

Les indicateurs de performance en matière de politiques sociales

Quel sens pour l'action publique ?

Mireille Elbaum

Professeure au CNAM
Chercheure affiliée à l'OFCE

Les indicateurs associés aux projets de loi de finances (PLF) et de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sont emblématiques des tentatives réalisées pour apprécier les « performances » de l'action publique dans les domaines sanitaire et social. L'analyse transversale des listes d'indicateurs figurant dans lois financières votées pour 2009 montre que les premiers suscitent les doutes importants quant à leur pertinence et leur interprétabilité pour les politiques sociales. Les indicateurs annexés au PLFSS dans le cadre des « programmes de qualité et d'efficience » (PQE) présentent nettement plus d'intérêt et de cohérence, avec des aspects discutables tenant notamment au caractère « politique » de l'exercice. Ce recours aux indicateurs pour mesurer les « performances » des politiques sociales comporte en tout état de cause des limites, qui entraînent des besoins d'évaluation « pluridimensionnelle », et la nécessité d'une autonomie accrue par rapport aux décideurs.

mireille.elbaum@cnam.fr

Mots clés : Loi de finances. Financement de la Sécurité sociale. Indicateurs. Politiques sociales. Évaluation.

Les indicateurs de résultats sont un élément essentiel de la démarche objectifs-performances qui s'est développée depuis les années 2000 pour fonder l'appréciation des politiques, programmes et crédits publics. Inspirée des théories du *New Public Management*, cette démarche fait du suivi d'indicateurs quantitatifs censés illustrer la réalisation des objectifs assignés aux actions publiques la clé du jugement porté sur ces dernières, et un moyen d'« étalonnage » ou d'appréciation comparée (*benchmarking*) de leurs « performances ». Cette approche a été promue, avec la Stratégie de Lisbonne et la Méthode ouverte de coordination (MOC), comme une voie de relégitimation et de renouvellement des modes d'action de l'Europe sociale. Elle s'applique désormais en France à la suite du vote de la LOLF¹ à l'ensemble du budget de l'État, dont la présentation a été entièrement refondue dans cette perspective, mais aussi, en matière sanitaire et sociale, à la plupart des grandes politiques ou programmes pluriannuels (loi et programmes de santé publique, lutte contre la pauvreté), ainsi que depuis 2007, à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), dont le projet s'accompagne d'une annexe faisant correspondre aux différentes branches de la protection sociale des « programmes de qualité et d'efficience » (PQE).

Les analyses consacrées à ces démarches sont souvent relativement globales et soulignent, avec des points de vue contrastés :

— la mise en question de l'action publique qui en est à l'origine, traduisant une conception subsidiaire des interventions de l'État et une volonté d'inspiration libérale de les limiter à la plus stricte « utilité », mais aussi de généraliser « la forme de l'entreprise » et « la dynamique concurrentielle » (Foucault, 2004), au mode de gouvernance des administrations et des opérateurs chargés de les conduire (Bruno, 2008);

— le souhait d'apprécier si les politiques publiques répondent à leur justification économique de « correction des défaillances du marché », et de mettre en place les informations et incitations nécessaires pour que les agents ou institutions relevant du secteur public agissent, non pas en fonction de leurs intérêts propres, mais en conformité avec les missions générales qui lui sont assignées (théorie dite de « l'agence ») (Bureau et Mougeot, 2007);

— de façon plus « consensuelle », la volonté d'assurer une plus grande transparence sur les objectifs et les résultats de l'action publique vis-à-vis du Parlement, des acteurs sociaux, des contribuables et des citoyens, et d'améliorer par ce biais son efficience (le rapport entre les ressources mobilisées et les résultats), son efficacité (les effets obtenus eu égard aux objectifs assignés), ainsi que la qualité du service rendu aux bénéficiaires ou aux usagers (Mandl, Dierx et Ilzkovitz, 2008 ; Arkwright, de Boissieu, Lorenzi et Samson, 2007) .

Dans ce cadre, le choix des indicateurs statistiques destinés à retracer les résultats des interventions publiques apparaît essentiel. Ils sont d'abord considérés (souvent à

1. Loi organique sur les lois de finances votée en 2001 et mise en application à partir de 2006.

tort on le verra) comme devant fournir en eux-mêmes une lecture directe des effets des politiques, et doivent répondre à ce titre à une série de conditions « techniques » : ciblage et possibilité d'interprétation pertinents, robustesse et comparabilité dans le temps, régularité et fiabilité des données produites, mais aussi lisibilité et accessibilité (Atkinson, Cantillon, Marlier et Nolan, 2005 et 2007) (encadré 1). Leur production mobilise et « instrumente » une part croissante des ressources du système statistique public, dans une direction dont il faut apprécier l'intérêt pour éclairer les débats sur l'évolution de l'économie et de la société. Enfin, comme l'ensemble des quantifications statistiques, ces indicateurs peuvent devenir un élément de base des « conventions » communément admises en matière d'action publique, et constituer un « langage commun » dont les fondements ne sont plus remis en cause, à partir du moment où les acteurs sociaux se les sont appropriés (Desrosières, 2008) : ceci augmente les enjeux potentiels de leur définition et de leur choix lors de l'élaboration des « batteries de ratios » associées à chaque type de politique.

Ces enjeux liés aux indicateurs justifient d'aller plus loin dans l'examen des expériences concrètes conduites depuis les années 2000, qui, sous les vocables génériques de « suivi des performances » ou de « démarches objectifs-résultats » ont été dans les faits très diverses, avec un « investissement » inégal des méthodes de la statistique publique, et surtout une portée et des limites différentes quant à leur capacité à infléchir le débat sur les politiques publiques. Cet article se propose de caractériser et de commenter les objectifs et indicateurs associés aux politiques sanitaires et sociales, d'une part dans le cadre du projet de loi de finances (PLF), d'autre part dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) : présentées comme emblématiques de la volonté de « passer au crible » les performances des politiques sociales, elles correspondent de fait à des approches très distinctes, et suscitent des interrogations quant au sens à en tirer pour l'action publique.

Encadré 1 : Les conditions auxquelles devraient répondre les indicateurs sociaux

Les qualités que devrait posséder un « bon indicateur » dans le champ social ont été énumérées par Anthony Atkinson et ses coauteurs dans les deux rapports qu'ils ont rédigés pour les présidences belge et luxembourgeoise de l'Union européenne en 2005 et 2007, et reprises dans les réflexions du Comité de la protection sociale. Ces indicateurs devraient ainsi :

- être ciblés de façon à saisir le « cœur du problème » ;
- donner lieu à une interprétation aisée et acceptée sans réserve ;
- être statistiquement robustes et fiables ;
- s'adapter aux interventions politiques sans être manipulables ;
- être mesurables de façon suffisamment comparable d'un pays à l'autre, et dans la mesure du possible en regard des standards appliqués au niveau international ;
- pouvoir être actualisés en temps adéquat et se prêter à révision ;
- ne pas constituer un fardeau trop lourd en termes de production ;
- s'intégrer dans un « portefeuille » équilibré entre différentes dimensions ;
- être cohérents entre eux, avec un poids proportionné au sein de ce portefeuille ;
- être le plus transparents et accessibles possible aux citoyens

1. Les indicateurs associés au financement des politiques sanitaires et sociales : un positionnement spécifique

L'utilisation d'indicateurs quantitatifs pour apprécier le bien-fondé des politiques sanitaires et sociales, et des financements publics qui leur sont associés, suscite les mêmes attentes, défiances et difficultés que dans les autres secteurs de l'action publique, mais certaines caractéristiques de ces politiques en font un enjeu encore plus complexe à relever. Les lois financières (PLF et le PLFSS) ne sont en outre que l'un des exercices pour lesquels de tels indicateurs de résultats sont mobilisés, avec des questions sur leur place spécifique et leur articulation par rapport à cet ensemble.

1.1. Des caractéristiques des politiques sociales ...

Les politiques sociales focalisent d'abord, il faut le rappeler, le débat sur le rôle dévolu aux interventions publiques pour corriger ou compenser le jeu des mécanismes du marché : qu'il s'agisse de consommations collectives (santé, logement), de gestion instantanée (chômage) ou inter-temporelle (retraites) des risques, de redistribution liée aux transferts ou de bien-être social (cohésion sociale et santé publique), elles contribuent très largement, en articulation avec les structures familiales et le fonctionnement des marchés du travail, à caractériser les différents régimes « d'État-providence » et les priorités collectives qui leur sont associées (Esping-Andersen, 1999 et 2008). Leur impact économique est en retour discuté, du fait de leur mode de financement ou des incitations dont elles sont assorties, notamment vis-à-vis de l'emploi. On peut donc s'attendre à ce que ces débats se retrouvent et suscitent des tensions dans la conception des objectifs et indicateurs censés apprécier les résultats de ces politiques, opposant par exemple ampleur de la redistribution et « trappes à inactivité ».

Ces résultats « finaux » sont en outre en interrelation particulièrement étroite avec les évolutions de l'économie (croissance et répartition de l'activité), de l'emploi, de la démographie (vieillesse de la population), et des structures sociales. Ils reflètent donc pour une large part le fonctionnement du système économique et social dans son ensemble, ce qui rend cruciales, mais aussi complexes, leur interprétation et la mise en évidence des effets « propres » (ou « toutes choses égales par ailleurs ») de l'action publique.

L'État n'est par ailleurs qu'un des acteurs qui interviennent dans les domaines sanitaire et social, et, sauf en matière de politiques d'emploi, il occupe une place désormais minoritaire dans la gestion de leurs dispositifs et de leurs crédits². Celle dévolue aux régimes de sécurité sociale est bien sûr déterminante, ce qui a motivé la transposition de la démarche objectifs- résultats au PLFSS, mais interviennent aussi

2. En y incluant les prestations qu'il verse à titre d'employeur, l'État ne prenait directement en charge en 2007 d'après les *Comptes de la protection sociale* qu'un peu plus de 11 % des prestations de protection sociale fournies par les administrations publiques (environ 15 % en y ajoutant les différents fonds relevant des organismes divers d'administration centrale).

d'autres régimes obligatoires comme les retraites complémentaires ou l'assurance chômage, et, avec un rôle croissant en matière d'exclusion, de dépendance ou de handicap, les collectivités territoriales. Les missions de l'État et ses modes d'intervention sont alors pluriels : il est à la fois garant des priorités sociales collectives, porteur de « parole » et de recommandations (par exemple en matière de santé publique), régulateur et partenaire des acteurs du secteur, élaborateur de règles et de dispositifs, et gestionnaire direct de certaines mesures ou crédits. Le domaine sanitaire et social est donc un point d'observation privilégié de l'action d'un État qui se voudrait « stratège » (Bèzes, 2005) ou « animateur » (Donzelot et Estèbe, 1994), ce qui implique forcément une pluralité de « niveaux » dans la définition de ses objectifs et l'appréciation de ses résultats.

1.2. ... aux indicateurs de la loi de finances et du PLFSS

Les objectifs et indicateurs associés à la loi de finances et au PLFSS devraient théoriquement fournir une réponse à l'ensemble de ces problématiques, dans la mesure où le débat budgétaire, comme celui sur la Sécurité sociale, sont en principe les moments essentiels où le gouvernement est appelé à « rendre compte » de son action devant le Parlement, et à obtenir les moyens de la poursuivre dans le cadre d'un débat et d'un contrôle démocratiques.

Or, outre le fait que ces deux exercices sont à l'examen très différents (cf. *infra*), ils s'inscrivent parmi un ensemble d'autres qui mobilisent également des séries d'indicateurs sur les politiques sanitaires et sociales, et qui ont jusqu'ici donné lieu à davantage de visibilité (Elbaum, 2008).

On peut ainsi rappeler, parmi les seules initiatives d'origine gouvernementale, l'expérience des indicateurs de cohésion sociale européens, qui a été depuis 2006, dans le cadre d'une MOC élargie à l'ensemble des questions « de protection sociale et d'inclusion sociale », étendue aux retraites, à la santé et aux soins de longue durée (Caussat et Lelièvre, 2007), et leur déclinaison en France sous forme d'annexe au « rapport de stratégie nationale » élaboré à deux reprises depuis lors. On peut également citer la centaine d'objectifs associés à la loi de 2004 relative à la politique de santé publique, et les indicateurs désormais systématiquement associés aux « plans » de santé publique relatifs à des pathologies ou à des problèmes sanitaires (nutrition) spécifiques. Plus récemment, l'engagement gouvernemental de « lutte contre la pauvreté » a donné lieu à un tableau de bord adopté par décret d'indicateurs relatifs à onze sous-objectifs thématiques, assortis de cibles quantifiées, et au premier rang desquels figure l'indicateur de « taux de pauvreté ancré dans le temps », controversé car il dissocie l'évolution de la pauvreté de celle de l'ensemble des revenus, avec une dynamique spontanément orientée à la baisse.

À côté de ces initiatives, on trouve au prime abord dans la présentation de la loi de finances 2009 quatre principales « missions » dans les domaines sanitaire et social (Santé, Solidarité, insertion et égalité des chances, Travail et emploi, Ville et logement). Elles comportent respectivement entre 3 (Santé) et 5 (Solidarité, insertion

et égalité des chances) « programmes de performance », ces programmes étant assortis chacun de 2 à 9 objectifs et de 5 à 17 indicateurs (encadré 2 et annexe I).

Encadré 2 : Missions et programmes

Missions et programmes pris en compte dans l'analyse

Santé : Prévention et sécurité sanitaire ; Offre de soins et qualité du système de soins ; Protection maladie

Solidarité, insertion et égalité des chances : Lutte contre la pauvreté ; revenu de solidarité active et expérimentations sociales ; Actions en faveur des familles vulnérables ; Handicap et dépendance ; Egalité entre les hommes et les femmes ; Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales

Travail et emploi : Accès et retour à l'emploi ; Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi ; Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail ; Conception, gestion et évaluation des politiques de l'emploi et du travail

Ville et logement : Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables ; Politique de la ville ; Aide à l'accès au logement ; Développement et amélioration de l'offre de logement .

Missions et programmes non pris en compte dans l'analyse (liste non exhaustive)

Immigration, asile et intégration : Immigration et asile ; Intégration et accès à la nationalité française.

Outre-mer : Emploi outre-mer ; Conditions de vie outre-mer.

Régimes sociaux et de retraites : Régimes sociaux et de retraite des transports terrestres ; Régimes de retraite et de Sécurité sociale des marins ; Régimes de retraite des mines, de la SEITA et divers.

Sport, jeunesse et vie associative : Sports ; Jeunesse et vie associative ; Conduite et pilotage de la politique du sport, de la jeunesse et de la vie associative

Agriculture, pêche, alimentation, forêt et affaires rurales : Économie et développement durable de l'agriculture, de la pêche et des territoires ; Forêt ; Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation ; Conduite et pilotage des politiques de l'agriculture.

Sécurité : Police nationale ; Gendarmerie nationale.

Quant aux « programmes de qualité et d'efficience » qui accompagnent le PLFSS, ils sont au nombre de 6 (Maladie, Accidents du travail et maladies professionnelles, Retraites, Financement, Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA³), et comportent chacun, outre des données de cadrage, entre 3 et 5 objectifs et entre 9 et 29 indicateurs de résultats, parfois éclatés en deux ou trois sous-indicateurs (encadré 3 et annexe II) (Caussat et Roussel, 2008). Cette masse

3. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

importante (plus de 250 indicateurs recensés dans ces programmes du PLF et du PLFSS) exclut une analyse détaillée dans le cadre de cet article, qui tentera plutôt une appréciation d'ensemble appuyée sur quelques exemples.

Encadré 3 : Les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) du PLFSS 2009 et les objectifs associés

Programme maladie

- 1 - Assurer un égal accès aux soins
- 2 - Développer la prévention
- 3 - Améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins
- 4 - Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses
- 5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie

Programme Accidents du travail/Maladies professionnelles

- 1 - Réduire la fréquence et la gravité des accidents du travail, des accidents du trajet et des maladies professionnelles grâce à la prévention
- 2 - Améliorer la reconnaissance des ATMP et l'équité de la réparation
- 3 - Garantir la viabilité financière de la branche ATMP

Programme retraites

- 1 - Assurer un niveau de vie adapté aux retraités
- 2 - Offrir une plus grande liberté de choix quant à l'âge de départ en retraite
- 3 - Garantir la solidarité entre retraités
- 4 - Accroître l'emploi des salariés âgés
- 5 - Garantir la viabilité financière des régimes de retraite

Programme famille

- 1 - Contribuer à la compensation financière des charges de famille
- 2 - Aider les familles vulnérables
- 3 - Concilier vie familiale et vie professionnelle
- 4 - Garantir la viabilité financière de la branche famille

Programme financement

- 1 - Garantir la viabilité financière des régimes de base
- 2 - Veiller à l'équité du prélèvement social
- 3 - Concilier le financement de la Sécurité sociale et la politique de l'emploi
- 4 - Simplifier les procédures de financement
- 5 - Améliorer l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement

Programme invalidité et dispositifs gérés par la CNSA

- 1 - Assurer un niveau de vie adapté aux personnes invalides
- 2 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes handicapées
- 3 - Répondre au besoin d'autonomie des personnes âgées
- 4 - Garantir la viabilité financière de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA

Sur le fond, se pose bien sûr la question de la cohérence entre ces différents exercices. Cohérence statistique pour ce qui est des définitions, des champs et des périodes d'observation d'indicateurs proches. Cohérence en ce qui concerne l'articulation et la spécificité des différentes démarches, chaque « batterie » d'indicateurs étant censée fournir un instrument à l'évaluation de l'action publique.

La question principale reste toutefois celle de leur portée respective, et notamment de la capacité des indicateurs du PLF et du PLFSS à susciter des questionnements ayant un sens pour les politiques sociales, et le cas échéant porteurs de réorientations ou de remises en cause. L'analyse présentée ici, qui concerne les programmes élaborés pour les lois de finances et de financement de 2009, se limite toutefois à un raisonnement *a priori* sur le contenu et la signification de ces indicateurs, sans examiner la façon dont ils ont été de fait utilisés dans les débats parlementaires. Un tel examen, bien sûr important, impliquerait une autre démarche, qui peut sembler encore précoce dans la mesure où les bilans des programmes budgétaires (rapports annuels de performance) ont été établis pour la première fois en 2007, où les PQE n'ont été finalisés qu'à l'occasion du PLFSS 2008, et où certains échos suggèrent une appropriation dans un premier temps limitée de ces nouveaux outils quantitatifs⁴.

2. Les indicateurs associés à la loi de finances : des doutes quant à leur pertinence et leur interprétabilité pour les politiques sociales

Les objectifs et indicateurs issus de la LOLF sont en principe conçus, à travers les « projets annuels de performances » (PAP) rédigés pour chaque programme, pour être directement associés à la présentation et au vote des crédits de la loi de finances. Et l'ensemble de ces indicateurs, qui peuvent être « d'efficacité socio-économique, de qualité de service ou d'efficience de la gestion », est assorti de cibles quantifiées pour l'année du PLF et éventuellement au-delà (ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, 2008).

Il n'est toutefois pas forcément aisé d'appréhender l'ensemble des programmes et indicateurs se rapportant aux politiques sanitaires et sociales. Le découpage et le contenu des programmes sont en effet le reflet des structures ministérielles qui en ont la « responsabilité ». Ils ont pu évoluer au cours du temps, comme cela a été le cas en 2009 avec le transfert du programme relatif à la prévention de l'exclusion vers la mission Ville et logement⁵, avec toutefois une stabilisation en 2010 (encadré 4). En 2009, à côté des quatre principales « missions » (grands domaines de regroupement) citées plus haut, des objectifs liés à l'intégration sociale sont par exemple mentionnés dans les missions « Immigration, asile et intégration » et

4. C'est par exemple ce qui est ressorti du colloque sur les PQE organisé en mai 2009 par la direction de la sécurité sociale.

5. Le programme Protection maladie qui traite notamment de la CMUc et de l'aide médicale d'État a également été transféré de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances à la mission Santé.

« Outre-mer », à la fois en matière d'emploi (2 indicateurs) et de logement social (3 indicateurs). En matière de santé publique, la sécurité et la qualité de l'alimentation relèvent classiquement de la mission traitant de la politique agricole, et la lutte contre l'insécurité routière de la mission Sécurité, à travers les actions de la police et de la gendarmerie nationales.

Une mission spécifique est en outre consacrée à la gestion des régimes sociaux et de retraites auxquels l'État apporte une participation financière (SNCF, RATP, Marins, Mines...), avec des objectifs qui portent quasi-exclusivement sur les délais et les coûts de gestion. *A contrario*, dans les missions relevant à proprement parler des ministères sociaux, des programmes dits « supports » sont spécifiquement consacrés au pilotage et à la gestion de leurs moyens. Enfin, dans une liste limitative de domaines (12) considérés *a priori* comme les plus « interministériels », des documents de politique transversale (DPT) regroupent des programmes disséminés au sein de plusieurs missions : c'est notamment le cas pour l'orientation et l'insertion professionnelle des jeunes, la politique de la ville et l'inclusion sociale.

On peut néanmoins considérer que tenter un diagnostic à partir des objectifs et indicateurs figurant dans les quatre missions relevant des ministères sociaux n'est pas abusif, dans la mesure où, hors programmes supports, elles rassemblent 14 programmes, 68 objectifs et 145 indicateurs⁶. Ce diagnostic, même s'il reste relativement global, conduit à cinq principaux constats, qui suscitent des interrogations quant à la pertinence et aux implications de l'exercice. Ces constats ne sont que peu modifiés par les changements introduits dans le PLF 2010, qui laissent inchangée la structure des programmes en resserrant pour partie la liste des programmes, mais encore davantage celle des indicateurs qui leur sont associés (encadré 4).

Encadré 4 : Les évolutions des programmes, objectifs et indicateurs dans le PLF 2010

Les missions et programmes associés au PLF verront, d'après le rapport sur les orientations des finances publiques présenté en juin 2009, leurs contours très peu modifiés en 2010 (moins d'une dizaine de programmes concernés pour l'ensemble du budget de l'État), la structure des missions et programmes restant inchangée dans le champ des politiques sanitaires et sociales étudié dans cet article. Il est toutefois procédé à une réduction de plus d'un dixième du nombre d'objectifs et d'indicateurs, mais elle est encore plus prononcée pour les seconds que pour les premiers, ce qui n'infirmes pas le constat d'un nombre plutôt élevé d'objectifs par programme, avec pour chacun un nombre réduit d'indicateurs de résultats. Cette orientation est confortée par la mise en avant de 2 à 4 indicateurs stratégiques par mission et se retrouve au sein des quatre missions examinées ici, avec :

- pour la mission Santé, le passage de 17 à 14 objectifs, et de 30 à 23 indicateurs,
- pour la mission Solidarité, insertion et égalité des chances, le passage (hors programme support) de 15 à 11 objectifs et de 26 à 19 indicateurs,

6. Respectivement 16 programmes, 80 objectifs et 165 indicateurs si l'on y inclut les programmes supports relatifs aux moyens ministériels de conduite des politiques.

- pour la mission Travail et emploi, une inflexion plus limitée (toujours hors programme support) de 14 à 13 objectifs et de 45 à 42 indicateurs,
- pour la mission Ville et logement, une réduction particulièrement spectaculaire de 22 à 15 objectifs et de 44 à 30 indicateurs.

Ces modifications reflètent une instabilité rémanente du système d'objectifs et d'indicateurs, qui continue à être révisé lors de chaque exercice et illustre la difficulté à traduire dans le cadre budgétaire les objectifs de l'action sanitaire et sociale de l'État. Elles ne remettent par ailleurs pas en cause, en dehors de quelques corrections appréciables, les principales caractéristiques mises en évidence à partir des programmes 2009 : hétérogénéité des indicateurs, adéquation souvent problématique par rapport à la formulation des objectifs, absence de certaines dimensions importantes pour l'évaluation des politiques, difficultés méthodologiques ou d'interprétation.

Un regard non exhaustif sur les modifications apportées en 2010 montre plus précisément :

- pour la mission Santé
 - dans le programme *Prévention et sécurité sanitaire*, la fusion en un seul objectif de ceux relatifs au cancer, au VIH et aux inégalités de santé, mais sans indicateur spécifique consacré à ce dernier aspect ;
 - dans le programme *Offre de soins*, la suppression de l'indicateur composite de taux d'atteinte des objectifs prévus par les contrats avec les ARH, mais aussi de celui sur la satisfaction des étudiants en médecine vis-à-vis de stages extra-hospitaliers, qui ont du mal à se mettre en place ;
 - dans le programme *Protection maladie*, la modification et le resserrement des indicateurs relatifs à l'accès aux soins et au contrôle des bénéficiaires de la CMUC, avec le retrait de l'indicateur discuté comparant leurs dépenses à celles des assurés du régime général.
- pour la mission Solidarité, insertion et égalité des chances
 - dans le programme *Lutte contre la pauvreté et RSA*, une reformulation complète des objectifs et indicateurs suite à la généralisation du RSA, avec l'introduction de l'indicateur fortement contesté de taux de pauvreté ancré dans le temps, sachant que celui relatif à l'intensité de la pauvreté est au contraire logiquement rapatrié dans ce programme ;
 - dans le programme *Actions en faveur des familles vulnérables*, la suppression des objectifs relatifs aux bénéficiaires de l'API (intégrée dans le RSA), mais aussi à l'aide à la parentalité, et la fusion en un seul indicateur (problématique) du traitement des appels téléphoniques pour maltraitance d'enfants et du suivi opéré par les Conseils généraux ;
 - dans le programme *Handicap et dépendance*, le maintien des mêmes objectifs avec une forte révision des indicateurs : remplacement des délais de traitement des dossiers par une notion de qualité de ce dernier, remplacement des indicateurs concernant la rémunération en ESAT, mais maintien de celui relatif au dispositif d'accueil téléphonique sur la maltraitance ;
 - dans le programme *Égalité entre les hommes et les femmes*, la fusion des indicateurs relatifs aux engagements pris par les branches ou les entreprises.
- pour la mission Travail et emploi :
 - dans le programme *Accès et retour à l'emploi*, la révision de plusieurs indicateurs avec la suppression du suivi des bénéficiaires de contrats aidés à 18 mois, ainsi que de l'action de Pôle emploi vis-à-vis des plus de 50 ans ;
 - dans le programme *Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi*, la fusion des objectifs portant sur la création des TPE et l'embauche dans certains secteurs de services, sans changement des indicateurs mettant en avant des taux bruts d'insertion ;

- dans le programme *Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail*, la suppression de l'indice de fréquence des accidents du travail dans les secteurs à plus forts risques, qui retrace pourtant un résultat final important des politiques, bien qu'il ne soit pas lié à la seule intervention des services du travail.
- pour la mission Ville et logement, sujette aux plus fortes compressions :
 - dans le programme *Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables*, la réduction de 6 à 2 objectifs et de 16 à 7 indicateurs, centrés sur l'hébergement des sans domicile, avec toutefois le maintien d'un objectif spécifique aux familles de harkis ;
 - dans le programme *Politique de la ville*, la suppression de l'objectif relatif à la fonction de médiation et de l'indicateur, pourtant intéressant, relatif au différentiel de satisfaction des habitants des ZUS et des unités urbaines correspondantes quant à la qualité de leur environnement ;
 - dans le programme *Aide à l'accès au logement*, le retrait du seul indicateur relatif aux procédures d'expulsion ;
 - dans le programme *Développement et amélioration de l'offre de logement*, la fusion des objectifs relatifs à la qualité et à l'adaptation du parc privé, et l'introduction d'un indicateur portant sur le relogement suite à une procédure de « droit au logement opposable ».

Enfin, dans les missions « connexes » au champ sanitaire et social, le programme *Jeunesse et vie associative* se voit rajouter un objectif relatif aux expérimentations lancées en ce domaine (avec un indicateur qui laisse un peu perplexe sur la part de l'évaluation contrôlée dans l'ensemble des évaluations...), tandis que celui relatif au non déclassement des jeunes diplômés n'est au contraire plus retenu.

2.1. Le premier constat est celui d'une hétérogénéité manifeste, d'abord en ce qui concerne le « niveau de généralité » des objectifs des différents programmes, mais aussi le nombre et la nature des indicateurs mobilisés

La formulation des objectifs, qui varient entre 3 et 9 par programme, peut ainsi aller, au sein d'une même mission :

- de la réduction de la mortalité évitable au contrôle de la CMUc⁷ et aux délais d'indemnisation du FIVA⁸ ;
- de la garantie d'un minimum de ressources aux familles monoparentales à la qualité de service des permanences téléphoniques d'aide aux victimes de violence ;
- de l'accès et du retour à l'emploi à la dynamisation de la négociation collective et au ciblage de l'activité de contrôle de l'inspection du travail ;
- de la cohésion sociale et la lutte contre la pauvreté à la mise en œuvre des mesures de solidarité en faveur des rapatriés et harkis.

Cette diversité reflète une incertitude et une hésitation permanentes sur la nature des objectifs et actions à associer au débat budgétaire: grandes priorités

7. Couverture maladie universelle complémentaire.

8. Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

collectives, ensemble des interventions étatiques ou dispositifs spécifiquement financés par son budget.

L'hétérogénéité est encore plus flagrante au niveau des indicateurs. Ceux-ci vont de 1 à 7 par objectif et de 5 (Égalité entre les hommes et les femmes) à 17 (Accès et retour à l'emploi) par programme. Surtout, s'ils concernent parfois les résultats « finaux » des politiques (intensité de la pauvreté, consommation annuelle d'alcool, taux de retour à l'emploi durable des publics en difficulté, fréquence des accidents du travail dans les secteurs à risque, évolution comparée de l'emploi dans les ZFU⁹ et dans les zones urbaines correspondantes, réussite scolaire des élèves des ZUS¹⁰, taux d'effort net des ménages en matière de logement), ils portent fréquemment sur les résultats « intermédiaires » d'actions déterminées (taux d'insertion à l'issue des différentes mesures pour l'emploi, part des allocataires de l'API¹¹ disposant d'une aide à l'emploi, part des structures d'accueil domiciliaire des personnes sans domicile, reconnaissance des campagnes de communication ou de prévention...). Beaucoup d'entre eux concernent également l'activité de tel ou tel organisme ou dispositif public, ce qui est dans la logique de l'exercice en matière de qualité de gestion ou de service rendu (avec toute une série d'indices de satisfaction, de taux de contrôle ou de délais de traitement des dossiers). Mais nombre d'indicateurs retracent plus simplement la part de l'activité consacrée à des actions, secteurs ou zones prioritaires (c'est le cas pour les contrôles de l'inspection de travail, les interventions de l'ANACT¹², les contrats pour la mixité des emplois, les crédits de la rénovation urbaine et de la politique de la ville, le financement et l'agrément des logements sociaux, les subventions de l'ANAH¹³) ou même le seul développement quantitatif de cette activité (actions de soutien à la fonction parentale dans les départements, signature avec les communes de chartes nutrition santé, nombre de salariés inclus dans les actions d'appui conseil, nombre de certifications délivrées par la voie de la VAE¹⁴, et même proportion de mesures du PNAI¹⁵ ayant été mises en œuvre...).

Cette hétérogénéité ne permet guère de disposer d'une vision cohérente à l'échelon d'une même mission, voire d'un même programme, et ne fait que renforcer l'impression d'incertitude d'ensemble sur les contours et les modes d'appréciation des politiques sanitaires et sociales retenus à l'occasion de la loi de finances.

9. Zones franches urbaines.

10. Zones urbaines sensibles.

11. Allocation de parent isolé.

12. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

13. Agence nationale de l'habitat.

14. Validation des acquis de l'expérience.

15. Plan national d'action pour l'inclusion sociale.

2.2. Le deuxième constat est celui d'une adéquation qui fait problème entre la formulation des objectifs et les indicateurs choisis pour les illustrer

Même s'il y a comme on l'a vu des variations en la matière, le choix dominant est celui d'un nombre relativement élevé d'objectifs par programme (jusqu'à 9) assortis de peu d'indicateurs de résultats, en général entre 1 et 3 ou 4.

Cela conduit à des choix d'indicateurs souvent partiels ou ponctuels, avec des problèmes majeurs d'interprétation eu égard à l'objectif affiché, et des risques de vision biaisée quant aux actions permettant effectivement de s'en rapprocher. Ces difficultés peuvent avoir plusieurs origines :

— la volonté de se limiter aux seuls dispositifs financés par l'État, par exemple en matière de handicap et de dépendance ou de réduction de la pauvreté, ce qui a conduit à ne retenir, avant la mise en œuvre du RSA¹⁶ qu'un indicateur « d'intensité de la pauvreté »¹⁷, en renvoyant à d'autres enceintes la discussion sur le taux et les autres dimensions de la pauvreté ;

— l'absence de clarté de certains objectifs et la difficulté à envisager les informations qui leur correspondent, qui peut parfois aboutir à des indicateurs sans guère de sens, comme « le taux de participation des associations aux réunions où elles doivent participer » eu égard à l'objectif de « mettre en œuvre la politique de santé en l'adaptant aux spécificités des territoires »...

— la perspective annuelle de l'exercice, qui conduit à rechercher des indicateurs censés varier davantage d'une année sur l'autre que la plupart des indicateurs « d'impact final » ;

— et surtout la référence privilégiée à des mesures ou dispositifs particuliers, qui ont dans nombre de cas un spectre limité, et donc une capacité marginale à infléchir l'objectif en cause. Que penser par exemple :

- du taux de reconnaissance des campagnes de prévention de l'INPES¹⁸, eu égard à l'objectif de réduire les inégalités de santé,
- du taux d'internes ayant effectué l'année recherche qui participent ensuite à des fonctions de recherche, eu égard à l'objectif de promouvoir la recherche médicale,
- du pourcentage de départements ayant programmé au moins deux actions de soutien à la fonction parentale pour 10 000 jeunes, eu égard à l'objectif d'aider les parents à réaliser l'éducation de leurs enfants,
- du nombre de travailleurs en ESAT¹⁹ concernés par des conventions de mise à disposition, eu égard à l'objectif d'offrir aux personnes handicapées les mêmes chances dans l'emploi,

16. Revenu de solidarité active.

17. Le niveau des minima sociaux étant généralement inférieur au seuil de pauvreté, ils n'influent pas directement sur le nombre de personnes pauvres mais sur les revenus de celles-ci.

18. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

19. Établissements et services d'aide par le travail.

- du taux d'appels téléphoniques traités par le dispositif d'accueil téléphonique des associations ALMA et AFBAH²⁰, eu égard à l'objectif de lutter contre la maltraitance des personnes âgées,
- ou du taux de satisfaction des usagers ayant consulté une ADIL²¹ eu égard à l'objectif d'une bonne information du public dans le domaine du logement, sachant en outre que cinq de ces six indicateurs sont les seuls à être mis en regard de l'objectif cité ?

De façon générale, les indicateurs retenus semblent plus pertinents lorsqu'ils sont repris de processus de réflexion déjà conduits sur les politiques publiques, comme ceux relatifs à la mortalité évitable en matière de cancer ou à la situation relative des quartiers en difficulté (suite aux travaux de l'Observatoire national des ZUS). Les efforts entrepris pour comparer la situation des ZUS et des ZFU à celle des autres zones (appartenant ou non aux unités urbaines correspondantes) aboutissent ainsi à des indicateurs mobilisables de façon intéressante par le projet de loi de finances, tant en matière d'évolution de l'emploi que de résultats scolaires des élèves ou, bien que cet indicateur soit supprimé en 2010, de satisfaction des habitants sur la qualité de leur environnement (ONZUS, 2008).

2.3. Le troisième constat, qui prolonge le précédent, est « l'oubli » de certains objectifs ou indicateurs significatifs

Il s'agit d'indicateurs dont on aurait pu attendre qu'ils fassent partie de l'appréciation des politiques, même si des informations sont parfois difficiles à acquérir à leur propos.

Même sans revenir, en matière d'emploi, sur l'ensemble des réflexions entreprises pour mieux appréhender les différentes dimensions du chômage et du sous-emploi (CNIS, 2008), on peut remarquer que ces derniers ne font pas partie des objectifs directement affichés par les programmes de la mission Travail et emploi, qui préfèrent mettre l'accent sur le retour à l'emploi des publics cibles, le reclassement des salariés licenciés ou le développement de l'alternance. Ces programmes privilégient de même la création d'emplois dans les hôtels-café-restaurants et l'augmentation des heures de travail dans les services à la personne, par rapport à des indicateurs portant sur la qualité de l'emploi (statuts et horaires atypiques, faiblesse et discontinuité des revenus salariaux...) : cette thématique est certes mentionnée dans le titre du programme consacré aux relations du travail, mais n'est plus guère reprise ensuite au niveau des objectifs et des indicateurs²², alors même qu'elle a fait l'objet d'une réflexion au niveau européen.

Ces lacunes ont pour origine l'orientation principale donnée aux politiques, qui amène aussi par exemple :

20. Allô maltraitance personnes âgées et Association française pour la bientraitance des personnes âgées et/ou handicapées.

21. Association départementale pour l'information sur le logement.

22. À l'exception des mises en conformité suite à un constat d'infraction par l'inspection du travail sur le droit des contrats de courte durée et de la négociation sur les minima de branche.

— à focaliser l'attention sur les contrôles et délais de l'aide médicale d'État destinée aux étrangers en situation irrégulière plutôt que sur sa fonction de protection de la santé ;

— à se limiter aux aspects professionnels de l'égalité entre les hommes et les femmes (orientation professionnelle, diversification des emplois et négociation collective), sans considérer leur participation respective aux tâches informelles de soins (*care*) aux enfants et aux personnes âgées,

— à n'aborder en matière de politique du logement les problèmes de maîtrise de l'offre foncière qu'à travers la fluidité et la répartition du parc de logements sociaux.

Certains « manques » peuvent aussi être liés au fait que les indicateurs relatifs à l'impact des dispositifs sont le plus souvent établis du point de vue de leurs seuls bénéficiaires, alors qu'une partie de leurs destinataires potentiels n'y ont pas accès. Un contre-exemple est donné par l'indicateur de taux de reclassement des salariés ayant bénéficié d'une cellule de reclassement, qui est bien accompagné d'un indicateur tentant d'appréhender la part des plans de sauvegarde de l'emploi (nouvelle appellation des plans sociaux) comportant la mise en place d'une telle cellule. *A contrario*, l'appréciation des réponses apportées aux personnes les plus vulnérables à partir des seuls publics accueillis par l'intermédiaire du 115, des CHRS²³, des maisons-relais ou de l'ALT²⁴ laisse de côté les services à rendre aux personnes qui ne passent pas par ces dispositifs d'hébergement, soit qu'elles y échappent malgré leur précarité, soit qu'elles connaissent d'autres situations de « mal-logement » : hébergement dans des habitats de fortune ou des campings, chez des tiers, en situation d'occupation précaire ou plus largement dans des logements de caractère médiocre ou surpeuplé, pour lesquels l'INSEE vient d'établir des indicateurs (Jauneau et Vanovermeir, 2008). De même, la satisfaction des usagers de l'inspection du travail ou la part des entreprises s'étant mises en conformité après un constat d'infraction ne garantissent guère le respect effectif du droit du travail, si les services d'inspection ne sont pas sollicités par nombre de salariés en butte à des pratiques illégales (notamment dans les très petites entreprises ou par crainte de perdre leur emploi), ou si ces services n'ont pas les moyens d'effectuer des contrôles en quantité suffisante.

2.4. Un certain nombre d'indicateurs peuvent par ailleurs se révéler difficilement interprétables, sans prise en compte de données de contexte qui peuvent modifier les conclusions susceptibles d'en être tirées

Certes, la présentation des « projets annuels de performance » est censée reposer sur un « diagnostic » qui, outre la finalité de la politique concernée, prend en compte l'environnement dans lequel elle s'exerce. De même, les « rapports annuels de performances » (RAP) établis au moment du projet de loi de règlement (soit environ 18 mois après la discussion du PLF) commentent l'évolution observée des

23. Centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

24. Allocation de logement temporaire.

indicateurs et les éventuels écarts de résultats par rapport à la cible prévue, ces commentaires faisant évidemment référence aux divers éléments du contexte économique et social.

Néanmoins, on peut s'interroger sur le fait de privilégier à l'occasion du débat budgétaire un certain nombre d'indicateurs « bruts », apparemment pertinents, mais qui peuvent poser des problèmes d'interprétation difficiles. C'est par exemple le cas pour l'écart entre les dépenses de santé des allocataires de la CMUc et celles des assurés du régime général qui, même en excluant les affections de longue durée, est avant tout lié à un état de santé plus dégradé nécessitant un recours aux soins accru, à la fois en ville et dans le cadre plus onéreux de l'hôpital.

C'est aussi le cas pour les taux d'insertion des bénéficiaires de certaines mesures d'aide à l'emploi ou à la formation (les contrats aidés marchands et non marchands pris globalement, les contrats de professionnalisation ou les structures d'insertion par l'économie), qui certes sont appréciés avec un recul de plusieurs mois, mais sont sensibles à la conjoncture économique, reflètent pour une large part les caractéristiques de leurs publics en termes d'âge, de qualification et de parcours professionnel, et peuvent enfin constituer une incitation pour les opérateurs à privilégier les candidats les plus employables. C'est pourquoi, et il faut le saluer, un indicateur a aussi été prévu pour comparer les taux d'insertion des bénéficiaires de quatre dispositifs (CIE, CAE, CI-RMA²⁵ et contrats d'avenir) à ceux d'une population témoin, ce qui nécessite la réalisation d'une enquête spécifique, par ailleurs surement difficile à renouveler à un rythme annuel.

La situation de l'économie et de l'emploi pèse également sur des indicateurs comme le taux de mises en relation positives par Pôle Emploi, ou le nombre de seniors ayant bénéficié d'une mise en relation positive rapporté à celui des demandeurs d'emploi de plus de 50 ans, mais aussi sur la part des bénéficiaires de l'API sortant des minima sociaux ou la proportion des primo-accédants à la propriété.

On peut d'ailleurs s'interroger sur les conclusions susceptibles d'être tirées par le Parlement au vu d'une dégradation de tels indicateurs, qui peut certes révéler une inefficacité de ces dispositifs, mais aussi refléter les lacunes de la politique économique générale et surtout, et c'est le cas avec la crise actuelle, manifester un besoin de crédits publics supplémentaires eu égard aux difficultés de la situation économique et sociale.

2.5. Des problèmes méthodologiques peuvent enfin être mis en évidence, qui pèsent sur la crédibilité et la viabilité des indicateurs mobilisés

Compte tenu de leur nature, et à l'exception de ceux repris d'autres exercices thématiques (ONZUS...), ces indicateurs n'ont la plupart du temps donné lieu qu'à

25. Contrats initiative emploi, contrats d'accompagnement dans l'emploi, contrats d'insertion-revenu minimum d'activité.

une faible association des statisticiens ou des chercheurs, et leur méthode d'évaluation peut parfois poser question. Ces problèmes de méthode concernent en particulier :

— *les cibles quantifiées associées aux différents indicateurs*, qui semblent en général davantage résulter d'une approche « au fil de l'eau » que d'une réflexion prenant en compte leurs déterminants. Les cibles relatives aux taux d'insertion mentionnés plus haut n'ont par exemple pas été infléchies dans le PLF 2009, alors que la dégradation de la conjoncture était déjà perceptible à l'automne 2008 ;

— *la multiplication d'indicateurs « de satisfaction » et de « délai de traitement »*, qui appellent pour être valides un ensemble de précautions pas toujours respectées. On sait ainsi que les enquêtes de satisfaction devraient être réalisées dans des conditions laissant aux personnes interrogées une certaine distance et autonomie par rapport aux services reçus (il n'est par exemple guère souhaitable d'interroger les patients avant leur sortie de l'hôpital...), et qu'elles posent des problèmes de comparabilité dans le temps. Il est de même pertinent d'accompagner les indicateurs retraçant, de façon plus « objectivable », des délais moyens de traitement d'évaluations complémentaires concernant la qualité de ce dernier ou le fait que des dossiers complexes n'aient pas été laissés de côté (Siné et Lannaud, 2007). Un indicateur complémentaire de ce type a été esquissé pour les décisions d'attribution de l'AAH²⁶ (le taux de réformation par les tribunaux, lequel ne porte toutefois que sur les décisions ayant fait l'objet de recours), mais pas pour les autorisations de mise sur le marché de produits de santé, dont certaines peuvent nécessiter des échanges de durée importante et variable avec les entreprises à l'origine de la demande ;

— de façon encore plus flagrante, *la construction d'indicateurs agrégeant eux-mêmes d'autres indicateurs ou résultats d'évaluation*, qui pose à la fois des problèmes de signification et de manque de transparence. C'est le cas pour le taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés dans les contrats passés avec les ARH^{27 28}, ou l'indicateur synthétique de « performance du pilotage des objectifs de gestion du régime général de sécurité sociale fixés dans les COG²⁹ ». Cela s'applique également à la part des expérimentations sociales de lutte contre la pauvreté « évaluées positivement au regard des objectifs visés », même si cette évaluation doit dépendre d'un opérateur externe.

Chaque mission donne d'ailleurs lieu, au moment de la loi de règlement, à un nouvel indicateur censé fournir une « évaluation de la performance » à partir de la « proportion d'indicateurs indiquant une évolution positive (conforme à la prévision ou connaissant une évolution positive significative) », dont on peut se demander quelle signification elle peut avoir compte tenu des questionnements et de l'hétérogénéité évoqués plus haut.

26. Allocation aux adultes handicapés.

27. Agences régionales de l'hospitalisation.

28. Ce taux est établi à partir de 5 sous-indicateurs retraçant les domaines d'action des ARH (régulation de l'offre, équilibre financier des établissements, efficacité de leurs pratiques...), comportant eux-mêmes 2 à 3 objectifs et faisant par convention l'objet d'une pondération identique.

29. Conventions d'objectifs et de gestion.

L'examen des objectifs et indicateurs associés à la loi de finances dans les domaines sanitaire et social fait donc apparaître des problèmes qui jettent un doute important sur la pertinence de l'exercice, et les leçons susceptibles d'en être tirées en termes d'analyse, mais aussi pour l'élaboration ou la redéfinition des politiques, dont le processus reste largement déconnecté de cette nouvelle « programmation » budgétaire (Perret, 2006). Les incohérences de la démarche, déjà pointées à l'échelle de l'ensemble du budget de l'État (Brunetière, 2006), risquent en outre de conduire « à ce que le débat se passe ailleurs » que dans le cadre du contrôle budgétaire dévolu au Parlement, qu'il s'agisse des indicateurs servant de guide et d'objectif final aux politiques sociales (inégalités, pauvreté, santé publique, mais aussi évolution quantitative et qualitative de l'emploi ou égalité des genres), ou de l'évaluation de politiques comme la formation, la prévention des risques ou l'insertion des jeunes dans la société.

3. Les indicateurs associés à la loi de financement de la sécurité sociale : un intérêt et une cohérence certains, avec des aspects discutables

Alors que la création des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) a souvent été présentée comme la mise en œuvre, pour les finances de la sécurité sociale, d'une démarche analogue à celle que la LOLF a prévu pour le budget de l'État, les deux exercices apparaissent à l'examen largement différents, cette différence portant notamment sur la nature et l'usage potentiel des indicateurs auxquels ils font appel. Les PQE ne servent d'abord pas de fondement direct à la présentation et au vote des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses figurant dans le texte du PLFSS, mais donnent lieu, comme les exonérations de charges sociales ou la décomposition de l'ONDAM³⁰, à une annexe séparée visant à éclairer ces éléments sur l'équilibre financier des régimes par des informations ou illustrations complémentaires³¹. Les PQE ne cherchent pas non plus à évaluer en tant que telle la gestion des organismes de sécurité sociale, qui fait l'objet de « conventions d'objectifs et de gestion » (COG) dont le bilan, les objectifs et les moyens sont également repris dans une annexe spécifique³². Les six programmes retenus, qui correspondent au champ des grandes branches de la sécurité sociale élargi aux dispositifs gérés par la CNSA, sont par ailleurs assortis d'indicateurs auxquels n'a en majorité pas été assignée de « cible quantifiée », mais une « tendance souhaitable d'évolution » (du type « maintien », « augmentation » ou « réduction des écarts ») (encadré 3 et annexe II).

Ces options ont permis aux PQE de s'orienter, contrairement aux programmes du PLF, vers une vision d'ensemble des politiques de protection sociale et une présentation globale de leurs résultats, mis en regard de la situation économique et

30. Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

31. Il s'agit de la première annexe parmi les 9 que prévoit la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

32. Annexe II consacrée aux objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale.

sociale (Caussat et Roussel, 2008). Leur approche prioritairement centrée sur l'impact final des politiques en voit sa cohérence et sa portée accrues, même si les vocables de « qualité et d'efficacité » apparaissent peu adaptés à la nature de l'exercice, et si les indicateurs mobilisés n'échappent pas à des problèmes d'interprétation, de choix sélectif ou de pertinence, pour partie liés à son caractère « d'initiative politique ». Il faut noter que les modifications apportées à ces programmes par le PLFSS 2010 sont extrêmement limitées (encadré 5), ne changeant quasiment en rien l'analyse effectuée à partir des PQE 2009.

Encadré 5 : Les principales modifications des PQE en 2010

Les PQE connaissent peu de modifications dans le PLFSS 2010, tant en ce qui concerne les objectifs que les indicateurs retenus, ce qui peut être considéré comme un signe de relative « maturité » par rapport aux programmes de la loi de finances. Il s'agit pour l'essentiel de l'ajout d'indicateurs, de cadrage comme de résultat, qui précisent ou complètent des choix déjà réalisés. Ces ajouts concernent notamment :

- dans le PQE *Maladie*, le renforcement du suivi des infections nosocomiales, de l'accès financier aux soins (reste à charge des 10% de ménages les plus pauvres) et de l'efficacité des établissements hospitaliers (occupation des blocs opératoires, évolution des effectifs et des dépenses de personnel dans les données de cadrage) ;
- dans le PQE *Accidents du travail maladies professionnelles*, des précisions concernant l'efficacité des contrôles ;
- dans le PQE *Retraites*, le suivi, mais seulement parmi les données de cadrage, des bénéficiaires et du montant moyen des pensions de réversion ;
- dans le PQE *Famille*, l'enrichissement des indicateurs concernant la dispersion territoriale de l'offre de garde et le taux d'effort des ménages titulaires d'une allocation logement (distinction entre les parcs public et privé) ;
- dans le PQE *Invalité et dispositifs gérés par le CNSA*, le suivi du nombre de patients et du plan relatif la maladie d'Alzheimer (priorité impulsée par la présidence de la République), et l'affinement de l'approche des écarts géographiques d'équipement (ajout d'une dimension financière) ;
- dans le PQE *Financement*, l'addition aux indicateurs de contexte de la part des prélèvements obligatoires sociaux et de la structure des recettes par risque, en laissant dans cette catégorie, il faut le noter, le solde structurel des administrations de sécurité sociale, alors que le suivi de l'équilibre financier annuel (par branche) figure parmi les indicateurs d'objectifs des autres programmes.

3.1. La prise en compte affirmée de données de contexte

Les objectifs et indicateurs de résultats des PQE sont précédés de données de cadrage destinées à permettre un « diagnostic de situation »³³. La présentation des

33. Ce diagnostic est prévu par la loi organique d'août 2005 comme devant notamment s'appuyer « sur les données sanitaires et sociales de la population ».

programmes leur confère une place appréciable, ces indicateurs « de cadrage » étant en 2009 au nombre :

- de 13 dans le programme Maladie (pour 29 indicateurs objectifs /résultats),
- de 10 dans le programme Accidents du travail/ Maladies professionnelles (pour 11 indicateurs objectifs /résultats),
- de 12 dans le programme Retraites (pour 25 indicateurs objectifs /résultats),
- de 10 dans le programme Famille (pour 14 indicateurs objectifs /résultats),
- de 6 dans le programme Invalidité/CNSA (pour 9 indicateurs objectifs /résultats),
- de 9 dans le programme Financement (pour 17 indicateurs objectifs /résultats).

Ils se répartissent entre :

— *des données de contexte* proprement dites, relatives à l'environnement économique, social, démographique ou sanitaire dans lequel s'inscrivent les politiques de protection sociale : mortalité prématurée, écarts d'espérance de vie, nombre de personnes concernées par un handicap, pyramide des âges, fécondité, taille des familles, répartition sectorielle des accidents du travail, mais aussi coût du travail, part des salaires dans la valeur ajoutée ou valeur des points de CSG et de cotisations sociales....

— *des indicateurs retraçant les moyens des politiques, ainsi que l'activité ou les coûts du système* : part de la protection sociale et de la santé dans les dépenses publiques, nombre et montant des dispositifs d'exonération de charges sociales, dépenses de santé rapportées au PIB et par habitant, nombre de consultations médicales et de séjours hospitaliers, évolution de la masse des prestations familiales et de logement, coûts des différents modes de garde pour les finances publiques, répartition et évolution du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles reconnus, nombre de pensionnés d'invalidité et d'allocataires de l'APA³⁴, dépenses consacrées à la perte d'autonomie, offre d'équipements et de services en faveur des personnes âgées et handicapées...

La classification de ces indicateurs peut en partie être discutée, par exemple en ce qui concerne la mortalité prématurée (objectif possible des politiques de prévention), le volume des mesures d'exonération, ou la présence simultanée du nombre de bénéficiaires des dispositifs du côté des indicateurs de cadrage (allocations logement) et de résultat (retraites anticipées et progressives, prestation de compensation du handicap, allocation d'éducation des enfants handicapés...). Ils offrent néanmoins un ensemble d'informations riche et pertinent, avec par exemple pour la première fois des informations régulièrement diffusées sur les pensions d'invalidité.

34. Cette dernière prestation relevant de la responsabilité des départements.

3.2. La recherche d'une vision cohérente, centrée sur le fonctionnement global du système de protection sociale

Comme c'est le cas avec les données de contexte, la démarche suivie par les PQE s'apparente par beaucoup d'aspects davantage à celle des indicateurs de cohésion sociale européens qu'à celle mise en œuvre dans le cadre de la LOLF. S'ils conservent un champ où la Sécurité sociale joue un rôle central, les PQE englobent d'abord dans leur approche l'ensemble des autres composantes de la protection sociale, voire de l'action publique dans le domaine social, comme l'illustrent les programmes Retraites ou Famille (encadré 7).

Les objectifs qu'ils contiennent sont par ailleurs peu nombreux (3 à 5 par programme), et reprennent systématiquement les grandes thématiques de la MOC sociale : « adéquation » des prestations (terme désignant le niveau de protection assuré), accessibilité, adaptabilité et viabilité financière des différents systèmes de couverture des risques. Les indicateurs associés à chaque objectif sont au contraire relativement fournis (jusqu'à dix par objectif), et tentent de décliner plusieurs aspects ou dimensions des politiques qui y contribuent : par exemple, l'objectif visant à concilier vie familiale et vie professionnelle est à la fois illustré par des indicateurs relatifs à l'offre de garde, à l'emploi des mères selon leur nombre d'enfants et au recours aux congés parentaux.

Sur le fond, beaucoup de ces indicateurs « d'objectifs » se placent en outre du point de vue général des résultats globaux des politiques sociales, ou même du fonctionnement du système économique et social dans son ensemble. Il en est ainsi du taux de pauvreté des familles, ainsi que d'une série d'indicateurs directement liés à la situation de l'emploi, comme le taux d'emploi des travailleurs âgés (repris de la Stratégie européenne pour l'emploi), le taux d'emploi des femmes, mais aussi l'adéquation entre les dépenses et les recettes des différentes branches (qui figure dans tous les programmes au regard de l'objectif de viabilité financière). Cette vision « large » s'applique aussi aux indicateurs de redistribution du programme Famille qui prennent en compte non seulement l'impact des prestations familiales, mais aussi celui des minima sociaux et de la fiscalité (quotient familial). De même, en matière de santé, la prévalence de l'obésité et des pratiques addictives se réfère à des comportements qui dépassent largement le champ des actions de prévention de l'assurance maladie, et concernent de façon plus vaste les politiques de santé publique ou d'intégration sociale.

Même lorsqu'il s'agit à proprement parler de protection sociale, l'approche reste souvent globale, avec des indicateurs que l'on pourrait qualifier de « macro-sociaux » pour apprécier les résultats d'ensemble des divers segments du système. C'est le cas d'indicateurs comme l'impact redistributif des transferts en fonction de la composition familiale, le rapport entre la pension médiane des retraités et le revenu des actifs, la part de la consommation de soins relevant des dépenses publiques ou la répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Du fait de ces orientations, les PQE présentent l'intérêt d'offrir une vision synthétique et articulée des caractéristiques structurelles du système de protection sociale français, de leurs résultats généraux et de leurs évolutions, même si celles-ci ne sont pas forcément significatives à l'année. Cette vision se veut d'autant plus assurée que les indicateurs et données utilisés sont souvent ceux habituellement établis par la statistique publique, et existent aussi pour partie au niveau européen.

3.3. Des indicateurs généraux pas toujours exempts de problèmes d'interprétation ou de contradictions potentielles

En dépit de la place réservée aux données de contexte, ces indicateurs centrés sur l'impact final des politiques sociales ne sont pas exempts de difficultés d'interprétation quant au rôle que jouent effectivement ces dernières, eu égard notamment à l'environnement économique. Autant que pour le budget de l'État, la crise économique et la détérioration du marché du travail vont en effet peser sur l'évolution de certains indicateurs, et rendre difficilement interprétables des résultats qui s'inscrivent dans une logique d'appréciation pluriannuelle de l'action publique. Au-delà de l'équilibre annuel des comptes sociaux et des taux d'emploi évoqués plus haut, cela concerne par exemple les indemnités journalières maladie (I.J.), qui ont habituellement tendance à ralentir lorsque la conjoncture se détériore³⁵, mais aussi pour les accidents du travail, qui peuvent se réduire pour des raisons avant tout liées au freinage de l'activité. À mi-chemin entre les visions de court et de moyen-long terme, les politiques publiques n'influent en outre que partiellement sur des indicateurs comme :

- le cumul emploi-retraite ou l'âge effectif de sortie d'activité, qui dépendent aussi des représentations et des comportements des acteurs au sein des entreprises,
- les écarts de pension entre les hommes et les femmes, qui traduisent avant tout de l'évolution des qualifications et des carrières féminines,
- la dynamique des dépenses de médicaments, en partie déterminée par le progrès technique et les innovations thérapeutiques,
- ou même la part des services de maintien à domicile dans la prise en charge des personnes âgées, qui est aussi partiellement liée aux capacités d'aide familiale pouvant être mobilisées en complément des services professionnels.

Ces réflexions ne constituent nullement une critique des indicateurs retenus, mais appellent l'attention sur la nécessité d'interpréter scrupuleusement leur évolution, en mobilisant au besoin des travaux explicatifs complémentaires.

Par ailleurs, le choix d'un ensemble d'objectifs et indicateurs à portée générale et relativement consensuelle n'évite pas, et met même en évidence, les contradictions

35. La « cible » retenue par le PQE Maladie, qui compare l'évolution des I.J. à celle de la masse salariale, prend en compte ce phénomène en ce qui concerne la masse potentielle des I.J., mais pas les éventuelles modifications de comportement des assurés liées à la crainte du chômage. Le parallélisme habituel entre I.J. et conjoncture n'a cependant pas été observé dans la période récente, avec une accélération sensible depuis la mi-2008 qui s'est prolongée dans les premiers mois de 2009.

potentielles qui ressortent de leur juxtaposition, et qui appelleraient arbitrages et hiérarchisation de la part des pouvoirs publics. Il en est classiquement ainsi pour le recours aux congés parentaux indemnisés de longue durée³⁶ eu égard au taux d'emploi des femmes, ou pour le redressement des comptes de l'assurance maladie eu égard au maintien de l'implication publique dans la prise en charge des dépenses de santé. De façon plus générale, la juxtaposition d'objectifs ayant trait à la générosité du système et à sa viabilité financière conduirait un œil malicieux à y lire la nécessité d'augmenter les prélèvements sociaux, dont seul le poids sur les bas revenus et l'impact sur le coût du travail au niveau du SMIC sont « placés sous contrôle » par le programme Financement.

3.4. Une série d'indicateurs ciblés sur des mesures déterminées et posant des problèmes de choix sélectif

À côté de ces indicateurs à portée générale, une série d'autres indicateurs retenus par les PQE ciblent des dispositifs, réformes ou mesures spécifiques, considérées comme emblématiques des politiques suivies, en se contentant parfois de considérer leur montée en charge comme le résultat principal recherché.

Ce n'est pas sans justification pour des mesures comme l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou la prestation de compensation du handicap (PCH), dont la lenteur de démarrage a pesé sur l'extension de la couverture santé ou la capacité de réponse aux besoins des handicapés. Des enjeux comme la couverture du territoire en structures d'hospitalisation à domicile ou en dispositifs assurant la permanence des soins peuvent aussi le justifier.

Cette focalisation sur des dispositifs spécifiques induit cependant, même si c'est dans une moindre mesure que pour le PLF, des problèmes « d'éclairage sélectif » liés au caractère politique de l'exercice et qui ne sont pas sans poser question. Est-on sûr par exemple, en prenant le cas du programme Maladie (encadré 6) :

- que le respect formel du parcours de soins prévu par la réforme de 2004 de l'assurance maladie traduise effectivement l'objectif d'améliorer la prise en charge des patients (Dourgnon, Guillaume, Naiditch et Ordonneau, 2007)³⁷ ?

- que la signature par les établissements de santé d'accords de maîtrise médicalisée implique un engagement réel des professionnels dans ce type de démarche, avec une traduction concrète dans leurs pratiques ?

- ou que le respect de « l'ordonnancier bi-zone »³⁸, utile pour mesurer la bonne application du dispositif, soit un indicateur suffisant pour apprécier la

36. Il s'agit du complément libre choix d'activité (CLCA) mis en place dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

37. Les enquêtes réalisées de l'IRDES montrent que les patients ont *a priori* ressenti peu de changement dans la qualité de leur suivi médical, bien que la CNAMTS mette l'accent sur les progrès réalisés en matière de prévention.

38. Cet ordonnancier permet de distinguer, pour les patients en ALD, les prescriptions afférentes aux affections prises en charge à 100% et celles qui se rapportent à d'autres pathologies et doivent donner lieu à l'application d'un ticket modérateur.

pertinence du recours aux exonérations de ticket modérateur associées aux affections de longue durée (ALD) ?

La réponse à ces questions impliquerait une évaluation plus complète de ces réformes, y compris quant à leur pertinence, alors que seul leur développement est ici considéré.

Parallèlement, les PQE n'échappent pas à certains « oublis sélectifs », importants pour l'évaluation des politiques sociales, mais auxquels l'action gouvernementale donne de fait peu de priorité. On peut citer l'absence d'indicateurs relatifs aux pensions de réversion ou retraçant l'évolution du montant des prestations sociales eu égard au niveau de vie médian et au seuil de pauvreté, dans un contexte où les prestations familiales et les minima sociaux sont pour l'essentiel indexés sur les prix³⁹, ainsi que, même si c'est méthodologiquement difficile, l'absence d'éléments relatifs à l'accès aux droits, alors que la lutte contre les fraudes et les indus fait l'objet d'une attention suivie dans au moins trois programmes.

3.5. Quelques problèmes plus lourds de pertinence

Enfin, même si elles sont plus marginales que celles adressées aux programmes de la LOLF, les PQE n'échappent pas à quelques critiques plus lourdes, qui mériteraient d'être prises en compte pour ne pas nuire à la pertinence de la démarche.

Elles portent d'abord sur la formulation de certains objectifs cibles et les indicateurs retenus pour les illustrer, dans le cadre de ce qui reste largement un « exercice politique ». La notion de « libre choix » en matière de garde d'enfants ou de retraite ne peut par exemple être judicieusement appréhendée par des indicateurs comme le nombre de bénéficiaires des CLCA ou celui des pensions de retraite avec « décote », sachant que l'arrêt d'activité est souvent pour les mères une solution contrainte par la non disponibilité de modes de garde à prix adéquat, et que la liquidation précoce de leur retraite peut correspondre pour les travailleurs âgés à une exclusion non désirée du marché du travail.

De même, et c'est un sujet majeur, apprécier la « viabilité financière » des branches de la sécurité sociale par l'équilibre à l'année à l'année entre leurs dépenses et leurs recettes est fortement problématique, surtout en période de fluctuations conjoncturelles, alors que le « bon » indicateur, à savoir le solde structurel des administrations de sécurité sociale, est considéré comme une simple « donnée de cadrage » dans le programme relatif au financement.

Enfin, la présentation synthétique des résultats des PQE s'appuie, comme c'est le cas pour le budget de l'État, sur un chiffre annuel du « nombre d'indicateurs évoluant dans le sens de la trajectoire retenue comme objectif ». Or on peut penser, comme cela a été dit plus haut, qu'un tel « indicateur des indicateurs » n'est ni

39. En dehors des primes exceptionnelles et des revalorisations sélectives prévues par exemple pour l'AAH et le minimum vieillesse des personnes seules entre 2008 et 2012.

interprétable ni porteur de sens pour l'évaluation des politiques sociales, et peut même contribuer à compromettre la démarche, alors que l'examen détaillé de chacun des indicateurs contenus dans les PQE est au contraire de nature à susciter des réflexions ou des questions utiles. Il semble d'ailleurs que les promoteurs des PQE aient tiré des conclusions semblables, en mettant de côté cette présentation dans le PLFSS 2010.

4. Le recours aux indicateurs pour mesurer les « performances » des politiques sociales : des limites et des besoins de « mise en débat »

L'analyse de ces deux expériences de recours aux indicateurs, qui se veulent emblématiques car associées à la discussion par le Parlement du budget de l'État et des crédits de la sécurité sociale, débouche sur un certain nombre de réflexions sur le sens qu'elles peuvent avoir pour l'action publique dans le domaine des politiques sanitaires et sociales.

4.1. Des expériences différentes dont les apports et les limites sont à examiner en tant que tels

Il se confirme en premier lieu que sous les vocables de « mesure des performances » et de démarche « objectifs-résultats », les expériences conduites sont de nature très différente, tant en ce qui concerne leur cohérence et leur portée, que la possibilité de tirer des interprétations utiles et pertinentes des indicateurs mobilisés. L'exercice conduit dans le cadre des PQE a ainsi peu à voir avec la nouvelle présentation du budget de l'État, qui suscite comme on l'a vu des doutes importants. Même si le langage de « la performance » appliqué aux services publics est loin d'être unanimement partagé, il faut donc aller plus loin que cet affichage, et considérer en tant que tels les limites, mais aussi l'apport de travaux qui peuvent dans certains cas apporter un réel progrès en termes de présentation et de diffusion des informations statistiques.

Il est clair néanmoins que ces démarches courent le risque de se trouver dévaluées, voire invalidées, par l'utilisation à des fins de communication d'indicateurs peu pertinents ou interprétables, ainsi que par la pratique de « bilans de performances » résumés en quelques chiffres et qui apparaissent largement dénués de sens.

Il est clair également que la multiplication d'expériences de recours aux indicateurs sanitaires et sociaux dans des « arènes » différentes pose des problèmes de cohérence et de maîtrise statistiques, et nuit à la visibilité et à l'appropriation de celles qui ne sont pas directement reprises par le débat public, fussent-elles directement associées à l'exercice du contrôle parlementaire. Il importe à cet égard de spécifier, articuler et surtout arrêter la prolifération des différents exercices, le souhait affiché d'une plus grande transparence de l'action publique risquant de se muer en « noyade » dans « la marée » des indicateurs.

À cet égard, le temps pris pour réfléchir, examiner et débattre des indicateurs utilisés apparaît déterminant pour l'intérêt de l'éclairage que peuvent apporter ces approches aux acteurs des politiques sociales ; il en est de même pour l'investissement des statisticiens et des chercheurs non seulement dans la production, mais aussi dans la définition et le sens à donner aux données utilisées.

4.2. Des difficultés en partie liées aux caractéristiques des politiques sanitaires et sociales

Il n'en demeure pas moins que, même si cela ne lui est pas spécifique, le champ sanitaire et social présente des caractéristiques qui confèrent à l'utilisation de « batteries d'indicateurs » des limites importantes pour apprécier les effets des politiques qui y sont conduites.

Interviennent d'abord, on l'a vu plus haut, les interactions étroites qu'elles entretiennent avec l'évolution du contexte économique et social, et qui suscitent d'importantes difficultés à « faire la part des choses », avec le risque d'un « ébranlement » ou d'une remise en cause de ces démarches en cas de fluctuations économiques prolongées.

Il s'agit ensuite de la multiplicité des intervenants, qui revendiquent une autonomie et une légitimité propres dans l'exercice de leurs prérogatives, et des interrogations qui en découlent sur le niveau et le contenu des objectifs à assigner à l'intervention de l'État. Les PQE ont certes fait le choix salutaire d'élargir leur approche à l'ensemble des politiques menées dans les domaines où la sécurité sociale occupe une place importante. Néanmoins, la « fragmentation » de la protection des personnes sans emploi et le maintien d'un régime d'assurance à gestion paritaire conduisent à ce qu'aucun objectif ou indicateur ne soit proposé à la discussion en matière d'indemnisation du chômage. Or il est évident que le taux de couverture, le degré de générosité et la durée de cette indemnisation sont un aspect essentiel de la couverture sociale des travailleurs, en interaction avec les politiques d'insertion et la question de la « flexisécurité », en même temps qu'une composante des prélèvements obligatoires et de l'équilibre des finances publiques (Cornilleau et Elbaum, 2009).

Enfin, comme d'autres actions publiques, les politiques sociales sont marquées par la coexistence d'une pluralité d'objectifs, qui se sont stratifiés au cours du temps à travers des compromis sociaux successifs. C'est notamment le cas des politiques familiales qui ont suivi des logiques multiples et évolutives, non dénuées « d'hésitations » et « d'injonctions contradictoires », depuis le soutien à la natalité et à la famille comme maillon de base de la société, jusqu'à l'accompagnement des nouveaux modèles familiaux et du développement de l'activité féminine, en passant par la compensation des charges liées aux enfants mais aussi la redistribution centrée vers les plus modestes (Commaille, Strobel et Villac, 2002). Or, la mise au jour de ces objectifs, de leurs contradictions potentielles et des arbitrages qui ont de fait été opérés peut difficilement ressortir de listes d'indicateurs quantifiés, sans les assortir d'approches historiques et sociologiques permettant d'en resituer les tenants et

aboutissants, d'en « décrypter les enjeux » (Minonzio, 2009), et d'appréhender la façon dont acteurs sociaux et usagers s'approprient ces politiques au niveau de leur mise en œuvre.

4.3. Des besoins d'évaluation « pluridimensionnelle »...

Cela implique d'en revenir aux objectifs initiaux de la démarche d'évaluation des politiques publiques, que le mouvement de balancier vers le « tout indicateurs » a pu conduire à négliger. Cette notion d'évaluation s'entend comme une approche transversale et pluraliste quant à ses objectifs et à ses méthodes, ne se réduisant pas à la focalisation sur « un indicateur », que certaines méthodes quantitatives employées de façon exclusive ont aussi eu tendance à privilégier. On en a vu l'exemple avec l'évaluation des expérimentations du RSA⁴⁰ (Comité d'évaluation des expérimentations, 2009), qui s'est polarisée, sans forcément tout le recul nécessaire, sur la comparaison des taux d'entrée dans l'emploi dans des zones tests et des zones témoins, alors que les besoins et l'accompagnement des allocataires ont, à court comme à moyen terme, nombre d'autres dimensions (durabilité et qualité des emplois, transports, santé, garde d'enfants...).

Quel que soit leur mode d'élaboration, il paraît en tout cas illusoire d'envisager que le recours à ces indicateurs quantifiés puisse déboucher sur un « pilotage automatique » des politiques sociales, susceptible de se substituer à la responsabilité des décideurs et des acteurs, que ces données et les évaluations associées doivent avant tout avoir pour objet d'alimenter et d'éclairer.

4.4. ...et d'autonomie accrue par rapport aux décideurs politiques

La dernière réflexion que suscitent ces expériences de recours aux indicateurs sanitaires et sociaux, et qui est le pendant de la précédente, concerne « l'instrumentalisation » de ces informations par les décideurs politiques, dans la mesure où elles sont directement censées illustrer ou même justifier les résultats de leur action.

Au lieu de donner lieu à une élaboration indépendante, comme c'est le cas pour la plupart des opérations d'évaluation, les « batteries d'indicateurs » sont ainsi directement proposées par les promoteurs des politiques à ceux qui ont en charge d'apprécier leurs résultats, ce qui peut être facteur d'incomplétudes ou de dérives. Celles-ci peuvent classiquement prendre la forme :

- d'un choix sélectif portant sur les indicateurs les plus « rentables » ou sur lesquels il est le plus facile d'obtenir des résultats à court terme ;
- d'un « oubli » de certaines dimensions des interventions publiques, jugées moins prioritaires en fonction des orientations politiques du moment ;

40. Ce différentiel de taux d'emploi est d'ailleurs repris en 2009 par le PLF comme indicateur du programme « Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations » de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances, sans mentionner *a priori* les problèmes d'incertitude et d'écart type posés par ces estimations, alors qu'il s'agit d'un point central discuté par les évaluateurs.

— de « non dits » quant à la compatibilité ou à la hiérarchisation de leurs objectifs (*cf.* point 4.2) ;

— d'une dissimulation des enjeux de fond liés à l'adoption de certains indicateurs, qui est souvent présentée comme un exercice technique, alors qu'elle peut se révéler structurante pour les politiques publiques et le débat social : on l'a vu avec la question du taux de pauvreté « ancré dans le temps », ou avec celle de l'objectif européen relatif aux taux d'emploi, que l'enjeu a été de compléter par des indicateurs portant aussi sur la « qualité de l'emploi » (Salais, 2004 ; Davoine, Erhel et Guergoat-Larivière, 2008).

Jointes à des difficultés de lisibilité et d'appropriation, ces risques peuvent inciter les acteurs politiques et sociaux à se positionner de façon distante par rapport à ces démarches, et à rechercher d'autres lieux de débat consacrant une coupure entre enceintes parlementaires et « société civile », que ce soit à propos de la situation du marché du travail, des inégalités sociales, du développement durable ou des discriminations. Et l'on peut d'un autre côté penser que des indicateurs « contraints » comme les déficits ou la dette publics sont en passe d'avoir une influence plus importante sur la réorientation des politiques sociales que ceux que le PLF et le PLFSS mobilisent pour retracer leurs résultats.

Ces questionnements impliquent de repenser en partie le mode d'élaboration de ces indicateurs, dans le sens d'une autonomie accrue par rapport aux décideurs politiques. Celle-ci est indispensable pour leur donner davantage de légitimité politique et sociale, mais aussi une légitimité scientifique incontestable, que doit garantir l'indépendance du système statistique public chargé de participer à leur production et à leur interprétation. C'est aussi la condition de leur appropriation par les acteurs, y compris d'ailleurs par ceux (les parlementaires) auxquels ils sont prioritairement destinés.

Références bibliographiques

- Arkwright E., C. de Boissieu, J.-H. Lorenzi et J. Samson, 2007, *Économie politique de la LOLF*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- Atkinson A., B. Cantillon, E. Marlier et B. Nolan, 2005, *Taking Forward the EU Social Inclusion Process*. An Independent Report Commissioned by the Luxembourg Presidency of the Council of the European Union.
- Atkinson A., B. Cantillon, E. Marlier et B. Nolan, 2007, *The EU and Social Inclusion*, The Policy Press, University of Bristol.
- Bèzes P., 2005, « Le modèle de « l'État -stratège » : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 4.
- Brunetière J.-R., 2006, « Les indicateurs de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : une occasion de débat démocratique ? », *Revue française d'administration publique*, n° 117.
- Bruno I., 2008, « Y a-t-il un pilote dans l'Union ? Tableaux de bord, indicateurs, cibles chiffrées : les balises de la décision », *Politix*, Volume 21, n°82/2008.
- Bureau D. et M. Mougeot, 2007, *Performances, incitations et gestion publique*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.
- Caussat L. et M. Lelièvre, 2007, « Les indicateurs européens de cohésion sociale », *Études et résultats*, n°549, janvier.
- Caussat L. et R. Roussel, 2008, « Les programmes de qualité et d'efficacité et l'évaluation des politiques de Sécurité sociale », *Informations sociales*, n° 150.
- CNIS, 2008, *Emploi, chômage, précarité. Mieux mesurer pour mieux débattre et mieux agir*, Rapport du groupe de travail présidé par J.-B. de Foucauld, juin.
- Comité d'évaluation des expérimentations, 2009, *Rapport final sur l'évaluation des expérimentations RSA*, miméo, mai.
- Commaille J., P. Strobel et M. Villac, 2002, *La politique de la famille*, Éditions La Découverte, collection Repères.
- Cornilleau G. et M. Elbaum, 2009, « Indemnisation du chômage. Une occasion manquée face à la crise ? », *Lettre de l'OFCE*, n°307, février.
- Davoine L., C. Erhel et M. Guergoat-Larivière, 2008, « Évaluer la qualité de l'emploi : les indicateurs de la Stratégie européenne pour l'emploi et au-delà », *Revue internationale du Travail*, vol. 147, n° 2-3.
- Desrosières A., 2008, Introduction aux deux livres : Pour une sociologie historique de la quantification et Gouverner par les nombres, Presses de l'École des Mines.
- Donzelot J. et P. Estèbe, 1994, *L'État animateur*. Essai sur la politique de la ville, éditions Esprit.
- Dourgnon P., S. Guillaume, M. Naiditch et C. Ordonneau, 2007, « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, n° 124, juillet.
- Elbaum M., 2008, *Économie politique de la protection sociale*, PUF.
- Esping-Andersen G. (avec B. Palier), 2008, *Trois leçons sur l'État-providence*, Le Seuil, Collection la République des idées.
- Esping-Andersen G., 1999, *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, édition française, Collection Le lien social, PUF

■ Mireille Elbaum

- Foucault M., 2004, *Naissance de la biopolitique*, Cours au Collège de France 1978-1979, Seuil / Gallimard
- Jauneau Y. et S. Vanovermeir, 2008, « Les jeunes et les ménages modestes surestiment le plus souvent le confort de leur logement », *Insee Première*, n° 1209, septembre.
- Mandl U, A. Dierx et F. Ilzkovitz, 2008, « The effectiveness and efficiency of public spending », *European Economy, Economic Papers* 301, February.
- Ministère du Budget, des comptes publics et de la fonction publique, 2008, PLF 2009. Guide de lecture des documents budgétaires par mission du budget de l'État (PAP).
- Minunzio J., 2009, « L'évaluation des politiques familiales : discours sur la méthode ou mot d'ordre gestionnaire ? », *Informations sociales*, n° 150.
- ONZUS, 2008, *Rapport 2008*.
- Perret B., 2006, « De l'échec de la rationalisation budgétaire (RCB) à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) », *Revue française d'administration publique*, n° 117.
- Salais R., 2004, « La politique des indicateurs. Du taux de chômage au taux d'emploi dans la stratégie européenne pour l'emploi », in : B. Zimmermann, *Action publique et sciences sociales*, Maison des Sciences de l'Homme.
- Siné A. et B. Lannaud, 2007, « La mesure de la performance de l'action publique » in : *Économie politique de la LOLF*, Rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française.

ANNEXE I : Les programmes, objectifs et indicateurs issus de la LOLF : deux exemples de missions du champ sanitaire et social

I.1. Programmes, objectifs et indicateurs de la mission Santé

Programme 204 - Prévention et sécurité sanitaire

Objectif 1 - Mettre en œuvre la politique de santé en l'adaptant aux spécificités des territoires

Indicateur 1.1 - Taux d'actions de santé évaluées (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 1.2 - Taux de participation des associations aux instances auxquelles elles doivent participer (du point de vue de l'utilisateur)

Objectif 2 - Réduire les inégalités de santé

Indicateur 2.1 - Taux de reconnaissance des campagnes de prévention de l'INPES (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Réduire la contamination par les infections sexuellement transmissibles

Indicateur 3.1 - Nombre de contaminations récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH (< 6 mois) (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Réduire la mortalité évitable attribuée au cancer

Indicateur 4.1 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population cible (du point de vue du citoyen)

Indicateur 4.2 - Consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans (du point de vue du citoyen)

Indicateur 4.3 - Pourcentage de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population (par sexe ; pour les jeunes) (du point de vue du citoyen)

Objectif 5 - Développer les bonnes pratiques alimentaires et la pratique d'une activité physique

Indicateur 5.1 - Nombre de villes actives adhérentes à la charte PNNS (du point de vue du citoyen)

Objectif 6 - Réduire les risques liés à des facteurs environnementaux

Indicateur 6.1 - Evolution de la proportion de la population alimentée par de l'eau non conforme pour les paramètres microbiologiques et pesticides (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 6.2 - Evolution du pourcentage de captages d'eau destinée à la consommation humaine protégés par un périmètre de protection (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 6.3 - Nombre d'épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone (du point de vue du citoyen)

Objectif 7 - Améliorer le système de défense sanitaire en vue de faire face aux menaces

Indicateur 7.1 - Pourcentage de plans nationaux et de procédures ayant fait l'objet d'un retour d'expérience ou d'un exercice au cours des trois dernières années (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 7.2 - Pourcentage d'agents assurant des astreintes formés à la gestion des alertes sanitaires (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 7.3 - Pourcentage du coût de fonctionnement de l'EPRUS par rapport à son budget total (du point de vue du contribuable)

Objectif 8 - Améliorer l'accès à la greffe

Indicateur 8.1 - Nombre de greffes d'organes (du point de vue du citoyen)

Objectif 9 - Améliorer les fonctions de contrôle et de police sanitaire

Indicateur 9.1 - Délai de traitement des autorisations de mise sur le marché (AMM,...) (du point de vue de l'utilisateur)

Programme 171 - Offre de soins et qualité du système de soins

Objectif 1 - Optimiser le pilotage de l'offre de soins

Indicateur 1.1 - Taux d'atteinte des objectifs nationaux quantifiés figurant dans les contrats passés entre l'Etat et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (du point de vue du citoyen)

Indicateur 1.2 - Taux d'évolution des délais compris entre le recueil des données du dernier établissement et la production de l'échelle nationale des coûts par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (du point de vue de l'utilisateur)

Objectif 2 - Améliorer l'impact de l'évaluation du système de santé

Indicateur 2.1 - Taux de levée des conditions mises à la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Promouvoir la recherche médicale

Indicateur 3.1 - Taux d'internes ayant effectué l'année-recherche qui participent à des fonctions de recherche à un an et cinq ans (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Adapter la formation des étudiants en fonction des besoins de santé

Indicateur 4.1 - Taux de satisfaction, mesuré à huit mois et à cinq ans après la fin des études, relatif aux stages extrahospitaliers des étudiants en troisième cycle des études médicales (stages extrahospitaliers et stages chez le praticien) (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 4.2 - Pourcentage des étudiants en médecine s'orientant vers la médecine générale (du point de vue du citoyen)

Programme 183 - Protection maladie

Objectif 1 - Garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources

Indicateur 1.1 - Indices de satisfaction (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 1.2 - Poids des organismes complémentaires participant au dispositif CMUc (du point de vue du citoyen)

Objectif 2 - Renforcer le contrôle du dispositif de la CMUc et améliorer la gestion du risque

Indicateur 2.1 - Contrôles des bénéficiaires de la CMUc (du point de vue du contribuable)

Indicateur 2.2 - Comparaison des dépenses entre bénéficiaires du régime général et de la CMUc (du point de vue du contribuable)

Objectif 3 - Assurer la délivrance de l'aide médicale de l'État dans des conditions appropriées de délais et de contrôles

Indicateur 3.1 - Délai moyen d'instruction des dossiers (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 3.2 - Taux de contrôle des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (du point de vue du contribuable)

Objectif 4 - Réduire les délais de présentation et de paiement des offres d'indemnisation du FIVA

Indicateur 4.1 - Pourcentage des offres présentées dans un délai maximum de 4 mois pour les pathologies malignes (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 4.2 - Pourcentage des offres payées dans un délai inférieur à 1 mois (du point de vue de l'utilisateur)

I.2. Programmes, objectifs et indicateurs de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances

Programme 304 - Lutte contre la pauvreté : revenu de solidarité active et expérimentations sociales

Objectif 1 - Inciter les bénéficiaires à reprendre un emploi

Indicateur 1.1 - Différentiel entre le taux d'emploi des allocataires de minima en territoire expérimental et celui des allocataires hors territoire expérimental (du point de vue du citoyen)

Indicateur 1.2 - Différentiel entre la part des emplois à temps plein dans ceux exercés ou repris par les allocataires de minima en territoire expérimental et la part des emplois à temps plein des allocataires hors territoire expérimental (du point de vue du citoyen)

Objectif 2 - Lutter contre la pauvreté

Indicateur 2.1 - Différentiel entre le taux de sortie du dispositif des allocataires en territoire expérimental et de ceux hors territoire expérimental (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Favoriser l'insertion professionnelle des bénéficiaires de contrats aidés au moyen du contrat unique d'insertion

Indicateur 3.1 - Différentiel entre le taux de pérennisation des contrats uniques d'insertion et des contrats aidés (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Améliorer la capacité des expérimentations sociales à préfigurer des politiques sociales innovantes

Indicateur 4.1 - Part des expérimentations d'actions publiques innovantes luttant contre la pauvreté et évaluées par un évaluateur externe positivement au regard des objectifs fixés (du point de vue du contribuable)

Indicateur 4.2 - Taux de projets menés à terme dans le calendrier prévisionnel (du point de vue du citoyen)

Programme 106 - Actions en faveur des familles vulnérables

Objectif 1 - Aider les parents à exercer plus aisément leur rôle de parents et à réaliser l'éducation de leurs enfants

Indicateur 1.1 - Pourcentage de départements ayant au moins deux actions de soutien à la fonction parentale pour 10.000 jeunes de moins de 20 ans (du point de vue du contribuable)

Objectif 2 - Garantir un minimum de ressources aux familles monoparentales en situation précaire et favoriser leur retour à l'emploi

Indicateur 2.1 - Pourcentage des allocataires de l'Allocation Parent Isolée (API) qui disposent d'une aide au retour à l'emploi (intéressement, contrats aidés) (du point de vue du citoyen)

Indicateur 2.2 - Pourcentage d'allocataires de l'API bénéficiant d'une sortie des minima sociaux (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Permettre dans de bonnes conditions l'adoption d'enfants qui ont besoin d'une famille

Indicateur 3.1 - Proportion d'adoptions internationales réalisées par l'intermédiaire de l'Agence française pour l'adoption (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Mieux repérer et mieux prendre en charge des situations de risque pour les enfants relevant de la protection de l'enfance et les personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Indicateur 4.1 - Pourcentage des comptes rendus d'appels téléphoniques transmis par le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) aux conseils généraux ayant donné lieu à une décision de protection de l'enfance (du point de vue de l'usager)

Indicateur 4.2 - Pourcentage des établissements faisant l'objet d'un contrôle dans les deux mois suivant un signalement de maltraitance (du point de vue de l'usager)

Objectif 5 - Garantir aux adultes vulnérables une protection juridique adaptée à leurs besoins, tout en optimisant l'allocation des ressources aux services de protection judiciaire

Indicateur 5.1 - Taux de sortie des mesures de protection judiciaire (du point de vue du citoyen)

Indicateur 5.2 - Part des services mandataires à la protection judiciaire des majeurs pour lesquels le ratio : moyens alloués/mesures gérées est supérieur à la moyenne de plus de 20% (du point de vue du contribuable)

Programme 157 - Handicap et dépendance

Objectif 1 - Améliorer l'effectivité et la qualité des décisions des commissions des droits et de l'autonomie

Indicateur 1.1 - Délai moyen de traitement des dossiers (du point de vue de l'usager)

Indicateur 1.2 - Délai moyen de réalisation des mesures décidées par la commission des droits et de l'autonomie (du point de vue de l'usager)

Indicateur 1.3 - Taux de réformation par les tribunaux des décisions d'attribution d'AAH ayant fait l'objet d'un recours (du point de vue de l'usager)

Objectif 2 - Offrir aux personnes handicapées les mêmes chances dans l'emploi

Indicateur 2.1 - Part de la rémunération directe versée aux travailleurs employés en ESAT par rapport au SMIC (du point de vue du citoyen)

Indicateur 2.2 - Nombre de travailleurs d'ESAT concernés par des conventions de mise à disposition conclues dans l'année rapporté au nombre d'entrées en ESAT de l'année de référence (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Accompagner le retour vers l'emploi pour développer la part du revenu du travail dans les ressources des allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH)

Indicateur 3.1 - Proportion d'allocataires de l'allocation adultes handicapés percevant une rémunération d'activité (distinction articles L821-1 et L821-2) (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Lutter contre les situations de maltraitance des personnes âgées

Indicateur 4.1 - Taux d'appels téléphoniques traités par le dispositif d'accueil téléphonique, de suivi et de traitement des situations de maltraitance envers les personnes âgées et les adultes handicapés (du point de vue de l'usager)

Programme 137 - Égalité entre les hommes et les femmes

Objectif 1 - Contribuer au développement de l'égalité professionnelle par l'orientation, la diversification des emplois et la négociation collective

Indicateur 1.1 - Part des filles, au niveau national, parmi les élèves des terminales des filières scientifiques et technologiques (séries S et STI) dans les lycées. Indicateur associé : nombre de candidatures au Prix de la vocation scientifique et technique des filles (du point de vue du citoyen)

Indicateur 1.2 - Proportion d'accords collectifs (de branche ou d'entreprise) incluant une clause visant à la réduction des inégalités / nombre total d'accords (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 1.3 - Taux de contrats pour la mixité des emplois signés dans les secteurs de l'industrie et du bâtiment, du transport et de la restauration (du point de vue du citoyen)

Objectif 2 - Améliorer la qualité de service des permanences téléphoniques nationales d'aide aux personnes victimes de violence et l'efficacité des Centres d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)

Indicateur 2.1 - Taux de réponse des permanences téléphoniques nationales (du point de vue de l'utilisateur)

Indicateur 2.2 - Pourcentage de centres dont le coût par personne accueillie est supérieur de 60% au coût moyen des centres (du point de vue du contribuable)

Programme 124 - Conduite et soutien des politiques sanitaires et sociales

Objectif 1 - Constituer les ARS dans les délais prévus

Indicateur 1.1 - Taux de personnels de DRASS et de DDASS ayant vocation à rejoindre les ARS affectés en ARS au 31/12/2009 (du point de vue du citoyen)

Objectif 2 - Accroître la qualité et l'efficacité des campagnes de communication (libellé modifié)

Indicateur 2.1 - Impact des campagnes nationales (du point de vue du citoyen)

Objectif 3 - Mettre en œuvre rapidement les nouvelles normes dans le champ des politiques sanitaires et sociales

Indicateur 3.1 - Dépassement moyen du délai de transposition des directives (du point de vue du citoyen)

Indicateur 3.2 - Délai moyen d'application des lois et ordonnances (du point de vue du citoyen)

Objectif 4 - Respecter les engagements pris en terme de délais de production et de mise à disposition de données statistiques relatives à la santé et à la protection sociale

Indicateur 4.1 - Ecart moyen entre les dates de mise à disposition ayant fait l'objet d'un engagement et les dates effectives de mise à disposition (du point de vue du citoyen)

Objectif 5 - Améliorer le pilotage de la sécurité sociale pour assurer la couverture la plus efficace des risques sociaux dans le cadre d'un équilibre financier durable

Indicateur 5.1 - Performance du pilotage des objectifs de gestion du régime général de sécurité sociale fixés dans les conventions d'objectifs et de gestion (du point de vue du citoyen)

Indicateur 5.2 - Proportion des indicateurs des programmes de qualité et d'efficacité auxquels une trajectoire d'évolution a été assignée (du point de vue du contribuable)

Objectif 6 - Mettre à la disposition des services les bonnes compétences, au bon moment, au bon endroit pour assurer la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

Indicateur 6.1 - Délai moyen de pourvoiement des emplois (du point de vue de l'utilisateur)

Objectif 7 - Délivrer au plus juste coût les ressources nécessaires à la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales

Indicateur 7.1 - Dépenses de fonctionnement (du point de vue du contribuable)

Indicateur 7.2 - Coût d'exploitation et d'entretien - maintenance au m² (du point de vue du contribuable)

ANNEXE II

Les objectifs et indicateurs des programmes de qualité et d'efficience : l'exemple des programmes maladie et famille

II.1 : Objectifs et indicateurs du programme de qualité et d'efficience « Maladie »

Partie I - Données de cadrage

- 1 – Part des dépenses totales de santé dans le PIB.
- 2 – Montant des dépenses de santé par habitant.
- 3 – Principales causes de mortalité.
- 4 – Mortalité prématurée, par genre.
- 5 – Évolution du taux de mortalité infantile.
- 6 – Écarts d'espérance de vie par profession et catégorie socioprofessionnelle.
- 7 – Espérance de vie à 65 ans...
 - * en comparaison internationale, par genre ;
 - * sans incapacité, par genre.
- 8 – Densités régionales des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes pour 100 000 habitants.
- 9 – Nombre de consultations médicales par assuré (omnipraticiens et spécialistes, y compris consultations externes et visites), et taux de recours annuels aux soins par catégorie de professionnels (omnipraticiens, spécialistes, auxiliaires médicaux).
- 10 – Revenu annuel libéral moyen net de charges des médecins.
- 11 – Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants :
 - * évolution France entière ;
 - * répartition par région.
- 12 – Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée pour 10 000 habitants (distinction des séjours sans hébergements et de ceux d'au moins une nuit).
- 13 – Effectif annuel de la population admise au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD).

Partie II - Objectifs / résultats

Objectif	Indicateur	Cible
1 : Assurer un égal accès aux soins	<i>Inégalités territoriales</i>	
	1-1 Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière : * part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généraliste est inférieure de 30 % à la médiane ; * indicateur sur les inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes ; * indicateur sur la répartition régionale des structures d'urgences.	pas d'augmentation réduction des écarts
	<i>Inégalités financières</i>	
	1-2 Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques.	pas de diminution
	1-3 Recours à une complémentaire santé par les plus démunis : nombre de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).	augmentation
	1-4 Importance des dépassements tarifaires : * part de la population résidant dans des départements dans lesquels la proportion de médecins omnipraticiens (resp. spécialistes) en secteur 2 dépasse 20 % (resp. 50 %) ; * rapport des dépassements moyens pratiqués aux honoraires sans dépassement, par médecin du secteur 2.	diminution réduction
1-5 Indicateur de renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour des raisons financières : écart entre les titulaires de la CMU complémentaire et les titulaires d'une couverture complémentaire privée.	réduction	
2 : Développer la prévention	<i>Grands risques de santé publique</i>	
	2-1 Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant.	réduction
	2-2 Prévalence des pratiques addictives : * prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans ; * consommation d'alcool pur moyenne par habitant de 15 ans et plus.	24,3 % en 2008 11,5 litres en 2008
	<i>Politiques préventives</i>	
	2-3 Indicateurs sur le dépistage du cancer : * taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans ; * taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans ; * taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal.	65 % (objectif PAP) 80 % (objectif LSP)
	2-4 Taux de couverture vaccinale : * des pathologies faisant l'objet d'une recommandation de vaccination généralisée pour les enfants âgés de 24 mois ; * des personnes âgées de 65 ans et plus contre la grippe.	95 % en 2008
2-5 Indice carieux des enfants âgés de 6 et 12 ans.	-30 % par rapport à 1993-98 (objectif LSP)	

Objectif	Indicateur	Cible
3 : Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins	<i>Orientation, coordination et continuité dans le système de soins</i>	
	3-1 Veiller à la mise en œuvre du parcours de soins : * part des assurés disposant d'un médecin traitant * pourcentage des consultations effectuées dans le parcours de soins.	augmentation augmentation
	3-2 Articulation entre la médecine de ville et l'hôpital : nombre et proportion des territoires de santé de médecine couverts par au moins une structure d'hospitalisation à domicile.	augmentation
	3-3 Organisation de la permanence des soins et des services d'urgence : * proportion de secteurs couverts par la permanence des soins en médecine ambulatoire lors de la première partie de nuit ; * temps d'attente pour la prise en charge des urgences vitales dans les structures d'urgence.	100 % en 2010 réduction
	<i>Démarches de qualité du système de soins</i>	
	3-4 Indicateur relatif à la lutte contre les maladies nosocomiales dans les établissements de santé : * indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ; * prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé.	0 % en classes E, F en 2008
	3-5 Participation des fournisseurs de soins à la démarche qualité : * proportion de médecins engagés dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au cours des cinq dernières années ; * proportion d'établissements certifiés de niveau 1 par la Haute autorité de santé.	100 % en 2012 augmentation
4 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	<i>Niveau de consommation</i>	
	4-1 Taux de croissance des dépenses de médicament au cours des cinq dernières années.	ralentissement
	4-2 Indicateur de suivi de la consommation de médicaments : * taux de pénétration des génériques ; * nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance ; * part des prescriptions hospitalières dans les dépenses de médicaments remboursées en ville.	objectifs conventionnels réduction ralentissement
	4-3 Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques par an : * pour 1000 habitants (pour les soins de ville) ; * pour 1000 journées d'hospitalisation ; * indicateur composite de bon usage des antibiotiques à l'hôpital (ICATB).	réduction bon usage aucun établissement en classe E ou F
	4-4 Évolution du remboursement des indemnités journalières.	évolution au rythme de la masse salariale diminué de 0,5 point (2007 – 2012)

Objectif	Indicateur	Cible	
4 (suite) : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	<i>Maitrise médicalisée</i>		
	4-5 Indicateur précisant le respect de l'ordonnancier bizonne.	-2,5 points en 2008	
	4-6 Taux d'atteinte des objectifs conventionnels.	cibles conventionnelles	
	4-7 Proportion d'établissements engagés dans une démarche contractuelle de maîtrise médicalisée : * proportion d'établissements ayant signé des accords locaux déclinant les accords cadres nationaux ; * proportion d'établissements ayant signé des accords d'initiative locale.	augmentation augmentation	
	<i>Efficacité des producteurs de soins</i>		
	4-8 Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire sur 5 gestes chirurgicaux.	85 % en 2010	
	4-9 Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus ; indicateur-cible à terme : durée moyenne d'un séjour en médecine chirurgie-obstétrique (MCO) suivi d'un séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD). Sous-indicateur transitoire : évolution du nombre de séjours en MCO transférés vers un service de SSR ou de HAD.	augmentation réduction	
	4-10 Productivité des établissements de santé : * indicateur de productivité globale (IP-G) par catégorie d'établissements publics ; * nombre d'établissements engagés dans une démarche d'amélioration de la gestion identifiée par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH).	réduction des écarts par catégorie augmentation	
	5 : Garantir la viabilité financière de la branche maladie	<i>Soutenabilité financière</i>	
		5-1 Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS maladie.	redressement
5-2 Niveaux et dépassements de l'ONDAM.		inférieur à 0,75 %	
<i>Limitation des débours indus</i>			
5-3 Montants récupérés par la CNAMTS maladie dans le cadre des recours contre tiers.		Augmentation	
5-4 Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus menée par la CNAMTS : * économies liées aux fraudes, fautes et abus détectés ; * taux de séjours contrôlés sur site avec anomalies parmi les établissements tarifés à l'activité.		150 M€ en 2009 diminution	

II.2 : Objectifs et indicateurs du PQE Famille

Partie I - Données de cadrage

- 1 - Nombre de naissances et indice conjoncturel de fécondité.
- 2 - Âge moyen à la maternité et descendance finale.
- 3 - Nombre de familles en fonction de leur taille et nombre de familles monoparentales.
- 4 - Évolution de la masse des prestations familiales et des prestations logement financées par la CNAF, en distinguant les prestations sous condition de ressources des prestations universelles.
- 5 - Concentration des prestations familiales et des allocations logement en fonction du revenu.
- 6 - Évolution du nombre de places agréées auprès des assistantes maternelles pour 100 enfants de moins de trois ans, et taux d'exercice des assistants maternels.
- 7 - Évolution du nombre de places en établissements d'accueil de jeunes enfants (EAJE) pour 100 enfants de moins de trois ans :
 - * places agréées ;
 - * places actives en équivalent temps plein.
- 8 - Carte de France de la capacité théorique d'accueil par les modes de garde payants hors du domicile (accueil collectif hors jardins d'enfants, crèches familiales, assistants maternels) – places pour 100 enfants de moins de 3 ans.
- 9 - Indicateur présentant le coût des différents modes de garde pour les finances publiques... :
 - * ... au niveau microéconomique (sur cas-types) ;
 - * ... au niveau macroéconomique.
- 10 - Évolution du nombre de bénéficiaires et des montants versés au titre des trois principales allocations logement (allocation de logement social, allocation logement familial et aide personnalisée au logement).

Partie II - Objectifs / résultats

Objectif	Indicateur	Cible
1 : Contribuer à la compensation financière des charges de famille	<i>Redistribution horizontale</i>	
	1-1 Niveau de vie initial des ménages avant et après impôt sur le revenu, prestations familiales, aides au logement et minima sociaux, en fonction de la configuration familiale.	réduction des écarts de niveau de vie
2 : Aider les familles vulnérables	<i>Action sur la pauvreté</i>	
	2-2 Nombre d'enfants de moins de 18 ans vivant dans des familles dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté : * ensemble des familles ; * familles monoparentales.	réduction
	2-3 Impact des prestations familiales, des aides au logement et des minima sociaux sur le taux de pauvreté monétaire des enfants en fonction de la configuration familiale.	réduction
	2-4 Taux d'effort médian des ménages titulaires d'une allocation logement, en fonction de la configuration familiale.	réduction effective du taux d'effort

3 : Concilier vie familiale et vie professionnelle	<i>Accès à l'offre de garde</i>	
	3-1 Indicateur sur l'offre en modes de garde, sous-indicateurs : * proportion d'enfants de moins de 3 ans et de 3 à 6 ans gardés "de manière formelle"; * taux d'occupation des établissements d'accueil pour jeunes enfants.	33% en 2010 (-3 ans) 90% en 2010 (3 à 6 ans) --
	3-2 Indicateur sur l'évolution de la dispersion territoriale des modes de garde : * densité moyenne de places agréées pour 100 enfants de moins de 3 ans dans les départements les mieux et les moins bien dotés; * indicateur à préciser sur la contribution de l'action sociale de la CNAF à la réduction des écarts locaux en nombres de places.	réduction de la dispersion efficacité du ciblage
	3-3 Taux d'effort et reste à charge des familles selon le mode de garde, le revenu et la configuration familiale (cas types).	renforcement de la liberté de choix
	<i>Équilibre vie familiale-vie professionnelle, selon le genre</i>	
	3-4 Indicateur sur l'emploi des femmes ; sous-indicateurs : * taux d'emploi des femmes et des hommes âgés de 15 à 64 ans; * taux d'emploi des femmes selon le nombre d'enfants à charge (0, 1, 2, 3 et plus) et/ou lorsque le dernier enfant est âgé de moins de 3 ans; * taux d'activité des femmes selon le nombre d'enfants à charge (0, 1, 2, 3 et plus) et/ou lorsque le dernier enfant est âgé de moins de 3 ans.	augmentation (60% en 2010) augmentation augmentation
	3-5 Nombre de bénéficiaires d'aides à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle (CLCA et COLCA) et proportion de femmes parmi ces bénéficiaires.	libre choix
	3-6 Proportion de femmes en emploi après un CLCA ou un COLCA (si possible, en fonction de la durée du congé). 3-7 Nombre de bénéficiaires et taux de recours au congé de paternité.	augmentation augmentation
4 : Garantir la viabilité financière de la branche famille	<i>Soutenabilité financière</i>	
	4-1 Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAF. 4-2 Suivi des dépenses d'action sociale de la branche : réalisations des dépenses par rapport aux prévisions de la COG CNAF.	équilibre 100 % en 2008