

Les écueils de l'évaluation*

> Chantal Vandoorne, directrice de l'APES-ULg**

Situé à l'interface entre les acteurs de terrain, le politique et le monde de la recherche, les quatre services communautaires de promotion de la santé se chargent de diffuser et rendre opérationnelle la Promotion de santé. Comme l'écrit Ch. Vandoorne, ils travaillent à la rendre « liquide », de manière à ce qu'elle « percole lentement et sûrement au travers de différentes sphères d'activité ». À la fois dedans et dehors, leur point de vue est privilégié et ne pouvait manquer d'être entendu par les quelques parlementaires soucieux quant au devenir du secteur de la Promotion de la santé. En charge de l'exercice, la directrice de l'APES remet quelques pendules à l'heure, notamment sur ce qu'il faut entendre par « évaluation ».

Un témoignage inspiré de trois postures

Mon témoignage se situe à l'interface de trois mondes, il repose sur des postures qui apportent des angles de vue différenciés quant à l'évaluation des dispositifs de politique de santé et au projet de réforme :

- Le monde des acteurs de promotion de la santé que je côtoie dans le cadre de soutiens méthodologiques sur la conception et l'évaluation de projets et programmes, et plus récemment, dans le cadre du collectif des acteurs de promotion de la santé.
- Le monde des décideurs pour lesquels des avis et recommandations sont formulés dans le cadre des conseils, commissions et groupes de travail auxquels je participe (Conseil supérieur de promotion de la santé — CSPA, Commission Promotion de la santé à l'école — PSE, ...); des décideurs qui sollicitent aussi des prestations des Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) pour préparer ou faciliter l'application des politiques.
- Le monde de l'expertise scientifique, grâce à l'ancrage universitaire de l'APES-ULg et à nos

collaborations internationales en francophonie, qui permettent d'enrichir nos interventions par la référence aux études et expériences étrangères ainsi qu'aux données probantes.

Mon témoignage sera aussi teinté d'un regard historique, l'APES ayant été, depuis sa fondation en 1980, étroitement associée à divers modes d'organisations politiques et associatives de l'éducation pour la santé puis de la promotion de la santé.

Le chaînon manquant

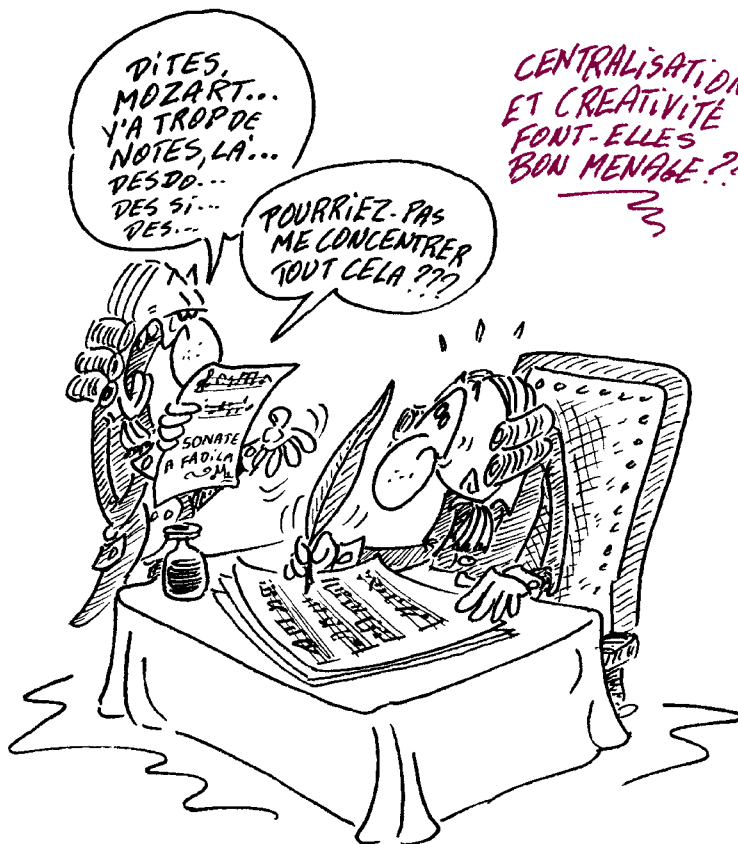
Le regard que je porterai aujourd'hui sur le rapport d'évaluation sera d'ordre stratégique. Il ne s'agira pas de critiquer le consortium d'évaluateurs et ses choix méthodologiques¹, mais plutôt de pointer les éléments qui dans ce rapport, pourraient avoir un impact avec une réforme des dispositifs de santé. Je m'attarderai donc aux points du rapport d'évaluation qui ont été mis en exergue dans les premières présentations du projet de réforme dont nous disposons à ce jour. J'essaierai de vous faire partager notre conviction² qu'il manque une étape entre ce rapport d'évaluation et un projet de réforme,



* Audition à la Commission Santé du Parlement de la Communauté française de Belgique Fédération Wallonie-Bruxelles -22 novembre 2011.

** www.apes.be/

1. On sait que les travaux d'une équipe d'évaluation externe sont fortement déterminés par le cahier des charges, le comité de suivi, les délais, les facilités d'accès aux informations, etc.



actuellement déjà confié à un cabinet juridique. Cette étape intermédiaire indispensable devrait au moins s'intéresser à deux questions :

- une analyse d'opportunité et de faisabilité des recommandations formulées par les évaluateurs (*par exemple, suffit-il d'une réorganisation concentrée sur le niveau central pour faire mieux ? avec aussi peu de moyens ?*);
- une analyse opérationnelle des éléments sur lesquels capitaliser pour une amélioration globale du dispositif, en particulier de son pilotage : des démarches concertées, des outils, des pôles de compétences, des études préalables, etc.

Une telle analyse opérationnelle aurait été particulièrement bienvenue en ce qui concerne l'analyse de la contribution des SCPS et des autres organismes d'observation ou de gestion de programmes (Eurotox, Observatoire Sida Sexualité, Éducation santé, PROVAC, etc.) dans le pilotage et la mise en œuvre des politiques.

Les SCPS par exemple exercent des missions généralistes, mais ils suivent une « feuille de route », négociée avec l'exécutif, la Direction générale de la Santé et le Conseil supérieur de promotion de la santé. Ils jouent effectivement un rôle dans l'exécution des politiques, mais ce

rôle est toujours négocié d'un côté avec les décideurs, de l'autre avec les opérateurs. Dans une majorité de dossiers, les relations avec la DG santé ont été suivies et les travaux entre SCPS et DG Santé réalisés en complémentarité. Ces services, extérieurs à la DG santé, sont par ailleurs stratégiquement mieux positionnés pour mettre en œuvre des concertations qui faciliteront l'application des politiques.

L'impact de la discontinuité des politiques : trop peu mis en évidence

Les professionnels expérimentés en promotion de la santé en FWB auraient souhaité que soient mieux analysées un certain nombre d'occasions manquées. Cette analyse aurait permis de capitaliser sur quelques réussites du dispositif de promotion de la santé. Citons quelques exemples :

- Une analyse systématique et harmonisée des projets est réalisée avant toute décision de financement, grâce au canevas de rédaction et à la grille d'appréciation des programmes d'action et de recherche, une exigence est posée vis-à-vis des promoteurs d'intégrer systématiquement une démarche d'évaluation dans leurs projets, mais au bout du processus, les moyens n'ont jamais été dégagés pour réaliser au niveau central une analyse harmonisée des rapports d'activité et des évaluations.
- La Communauté française de Belgique a toujours été citée en exemple à l'étranger pour avoir mis à la disposition des promoteurs des possibilités de soutien méthodologique, stratégique et logistique. C'est l'existence de ce système d'appui qui permet d'appliquer des critères de qualité, parfois jugés sévères, aux demandes de financement de projets. Ces complémentarités et équilibres n'ont pas fait l'objet d'analyse dans le rapport d'évaluation des dispositifs de santé.
- Des outils de pilotage d'une politique (programme quinquennal et plan communautaire opérationnel) ont été mis en place, mais au bout du compte peu exploités. Ainsi, malgré plusieurs demandes en ce sens du CSPP, aucun moyen n'a été dégagé pour réaliser un monitoring et une évaluation de ceux-ci.
- En particulier des analyses de faisabilité pour

2. Le « nous » réfère ici aux acteurs de promotion de la santé qui ont rédigé des analyses, des avis et des propositions dans le cadre du CSPP et du collectif des acteurs de promotion de la santé.

la création d'un Système d'information sanitaire ont été commanditées, réalisées, examinées par les Commissions ad hoc et le CSPS, mais jamais suivies de décisions d'application.

- Un projet de plan communautaire opérationnel dans le domaine cardio-vasculaire/santé du cœur a été formulé sur base d'une construction collaborative largement financée par la FWB; il n'a jamais fait l'objet d'un suivi par le gouvernement et ses services.
- La promotion de la santé à l'école a fait l'objet de deux nouveaux décrets pour les services de santé scolaire. Durant les premières années, quelques études ont eu lieu sur l'implantation de ce décret; par contre en ce qui concerne la nécessaire coopération des secteurs de l'enseignement et de la santé en sorte que la promotion de la santé fasse l'objet d'une approche structurée dans les établissements scolaires, les initiatives se sont succédées au rythme des mandats politiques sans analyse précise de la faisabilité des unes et des autres: projet de santé obligatoire de chaque PSE avec chaque école; projet de service des PSE, réflexion sur la collaboration PSE-PMS et récemment projet de Cellules Bien-être.
- L'intérêt pour stimuler l'action locale est manifeste: les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) sont positionnés comme référents de nombreux dispositifs, les appels à projets pour des actions communales se multiplient, mais la réflexion sur les dispositifs à mettre en place pour articuler les stratégies top down/les priorités régionales et les stratégies bottom up/les priorités locales n'a pas été soutenue. Cette réflexion était pourtant au centre des conférences locales de promotion de la santé, conçues comme un outil de démocratie sanitaire au moment où celles-ci ont été introduites.

Un regard dévalorisant pour les acteurs de promotion de la santé

Ainsi le rapport d'évaluation et l'argumentaire du projet de réforme accordent peu de place à la reconnaissance des processus de qualité mis en place par le secteur de promotion de la santé à son bénéfice et au bénéfice de services/personnes extérieures.

Ce regard dévalorisant est d'autant plus mal vécu par ces acteurs que bien souvent, ils sont garants de cohérence là où les demandes top down sont incohérentes ou au minimum, discontinues et peu fondées. Il est donc heureux que « *Les opérateurs aient pris la main!* » comme le disait la Ministre de la santé dans une récente interview³. Ils font reposer cette recherche de cohérence sur des dynamiques de concertation et d'adaptation à la diversité des ressources et des besoins, tout en conservant un réel souci du projet politique du moment.

Les acteurs de promotion de la santé se sentent aussi dévalorisés, car ils sont confrontés à des interlocuteurs qui s'intéressent peu au contenu de leur travail, aux enjeux de la promotion de la santé, à son insertion dans les défis sociétaux (marchandisation, montée des actes techniques préventifs, individualisation du bien-être, déterminants des ISS, etc.). Les questionnements scientifiques et éthiques en promotion de la santé sont peu évoqués dans les textes des évaluateurs ou dans la présentation du projet de réforme: liens entre promotion de la santé et de droits de l'homme, apports scientifiques sur les difficultés de la gouvernance et de l'évaluation en promotion de la santé, etc. La formation et la recherche sont négligées alors qu'elles sont unanimement reconnues par des organismes internationaux tels que l'UIPES⁴ comme étant deux piliers de l'évolution des pratiques professionnelles.

Certains défis ressentis et formulés par les acteurs de promotion de la santé ont trouvé un écho dans le rapport d'évaluation des dispositifs de politique de santé. L'un d'entre eux est évoqué dans les communications politiques sur le projet de réforme: il s'agit de la stabilisation des professionnels. Par contre trois autres défis jugés essentiels ne sont pas évoqués dans les projets de réforme: la transversalité des politiques visant les déterminants de santé à l'intérieur des compétences de la FWB, la transversalité des politiques de santé entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, le nécessaire accompagnement des acteurs hors secteur de promotion de la santé pour impulser une action sur ces déterminants variés de la santé. Comment rendre la promotion de la santé « liquide » pour qu'elle s'infilte dans l'ensemble des politiques? Com-

3. Remarquons, dans les communications officielles sur l'évaluation du dispositif, le passage sémantiquement significatif du terme « acteur », habituellement utilisé en promotion de la santé, au terme « opérateur ».

4. Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

plémentaire comment rendre les dispositifs des autres secteurs d'activités perméables à la promotion de la santé ?

Si la stabilisation des professionnels est évoquée, il semble que la reconnaissance des spécificités et de l'expérience de ceux-ci en promotion de la santé ne soit pas assurée.

Une conception managériale étroite : manque d'analyse multi niveaux, manque de modélisation des boucles de rétroaction

Le rapport d'évaluation pose quelques raisons qui motivent la nécessité d'une évolution du dispositif actuel de politiques de santé. Il s'agit notamment de la nécessité d'une meilleure lisibilité des politiques et des actions de promotion de la santé par la population et par les acteurs politiques eux-mêmes. Une telle lisibilité est effectivement essentielle à un fonctionnement optimal de la promotion de la santé, dont un des enjeux est par essence de se faire connaître et accepter par d'autres secteurs d'activités. Une autre raison invoquée consiste en la nécessité d'assurer un pilotage qui permette une meilleure prise en compte opérationnelle des priorités.

Face à ces justifications tout à fait légitimes, on peut cependant s'étonner de l'absence de bilan sur les outils de pilotage existants : stratégies concertées ; programme quinquennal et plan communautaire opérationnel, projets de service des PSE, etc. L'argumentaire pour la création d'un organe de pilotage centralisé pointe aussi le manque de clarté des missions des SCPS, l'absence de contrôle et d'évaluation. Comment pourrait-il en être autrement alors que les données présentées dans les rapports annuels des services n'ont pas été analysées ; alors que les cabinets ministériels ont été peu présents aux comités de concertations annuels, alors que le plan d'évaluation de leurs missions prévu par décret de juillet 1997 et proposé par les SCPS n'a jamais été approuvé par les autorités ?

On peut également s'étonner aussi du manque d'exploitation des nombreuses démarches d'évaluation mises en place par les acteurs dans le cadre des financements des actions et recherche en promotion de la santé. Depuis le décret de juillet 1997, des progrès ont été faits pour faire

accepter l'évaluation par les opérateurs et les aider à formaliser les pratiques d'évaluation implicites qui étaient les leurs. Des éléments d'évolution pourraient émerger d'une mutualisation des procédures et des résultats de ces évaluations et d'une possible standardisation de certains aspects. Les travaux entamés par l'ISP et le KCE visant à définir des indicateurs de promotion de la santé et de prévention ouvrent aussi des perspectives en ce sens.

Toutefois, l'on relève dans le discours qui argumente la nécessité d'une réforme et en particulier d'un organisme de pilotage, des confusions entre les notions d'évaluation et de contrôle. Le contrôle se situant du côté de l'utilisation des fonds alloués, du respect du cahier des charges et du contrat de gestion. On relève parallèlement des glissements entre l'évaluation des politiques mises en place et l'évaluation des acteurs/opérateurs subsidiés dans le cadre de celles-ci.

Par ailleurs, les acteurs de promotion de la santé sont sceptiques sur l'impact qu'entraînera le renforcement d'un seul niveau (central) sur la lisibilité et pilotage par rapport à une réelle politique de promotion de la santé. L'important, leur semble-t-il, c'est la modélisation des liens organiques/dynamiques tout au long de la chaîne : entre différentes catégories d'acteurs (publics et associatifs), entre différentes fonctions, entre différents niveaux de gouvernance (Européens, fédéraux, régionaux provinciaux, subprovinciaux, institutionnels).

En conclusion

Au-delà de ses évidentes limites, l'évaluation des dispositifs de politique de santé a secoué les acteurs de promotion de la santé et les a stimulés à prendre leur avenir en main. On assiste à une relève générationnelle dans les réflexions et les mobilisations, un collectif d'acteurs de promotion de la santé s'est structuré et dépasse largement les acteurs financés par la FWB. En effet, la promotion de la santé percole lentement et sûrement au travers de différentes sphères d'activité. Durant les prochaines années, elle pourrait se développer en synergie avec les politiques de cohésion sociale, de développement durable, les mouvements en faveur d'une renaissance de la démocratie participative, etc.