financeurs, chercheurs, praticiens, responsables et décideurs de santé publique, mais aussi citoyens, cherchent et donnent des réponses différentes à ces questions sous le même terme générique d'évaluation. Depuis 2009, la question des inégalités sociales de santé (ISS) a été mise sur l'agenda politique en France. En témoignent un rapport du Haut Conseil de la santé publique¹, l'inscription des ISS parmi les objectifs prioritaires du plan cancer 2 et dans les missions prioritaires des agences régionales de santé (ARS). Cette orientation suit un développement considérable des connaissances grâce aux recherches en sciences humaines et sociales, en épidémiologie et aux travaux interdisciplinaires qui se sont développés depuis de nombreuses années. L'émergence rapide d'une demande d'intervention prenant en compte les ISS pose des questions spécifiques et nouvelles auxquelles il importe de répondre par une approche interdisciplinaire.

1. Haut Conseil de la santé publique, 2010.

La question des ISS telle qu'elle est abordée se pose aujourd'hui en termes de « gradient social », se référant à des mécanismes qui traversent l'ensemble de la société. Cette conception s'oppose à celle qui a jusqu'à présent mobilisé les politiques publiques et la société civile, caractérisée par des interventions centrées sur la précarité et l'exclusion, selon une catégorisation binaire. Elle oppose une catégorie de population, aux contours flous, qualifiée de précaire, exclue ou marginalisée, dont l'état de santé est dégradé, au reste du corps social dans lequel les problèmes de santé seraient socialement homogènes et moindres. En conséquence, les politiques publiques sanitaires se sont centrées sur les populations qualifiées de précaires, la création du revenu minimum d'insertion (RMI), de la couverture maladie universelle (CMU), puis de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) procédant de cette logique. À ces mesures, il faut ajouter la forte mobilisation de la société civile et des organisations non gouvernementales (ONG).

L'approche des ISS, dite du « gradient social », en complément d'une approche basée sur la précarité, nécessite une autre conceptualisation des catégories utilisées pour penser les inégalités. Rappelons que selon cette approche du « gradient social », il existe un continuum des états de santé depuis les catégories les plus favorisées de la population jusqu'aux populations les plus précarisées. Dès lors, l'opposition entre les catégories de populations en situation de précarité et les autres n'est plus suffisante pour comprendre la construction des inégalités et agir pour leur réduction.

La mise en œuvre des politiques de réduction des ISS pose donc la question des représentations dont celles-ci font l'objet. Elle soulève également la nécessité d'une approche des interventions destinées à réduire les ISS qui ne soit plus seulement pragmatique mais aussi théorique, et d'une interdisciplinarité des méthodes permettant leur évaluation.

La littérature épidémiologique a montré la multiplicité des facteurs impliqués dans la construction des ISS, leur effet cumulatif agissant tout au long de la vie, souvent renforcé plus que réduit par le système de soins et de prévention. L'effet de chacun de ces facteurs est donc « modeste » et ce n'est que leur cumul qui crée les différences d'espérance de vie constatées en France, dont on sait par ailleurs qu'elles sont parmi les plus élevées en Europe. Du fait de l'implication de ces multiples facteurs, il apparaît urgent de réfléchir à la nécessité de modifier l'ensemble des politiques et interventions publiques afin qu'elles prennent mieux en compte l'objectif de réduction des ISS et son évaluation. L'enjeu auquel il s'agit de répondre nécessite de mobiliser des déterminants qui concernent l'ensemble du système économique et social, bien au-delà du seul système de soins et de prévention, et qui intéressent chaque citoyen.

Une étude de la littérature internationale sur les interventions de réduction des ISS montre une certaine uniformité et un caractère limité des approches engagées à ce jour pour les évaluer.

Dans le domaine de la santé, la notion d'intervention fait essentiellement référence aux méthodes de la recherche clinique. La définition du terme « intervention » donnée par la collaboration Cochrane, réseau de référence international de la recherche clinique, est celle d'« un groupe de participants qui dans une étude reçoivent une intervention de soins de santé particulière ». Cette définition, issue du domaine biomédical, évoque une intervention précise et fixée, sur une durée limitée et un nombre déterminé de participants recevant passivement une action. Elle est très restrictive et différente de la notion de projet, de programme ou de politique de santé, ces termes étant employés de façon parfois indifférenciée, alors que leur définition reste vague ou peu précisée par les auteurs qui les utilisent. De manière générale en santé publique, « programme, intervention, projet, initiative sont souvent utilisés de manière indifférenciée et personne n'est encore parvenu à imposer une taxonomie fondée sur des distinctions réelles² ». Au-delà de ces imprécisions, il serait cependant possible de concevoir des niveaux de conception et de mise en œuvre que supposent les interventions qui iraient de « stratégiques et générales » à « tactiques et spécifiques ». On retrouve également cette distinction en termes de niveaux d'action dans le champ plus général de l'évaluation des politiques publiques. Selon une formulation très générale, une politique publique désigne les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire³. Elle est constituée d'un « ensemble complexe de programmes, de procédures et de régulations concourant à un même objectif général » alors qu'un programme se définit comme une « séquence d'action limitée dans le temps, définie précisément dans ses moyens et ses objectifs opératoires⁴ ». Une politique se traduit donc par un ensemble de programmes, eux même composés de plusieurs projets⁵, sachant que les politiques publiques n'impliquent pas toujours une décision, mais relèvent de choix d'acteurs gouvernementaux qui décident de faire ou de ne pas faire. On peut également souligner que les bénéficiaires des politiques publiques ne sont pas toujours des récepteurs passifs mais ont des marges d'interprétation des interventions qui leur sont destinées et auxquelles ils peuvent participer dans une démarche de démocratie sanitaire, par exemple dans une optique d'*empowerment*.

2. Potvin, Bilodeau et Gendron, 2008.

3. Grawitz, Leca et Thoenig, 1985.

4. Conseil scientifique de l'Évaluation, 1996.

5. Villeval, Ginsbourger, Bidault *et al.*, 2014.