



**EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS
BILAN DE L'EXISTANT
&
CADRE METHODOLOGIQUE**

MISSION EVALUATION RESEAUX DE SOINS

Octobre 2001

REDACTEURS

Ce document a été réalisé par Mme Dominique LE BOEUF, chargée de mission "évaluation réseaux de soins", sous la coordination du Pr Yves MATILLON, directeur général de l'ANAES et Mme Chantal LACHENAYE-LLANAS, directrice de l'accréditation.

GROUPE PROJET

Mme Christine DUPRE,
Directrice mutuelle, Paris

Dr James GOLBERG,
Directeur des relations internationales, ANAES

M. Michaël DANON,
Secrétaire général, ANAES

Pr Joel MENARD,
Faculté de médecine Broussais - Hôtel Dieu

Dr Etienne DUSEHU,
Service évaluation des technologies, ANAES

Dr Jacques ORVAIN,
Directeur de l'évaluation, ANAES

M. Loïc GEFFROY,
Directeur ARH Franche Comté

M. Gérard VIENS,
Groupe ESSEC

REMERCIEMENTS

Nous remercions les réseaux qui ont participé à la première et deuxième phase de cette étude, ainsi qu'à la réunion de restitution en octobre 2001 :

ONCORESE,
Brive (19)

Réseau Cœur en Santé,
Roubaix (59)

Réseau ADEPAFIN,
Saint Brieuc (22)

Instance de Coordination Gérontologique Cysoing,
Phalempin (59)

Réseau 25,
Besançon (25)

Réseau de soins palliatifs,
Tarbes (65)

RHEVOC,
Besançon (25)

Réseau Ville Hôpital Clinique de Mâcon,
Mâcon (71)

Réseau régional de soins palliatifs,
Besançon (25)

Coordination Gérontologique de Chalus ACAFPA,
Les Cars (87)

Réseau de Santé du Haut-Nivernais,
Clamecy (58)

REVEDIAB,
Montgeron (91)

Réseau des premiers soins urgences,
Château-Chinon (58)

Réseau Sanitaire et Social de Pratiques Coopératives,
Créteil (94)

Nous remercions les réseaux qui ont participé à la première phase de cette étude :

Réseau ESPOIR ,
Saint Apollinaire, (21)

Maison de Santé Urgences,
Roubaix (59)

Réseau de soins palliatifs
Quetigny (21)

Réseau TREFLES,
Armentières (59)

Réseau Ville Hôpital Côte-d'Or
Dijon (21)

Réseau Gérontologique Vaugirard,
PARIS (75)

URVH Sida,
Besançon, (25)

Instance de coordination gérontologique,
Villeneuve sur Yonne (89)

Réseau ASAVED,
Dole (39)

Réseau SPOD
Limoges (87)

Nous remercions les partenaires institutionnels qui ont participé à la réunion de restitution de l'étude en octobre 2001.

Dr Philippe CHOSSEGROS
CNR

Mme Emmanuele MENGUAL
COFRES

Dr Michel GOGUEY
ARH Franche-Comté

Dr Bernard ORTOLAN
URML Ile-de-France

Dr Marianne GUILLONNEAU
DGS

Mme Dominique OSSELIN
CNAM

Mme Huguette MAUSS
DHOS

M. Olivier SUZANNE
URCAM Nord Pas de Calais

La recherche documentaire a été effectuée par le service documentation de l'ANAES.

Nous remercions les membres de l'ANAES qui ont relu ce document ainsi que le Dr Philippe LOIRAT, président du conseil scientifique plénier de l'ANAES, le Dr Gérard GOZET et le Pr Alain VERGNENEGRE, rapporteurs auprès du conseil scientifique de l'ANAES.

SOMMAIRE

<u>Préambule</u>	5
<u>I. État des lieux des réseaux</u>	7
<u>I.1. Éléments de définition</u>	7
<u>I.2. Rappel du cadre juridique des réseaux & évolutions</u>	8
<u>I.3. Les réseaux en pratique</u>	8
<u>II. Observation comparée des réseaux enquêtés</u>	10
<u>II.1. Caractères structurants des réseaux</u>	10
<u>II.1.1. A l'interne, en matière de fonctionnement</u>	10
<u>II.1.2. A l'externe, à partir des points de vue influant sur la régulation et le contrôle de l'activité réseau</u>	13
<u>II.1.3. Critères discriminants liés au fonctionnement des réseaux</u>	17
<u>III. Préconisations pour l'évaluation des réseaux</u>	21
<u>III.1. Rappel de quelques aspects méthodologiques</u>	21
<u>III.2. Cadre méthodologique de la démarche évaluative des réseaux</u>	22
<u>III.3. Préconisations</u>	26
<u>IV. Conclusion</u>	34
<u>annexe 1 - schéma d'étude de la mission</u>	35
<u>annexe 2 – synthèse du document anaes 1999</u>	44
<u>Références</u>	35

PREAMBULE

L'ANAES doit s'engager dans la démarche d'accréditation des réseaux de soins devenus aujourd'hui un des maillons incontournables du système de santé.

Elle a produit un premier recueil en 1999 intitulé « Principes d'évaluation des réseaux de santé » (1) qui avait pour objet de favoriser la compréhension sur ce que sont les réseaux de santé et de proposer des méthodes d'évaluation interne et externe des réseaux de santé.

Dans le cadre du programme de travail 2000, l'ANAES a procédé à l'observation de réseaux en activité afin de rendre compte de la réalité de l'activité et de la vitalité des réseaux de soins et structurer ainsi sa démarche évaluative. On constate en effet un décalage important entre l'image que les réseaux donnent à voir de l'extérieur, notamment aux institutions, et leur fonctionnement réel. Cette démarche répond à un besoin de grilles de lecture plus opérationnelles pour appréhender le concept de réseau, l'évaluer, et envisager à terme une accréditation des réseaux. Ce document s'adresse avant tout aux acteurs promoteurs des réseaux de soins.

Cette étude s'appuie sur un choix méthodologique de démarche pragmatique et empirique d'observation des modalités réelles de fonctionnement des réseaux. Ce choix est lié aux caractéristiques expérimentales du sujet tant du point de vue du cadre institutionnel que des acteurs.

D'une part, les ordonnances de 1996 (2, 3) associent le concept de réseau de soins à celui d'expérimentation dans le but de favoriser la créativité des promoteurs. Cette absence volontaire de repères donnés, a priori, s'est traduite dans le temps par l'émergence d'une grande diversité de dispositifs.

D'autre part, la notion de réseau peut être approchée comme une construction sociale autour de problématiques singulières relevant d'un processus d'innovation (4). Les acteurs de terrain ont développé des trames organisationnelles spécifiques à leurs contextes et à leurs histoires. La première phase d'étude menée par l'ANAES sur l'évaluation des réseaux de soins a apporté des références documentaires élargies autour de 4 cadres d'évaluation : médicale, économique, satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs, programmes de santé.

Le choix méthodologique retenu pour cette deuxième phase d'étude menée par l'ANAES d'une démarche pragmatique s'appuie donc volontairement sur le champ des sciences sociales tant du point de vue des modèles mobilisés que des méthodes d'investigation pour apporter un éclairage différent et essentiel à la compréhension du fonctionnement des réseaux. « *Dans toute évaluation de soins et de pratiques professionnelles il existe à l'évidence une composante sociale qu'il faudra de plus en plus intégrer* »(5). Cette approche répond ainsi aux perspectives ouvertes par de récentes publications sur l'évaluation des réseaux de soins « *selon des modalités à inventer qui emprunteraient aux sciences de l'organisation* »(6), notamment la mobilisation de cadres conceptuels se référant à la sociologie des organisations(7).

Il a été privilégié l'approche organisationnelle, permettant d'étudier les processus de « structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance » (8) (9). Ce point de vue permet d'appréhender les réseaux comme la construction « *d'une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels* » (1) dans leur environnement institutionnel et réglementaire.

Le recueil est composé de 3 parties :

- un état des lieux des réseaux mettant en évidence les évolutions depuis le document de 1999 ;
- le résultat de l'observation comparée des réseaux détaillant d'une part les caractères structurants des réseaux, d'autre part les critères discriminants liés à leur fonctionnement ;
- les préconisations en regard, en matière d'évaluation ;

En annexe :

- le schéma de l'étude ;
- la synthèse du recueil ANAES de 1999 ;

I. ÉTAT DES LIEUX DES RESEAUX

La campagne d'observations menée sur le terrain permet de confirmer l'existence d'une *réelle dynamique de mise en réseau des professionnels de santé*. Cette dynamique est aujourd'hui *non stabilisée et en mouvement*.

Les réseaux donnent à voir dans leur présentation externe et institutionnelle *une organisation relativement encadrée et souvent identique d'un réseau à l'autre*. On constate néanmoins, sur le terrain, *la singularité de chaque réseau* tant du point de vue de sa *structuration* que de son *avancement* ou de ses *pratiques*.

I.1. Éléments de définition

Le guide de 1999 (1) inclut les réseaux de soins dans un concept plus large de réseaux de santé défini ainsi :

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé. »

La pluralité des configurations possibles des réseaux de santé rend nécessaire de préciser en préalable certains éléments qui les caractérisent. La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation des réseaux.

« Les réseaux se caractérisent par leurs finalités (domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, types d'activité), leurs objectifs opérationnels, leurs intervenants (membres ou partenaires du réseau), leurs modalités d'organisation (modalités d'intégration des professionnels, modalités d'adhésion des usagers, modalités de coordination, compétences et partage des tâches avec les acteurs), leurs modalités de circulation de l'information, leurs modalités de financement des activités du réseau, leurs cadres d'analyse de leur performance. »

Cette définition a été largement utilisée dans les dossiers recueillis par l'ANAES ainsi que dans de nombreuses publications sur le sujet confortant sa pertinence vis-à-vis des réseaux. Cette définition, ainsi validée, a servi de cadre d'analyse à l'observation.

I.2. Rappel du cadre juridique des réseaux & évolutions

La liste exhaustive des nombreux textes juridiques concernant le développement des réseaux de soins en France a été très largement abordée dans le premier recueil. Néanmoins certains textes parus depuis cette publication sont importants à rappeler par leur caractère structurant :

- *La circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux.* Cette circulaire a contribué, par sa définition, sa typologie des réseaux et son cahier des charges à structurer une configuration relativement commune des réseaux de santé.
- *La création du Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999 précisé par le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999.* Ce fonds ayant pour but de « participer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et de contribuer au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation » a constitué dès sa première année un vecteur de développement pour les réseaux. 70 % des projets retenus pour l'année 2000 ont pour objectif la coordination des interventions de professionnels (10). Les cahiers des charges FAQSV ont par retour incité les réseaux à donner une visibilité sur leur fonctionnement.
- *La loi de financement de la Sécurité sociale 2001.* Cette loi prévoit une procédure d'agrément régionalisée pour les réseaux expérimentaux de type Soubie.
- *Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.* Ce projet prévoit un article sur le cadre juridique des réseaux. Ce nouveau cadre aura pour objet « d'encourager cette dynamique par des mesures législatives »(11).

L'ensemble de ces textes contribue à promouvoir le développement des réseaux et à en structurer leurs contours. Pour autant, l'expérimentation continue au-delà de la formalisation arrêtée par les textes.

I.3. Les réseaux en pratique

La campagne d'observations menées sur le terrain permet de confirmer l'existence d'une réelle dynamique de mise en réseau des professionnels de santé.

L'analyse de la trace documentaire fournie par les réseaux donne à voir une présentation de leur organisation relativement encadrée et souvent identique d'un réseau à l'autre. Chaque item attendu par les institutions de référence est documenté et argumenté. Cette situation est renforcée par la mise en place des nouvelles procédures de financement apportant en région des « documents guides pratiques » intégrant des cahiers des charges types. Ces documents, ayant pour but d'apporter une aide

logistique au montage de projet ont harmonisé par leur mode d'emploi l'affichage externe des réseaux.

On constate néanmoins sur le terrain, la singularité de chaque réseau tant du point de vue de sa structuration que de son avancement ou de ses pratiques. La dynamique réseau est aujourd'hui toujours en mouvement et en quête d'ajustement. La plupart des réseaux, même les plus anciens, sont en cours « d'agrément » ou viennent d'être reconnus (agrément ARH, Soubie, Comité régional des réseaux s'il existe, etc.). Selon leur spécificité ou leur histoire, leur reconnaissance passe souvent par des interlocuteurs dispersés (Ville, ARH, URCAM, Conseil général, etc.) ne favorisant pas une conception globale de leur fonctionnement. Cette reconnaissance est limitée en outre dans le temps selon la durée des financements, encore expérimentaux pour la plupart, ne permettant pas la vision à long terme du développement des projets initiés.

II. OBSERVATION COMPAREE DES RESEAUX ENQUETES

Le travail mené sur le terrain avait pour objet d'observer la réalité du fonctionnement quotidien des réseaux, et de partager avec les participants leur conception de l'évaluation et les réalités de sa mise en œuvre sur le terrain. L'observation comparée des réseaux détaille d'une part *les caractères structurants des réseaux*, d'autre part *les critères discriminants liés à leur fonctionnement*.

II.1. Caractères structurants des réseaux

II.1.1. A l'interne, en matière de fonctionnement

Les réseaux sont avant tout singuliers. Les caractères structurants sont ainsi différents d'un réseau à l'autre selon leur histoire, notamment la nature de leur émergence, quelle que soit la thématique prise et leur environnement, qu'il soit géographique, sanitaire, institutionnel, politique. Lors de leur émergence, la singularité des réseaux est fondée sur des liens individuels validés avec le temps.

La pérennité et la pertinence des réseaux se fondent ensuite sur leur capacité à transformer les relations interindividuelles développées entre leurs membres à l'origine de leur projet en une action collective stable. Au-delà du temps nécessaire d'apprentissage commun, la mise en place de moyens et de nouvelles compétences facilite la mise en œuvre de ce processus.

Les réseaux sont avant tout singuliers. Les caractères structurants sont ainsi différents d'un réseau à l'autre selon leur histoire, notamment la nature de leur émergence, quelle que soit la thématique prise et leur environnement, qu'il soit géographique, sanitaire, institutionnel, politique. Lors de leur émergence, la singularité des réseaux est fondée sur des liens individuels validés avec le temps.

- **L'ensemble des acteurs réseaux resitue l'origine de leur action sur 5 à 6 ans voire même 10 ans et plus.**

Les réseaux observés font état en règle générale d'une histoire conjointe entre des professionnels et des institutionnels « visionnaires » locaux (directeur d'hôpital, directeur CPAM, médecin de DDASS, ARH, etc) autour de besoins pressentis ou mesurés : nécessité d'une continuité ville/hôpital, maintien de l'outil de travail des professionnels ou développement de celui-ci sur d'autres enveloppes budgétaires, mise en commun de compétences pour gérer des situations quotidiennes complexes, valorisation d'activités nouvelles, réponse plus adaptée à une demande ou un besoin perçu, etc.

- **Les réseaux observés font état, à quelques exceptions près, de l'existence d'une action collective informelle autour du projet avant sa formalisation.**

Au-delà des liens déjà créés entre les individus, dans la majorité, les réseaux font état du temps important consacré à l'élaboration de leur projet, pour aller informer, convaincre du bien-fondé de leur démarche et recruter. Ce temps est ressenti comme d'autant plus lourd par les promoteurs qu'il intervient avant toute reconnaissance et donc tout financement. Certains promoteurs limités dans leur

temps pour des raisons d'exercice professionnel externe ou de financement expriment leurs difficultés à développer leur projet.

- **L'ensemble des réseaux cite la qualité des relations entretenues avec les institutions de référence, qu'elles soient locales, régionales ou nationales, comme un facteur de réussite et de pérennité du réseau. Ces relations sont en général interpersonnelles et directes entre acteurs réseaux et acteurs institutionnels.**

Par ces contacts, les réseaux indiquent pouvoir mieux comprendre leur environnement, et donc pouvoir mieux piloter leur projet. Les réseaux soulignent l'interdépendance forte entre leur avenir et la mobilité institutionnelle de leurs interlocuteurs habituels qui souvent portent avec eux leur projet. Cette fragilité est renforcée par la non-pérennité des financements. C'est autour de cette relation que différents réseaux ont ainsi émergé sous l'impulsion conjointe de promoteurs institutionnels et professionnels. Les réseaux ne disposant pas de ces relations qualitatives ressentent des difficultés de développement malgré la qualité et la pertinence de leur démarche.

En revanche, les réseaux indiquent tous l'importance du temps passé à communiquer pour promouvoir leur activité, la faire reconnaître et la défendre.

- **L'organisation en réseau permet ensuite de visualiser les ressources et compétences de chacun et la capacité des uns et des autres à collaborer.**

Dans les discours, les promoteurs et les animateurs des réseaux soulignent la performance de leur organisation. Pour autant tous soulignent le temps passé à faire le lien entre les différents professionnels, à les mettre d'accord, à réguler les dysfonctionnements voire les conflits, à traduire certaines demandes et à rendre transparent le fonctionnement du réseau notamment en terme de concurrence (9). Pour les réseaux, le facteur temps s'affiche donc là aussi comme un critère de réussite.

La pérennité et la pertinence des réseaux se fondent sur leur capacité à transformer les relations interindividuelles développées entre leurs membres à l'origine de leur projet en une action collective stable. Au-delà du temps nécessaire d'apprentissage commun, la mise en place de moyens et de nouvelles compétences facilite la mise en œuvre de ce processus.

- **La dynamique des échanges et sa réussite sont liées dans les discours à la capacité du réseau à mettre en relation des professionnels dispersés et différents n'ayant pas le même degré d'engagement dans l'activité du réseau.**

Dans les discours, au-delà du « *noyau dur des convaincus d'avance* », l'engagement des professionnels dans une activité collective, coûteuse en temps, ne va pas de soi aussi bien dans le milieu des hospitaliers que celui des libéraux. Il existe toujours un « *temps entre le moment où ils signent la charte et le moment où ils deviennent acteurs* ». La plupart des réseaux cherchent à fédérer les professionnels autour de thèmes, d'activités ou de formations. L'élaboration des protocoles est ressentie comme structurante pour le fonctionnement du réseau lorsque ceux-ci ont pu être élaborés collectivement.

L'engagement des professionnels de façon constante et continue est exprimé comme une difficulté mais n'est pas mesuré qualitativement aujourd'hui. Cet engagement est pourtant en règle générale un des objectifs initiaux des réseaux « *faire travailler les gens ensemble* ».

- **En relais de l'implication des promoteurs, la coordination et l'animation du réseau semblent se distinguer dans les discours comme des fonctions essentielles à sa réussite.**

Néanmoins pour beaucoup de réseaux, les fonctions de coordination et d'animation sont souvent mal définies et sous-estimées à la mise en place du projet, entraînant par la suite des difficultés de fonctionnement.

La fonction de coordination est en effet spécifique à la notion de réseau : elle répond d'une part aux tâches courantes de gestion mais également à la continuité du développement du projet au quotidien, relayant ainsi les promoteurs du réseau dans l'animation des acteurs. Dans de nombreux cas, la coordination est réduite à la seule dimension de la prise en charge des soins ou du recueil de données par exemple, laissant les membres du réseau dans un relatif isolement faute d'interactions et de liens. Cette situation permet le fonctionnement quotidien du réseau mais ne lui offre pas de capacité de développement.

On constate à l'observation que le financement d'une coordination peut être au démarrage du réseau un facteur de réussite. En revanche, pour la plupart des réseaux, la fonction de coordination est étroitement liée à la précarité de son financement, entraînant, pour les uns, le choix d'une double activité (confusion des rôles), et pour les autres, une difficulté à se projeter dans le temps. La définition et la reconnaissance de cette nouvelle fonction de coordination permettraient sans doute de justifier de son financement pérenne.

- **En revanche, la coordination ne suffit pas seule au pilotage des réseaux. Dans la plupart, des comités pluridisciplinaires sont constitués à cet effet.**

On constate à l'observation que la constitution des comités de pilotage reste très liée à l'histoire de chaque réseau, favorisant souvent les représentativités spécifiques de leur milieu d'émergence. La composition de ces comités représente un élément stratégique du développement ultérieur du réseau, notamment en termes de fonctionnement et de régulation avec les partenaires professionnels ou institutionnels représentés. Ces comités de pilotage, lorsqu'ils existent et travaillent régulièrement, permettent aux réseaux d'assurer le suivi de leur fonctionnement et le développement global de leurs projets. En ce sens, la mise en place d'un comité de pilotage au démarrage du réseau peut être un facteur de réussite (12).

Le manuel de 1999 préconise « un comité de pilotage de l'évaluation » réunissant les représentants des acteurs du réseau, ceux des instances extérieures, ainsi que des experts en évaluation ayant diverses compétences. Il ne remplace pas mais vient en contrepoint du comité de pilotage du réseau. Sur les 14 réseaux observés, seule une minorité l'a mis en place de façon effective en renfort du comité de pilotage ou bureau du réseau. En l'absence du comité d'évaluation pour des raisons d'effectif du réseau et de disponibilité de ses membres, c'est en pratique le comité de pilotage qui assure cette mission.

- **Ces comités de pilotage sont souvent centrés sur la justification de l'activité du réseau et la construction de son image externe plus que sur son pilotage interne.**

La communication et l'évaluation à destination des institutions sont aujourd'hui prioritaires pour la pérennisation de ces toutes jeunes organisations. Les comités de pilotage travaillent à démontrer en externe la qualité des activités du réseau. De ce fait, certains aspects plus complexes ne sont pas réellement abordés lors des travaux de comité. Notamment, la régulation de leur fonctionnement interne et la participation de l'utilisateur n'ont pu encore trouver leur place en regard des enjeux liés à la subsistance même des réseaux.

- **Les réseaux indiquent tous être intéressés par l'évaluation et le suivi de ces modalités d'échange, mais indiquent ne pas avoir mis en place d'indicateurs sur ce sujet.**

L'évaluation des modalités d'échange au sein du réseau est perçue comme essentielle et vitale. Elle participe pour les acteurs à l'élaboration de leur action commune, d'une part, par la réflexion collective qu'elle impose, et d'autre part, par la visibilité qu'elle pourrait apporter.

Les réseaux sont confrontés à la difficulté «d'inventer» leur cadre de référence. Cette situation est renforcée par le contexte expérimental de la mise en œuvre des réseaux, ne leur apportant aucun repère ni mode d'emploi validé déjà «tout fait».

A l'observation, différentes explications peuvent être formulées. Pour certains, ces modalités d'échange restent encore théoriques. Pour d'autres, ces indicateurs ne sont pas prioritaires pour les financeurs et n'ont donc pas encore été développés. Pour tous l'élaboration et le suivi de ces indicateurs restent problématiques sur le plan méthodologique.

II.1.2. A l'externe, à partir des points de vue influant sur la régulation et le contrôle de l'activité réseau

Les réseaux sont fortement influencés par les contingences extérieures. La plupart des réseaux développent des outils et des partenariats en fonction des opportunités et de leur champ d'action, développant au coup par coup des actions isolées.

Avec le temps et selon les opportunités, les réseaux ont pu développer ainsi sur le terrain des programmes d'action en décalage avec les objectifs généraux qu'ils s'étaient fixés initialement. Ces évolutions se traduisent, en termes d'évaluation, pour les uns par une difficulté à poser des critères globaux ou intégrés en prospective, pour les autres par des choix ciblés sur des dimensions prééminentes.

En matière d'évaluation, l'écueil repose donc principalement sur la difficulté des réseaux à définir le contenu de leur réalité tant du point de vue des promoteurs que du point de vue des financeurs. Le rôle de l'évaluateur est prépondérant dans la construction de l'évaluation et donc de la structuration du réseau. Son rôle évolue selon l'état de formalisation du projet.

Les réseaux sont fortement influencés par les contingences extérieures.

- **On constate que les réseaux ont souvent développé des structurations inabouties et non transformées.**

A l'observation, on relève ainsi des réseaux proposant des systèmes en activité mais toujours en recherche d'équilibre, même pour les plus anciens : un concept de prise en charge en quête de traduction opérationnelle, une coopération de professionnels en quête de dimension institutionnelle, une structure en quête de coopération, etc.

- **En effet, la dynamique des échanges et sa réussite sont liées dans les discours à la capacité du réseau à répondre immédiatement à des demandes diversifiées souvent singulières et nouvelles émanant des usagers et des professionnels.**

Les réseaux font émerger des demandes nouvelles en matière de prises en charge. Ils permettent en effet la continuité des soins en apportant au-delà de la simple prise en charge technique une prestation globale aux patients.

L'instance de coordination est souvent confrontée à des demandes singulières. Ces demandes sont « coûteuses » en temps passé et n'ont pas été envisagées au démarrage des réseaux. Il n'existe donc pas aujourd'hui de valorisation de ces actions qui sont menées de ce fait sans contrepartie au détriment d'autres activités du réseau. Cette diversité des besoins et attentes explique aujourd'hui la demande des coordonnateurs de s'entourer de compétences élargies (psychologues, assistantes sociales, juristes, etc.) .

La plupart des réseaux développent des outils et des partenariats en fonction des opportunités et de leur champ d'intervention, développant au coup par coup des actions isolées.

- **L'informatisation de l'échange des données est au centre des préoccupations de l'ensemble des réseaux mais est encore pour la plupart à l'état de projet.**

La plupart des personnes rencontrées travaillent aujourd'hui sur des projets de dossiers patients informatiques communs. La mise au point de ces projets est particulièrement coûteuse en temps, tant pour le volet technique que pour la coordination entre les professionnels. Il semble en revanche que l'on ne peut faire l'économie de cette phase de mise au point, si l'on veut que les acteurs du réseau se l'approprient.

Ce type de démarche, centrée autour d'un outil logistique, occulte souvent, par le temps et l'énergie qu'elle mobilise, les autres actions de développement du réseau.

- **La participation de l'utilisateur reste très hétérogène d'un réseau à l'autre.**

Cette participation varie selon les réseaux et leur histoire. Les réseaux ne considèrent pas dans l'ensemble cette participation comme une priorité bien qu'ils en pressentent tous l'intérêt pour la vitalité du réseau.

Les réseaux n'ayant pas défini de stratégie d'intégration, la participation de l'utilisateur dépend aujourd'hui principalement de sa capacité à s'insérer dans le fonctionnement du réseau offrant souvent peu de visibilité de l'extérieur.

- **Les financements des réseaux sont multiples et non pérennes pour la plupart, chacun dépendant d'enveloppes budgétaires bien distinctes et répondant à des cahiers des charges différents.**

Si les acteurs relèvent l'intérêt de la pluralité des financements (par projet ou appel d'offres par exemple), ils mettent en balance les difficultés de gestion engendrées par ces financements multiples : un cahier des charges à remplir et une évaluation à rendre par financement même pour les plus infimes.

Ces démarches ne contribuent pas à la construction ou au maintien d'une visée globale de l'action du réseau.

- **L'instruction des dossiers ne s'inscrit pas toujours dans la dynamique du réseau.**

Les réseaux rencontrent des problèmes de coordination entre les différentes instances d'agréments. Ce manque de concordance impose souvent des décalages de décision peu compatibles avec la gestion de leur projet.

Ce point est relevé comme un facteur de démobilisation des acteurs réseaux : *« Il faut pouvoir rendre directement opérationnel le projet au moment où il est conçu en groupe pour éviter toute démobilisation. »*

Avec le temps et selon les opportunités, les réseaux ont pu développer ainsi sur le terrain des programmes d'action en décalage avec les objectifs généraux qu'ils s'étaient fixés initialement.

- **On relève un fort décalage entre l'idée initiale exprimée par les documents qui ont permis la formalisation des projets et la réalité sur le terrain.**

Les réseaux relèvent eux-mêmes la continuité de l'élaboration de leurs projets au-delà de leur première formalisation sous l'effet de l'apprentissage organisationnel, des évolutions de leur environnement et du système de santé.

- **Ce décalage est renforcé par la difficulté méthodologique à passer des objectifs initiaux à des objectifs opérationnels décrivant les processus permettant d'atteindre leurs finalités.**

Les acteurs réseaux indiquent ressentir la nécessité d'une description de ces objectifs opérationnels uniquement lors de leur travail pour l'évaluation finale, *« une fois le projet en route »*, contredisant par là même leur démarche initiale de projet. Ces objectifs sont souvent peu aboutis, parfois même peu détaillés ou absents.

Ces évolutions se traduisent, en termes d'évaluation pour les uns par une difficulté à poser des critères globaux ou intégrés en prospective, pour les autres par des choix ciblés sur des dimensions prééminentes.

- **L'évaluation est souvent perçue par les réseaux comme un élément à construire a posteriori.**

L'évaluation est centrée sur les résultats produits (indicateurs médico-économiques) et non sur les moyens mis en œuvre pour aboutir à ces résultats. Elle est centrée sur les programmes nationaux ou régionaux auxquels les réseaux sont associés et pour lesquels ils ont obtenu des financements

- **L'évaluation est aujourd'hui principalement centrée sur les attentes des financeurs en termes de résultats (activité et coût) facilement quantifiables à court terme.**

L'évaluation est ici entendue comme la justification du bien-fondé des financements afin de les reconduire d'une année sur l'autre par un rapport justifiant l'activité ou la mise en œuvre de l'action ciblée.

Le temps consacré aux demandes de financement et à la justification de l'activité est jugé prioritaire pour la survie du réseau. Le temps consacré à ces tâches est important et vient en déduction de celui accordé au réseau.

- **Cette notion d'évaluation est souvent confondue avec la tâche de recueil de données par le réseau.**

Le recueil de données collectées pour l'évaluation qui sera menée à l'extérieur mobilise un temps important non prévu au départ pour les réseaux. Ce travail perçu comme prioritaire pour la pérennité du réseau est souvent répercuté sur le coordonnateur au détriment d'autres dimensions.

En matière d'évaluation, l'écueil repose donc principalement sur la difficulté des réseaux à définir le contenu de leur réalité tant du point de vue des promoteurs que du point de vue des financeurs.

- **L'évaluation est distinguée par les réseaux comme un facteur de réussite structurant pour la pérennité de leur action.**

Pour autant, les réseaux semblent très partagés sur les modalités d'évaluation à mettre en œuvre. Différents facteurs structurent de ce fait leur démarche évaluative :

- l'état d'avancement du projet du réseau: certains réseaux déjà anciens souhaitent par exemple mener une évaluation-bilan qui puisse leur donner une nouvelle visibilité sur leur développement à venir ;
- la recherche de légitimité : certains réseaux fondent leur projet sur un regard évaluatif externe en continu justifiant la légitimité de leur action tant vis-à-vis d'eux-mêmes que vis-à-vis de leur environnement ;
- la recherche de la qualité : certains réseaux ont souhaité mener une démarche évaluative interne intégrée pour défendre la qualité de leurs actions et garder la maîtrise de leur pilotage, y compris vis-à-vis des institutions ;

- la réponse à la commande d'évaluation : certains réseaux optent pour des modalités d'évaluation réduites à des audits de fonctionnement ou à l'analyse de recueils des données répondant à des programmes spécifiques ou aux attentes de leurs financeurs.

Le rôle de l'évaluateur est prépondérant dans la construction de l'évaluation et donc de la structuration du réseau. Son rôle évolue selon l'état de formalisation du projet.

Pour répondre à leurs attentes spécifiques, les réseaux retiennent des évaluateurs en correspondance avec leur typologie. Certains font le choix d'une démarche diagnostique ponctuelle, d'autres d'une démarche d'accompagnement de leur action sur le long terme, d'autres enfin optent pour une démarche d'audit.

Les institutions amènent également parfois à retenir pour les réseaux, des évaluateurs en correspondance avec leurs attentes, leurs besoins propres et les schémas de pensée qui leur sont familiers : économistes, conseil en management, médecins de santé publique, sociologues, etc. Ces choix conditionnent la dimension de l'évaluation produite.

Un petit nombre de réseaux ont choisi de monter et de mener eux-mêmes en interne leur évaluation sans autre intervenant. Ces démarches semblent également pertinentes dans la mesure où elles ont été menées avec la rigueur méthodologique nécessaire.

Les réseaux de soins restent une innovation, qui n'a pas encore produit à ce jour suffisamment de connaissance pour être modélisée et transférable. La mesure d'impact des choix des modalités d'évaluation reste à faire. Néanmoins, la qualité méthodologique des démarches semble, d'après les observations, un facteur important de réussite et de réinvestissement pour les acteurs réseaux.

II.1.3. Critères discriminants liés au fonctionnement des réseaux

On constate à l'observation que les réseaux sont tous singuliers. La demande d'évaluation doit donc permettre de rendre compte de ces activités singulières.

L'histoire des réseaux révèle une structuration progressive dans le temps autour d'une démarche projet. La démarche évaluative suit la chronologie de la démarche projet. Les difficultés rencontrées par les réseaux dans la mise en œuvre de cette démarche portent souvent à la base sur une confusion sur les temps de l'évaluation et sur l'objet à évaluer.

On constate que peu de réseaux ont réussi à mettre en lien objectifs initiaux, moyens mis en œuvre et résultats.

Les réseaux semblent rencontrer, au-delà de leur objectif initial toujours bien réfléchi et affiché, des difficultés dans la construction et le développement de leur projet. Les difficultés rencontrées par les réseaux sont principalement d'ordre méthodologique.

On constate à l'observation que les réseaux sont tous singuliers. La demande d'évaluation doit donc permettre de rendre compte de ces activités singulières.

- Leur singularité est issue directement de la démarche de politique publique qui les a initiés. On entend ici par politique publique «*un programme d'action gouvernementale dans un secteur de la société ou un espace géographique*» (13). Cette démarche vise «*à promouvoir de nouvelles formes de prise en charge des patients*» (2) et à «*mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population*» (3). Ces nouvelles formes centrées sur les besoins de santé ont permis le développement de ces nouvelles organisations issues directement du terrain.

L'analyse de leur histoire et les échanges avec les promoteurs confirment l'intégration des réseaux dans leur environnement. Tous fondent leur légitimité et leur dynamique sur des besoins singuliers identifiés au local.

L'histoire des réseaux révèle une structuration progressive dans le temps autour d'une démarche projet.

- A l'émergence du réseau, les promoteurs définissent leurs objectifs initiaux généraux visant à mettre en place une collaboration entre professionnels sur un territoire donné pour apporter des soins de qualité.
- En regard de ces finalités, ils définissent ensemble leurs objectifs opérationnels permettant d'élaborer leur programme.
- Sur ces bases ils peuvent envisager les moyens tant du point de vue de la structure que des processus à mettre en œuvre pour atteindre les résultats escomptés.

L'observation relève un paysage très hétérogène montrant des projets en cours d'élaboration à tous les stades de développement. Certains réseaux pour les plus anciens ont déjà renouvelé leur projet fondateur sur de nouveaux objectifs.

La démarche évaluative suit la chronologie de la démarche projet.

- En intervenant dès le démarrage du processus, l'évaluation permet de mettre en lien à chaque stade du projet les objectifs généraux du réseau, les moyens et la mesure de ses résultats. «*Elle montre la traduction opérationnelle des intentions de départ et constate de facto les modifications apportées aux objectifs initiaux*» (14). Elle garantit à terme la pertinence du projet, la cohérence de son évolution et son développement.

Les difficultés rencontrées par les réseaux dans la mise en œuvre de cette démarche portent souvent à la base sur une confusion sur les temps de l'évaluation et sur l'objet à évaluer.

- On constate ainsi que les réseaux portent en priorité leurs efforts sur leur développement vital en phase de création. Ils centrent leurs efforts en matière d'évaluation sur les demandes ciblées des financeurs et non sur l'évaluation de leur projet. Cette situation est accentuée par la multiplicité des financements et les tâches très importantes de recueil de données qu'ils sont amenés à traiter pour y répondre. La difficulté à monter leur projet a souvent en outre rejeté la démarche d'évaluation en bout de processus, la confrontant directement aux échéances des financements.

Sur le terrain, la démarche d'évaluation est ainsi menée à posteriori, initiant des décalages entre les objectifs initiaux des promoteurs et les objectifs de l'évaluation mesurant souvent un objet différent de celui initié à la création du réseau. L'évaluation se retrouve centrée « *sur les objectifs des structures porteuses dont le nombre et la configuration des partenaires évoluent* » (1) au détriment de sa propre dynamique.

Le cadre de l'évaluation exclut de ce fait les critères de fonctionnement du réseau. Ce contexte peut remettre en cause la richesse de ce nouveau type d'organisation « *où l'importance de la participation organisationnelle, c'est-à-dire des activités de recueil et de traitement collectif d'informations destinées à préparer, à prendre et à suivre l'application des micro-décisions liées au travail* » (15) est vitale. On relève ainsi les difficultés de certains réseaux à se développer faute de visibilité.

On constate que peu de réseaux ont réussi à mettre en lien objectifs initiaux, moyens mis en œuvre et résultats.

Différentes raisons peuvent être évoquées :

- **La démarche évaluative n'a pas été intégrée au démarrage du projet mais formulée a posteriori.**

Le décalage dans le temps entre la formulation des finalités du réseau et l'évaluation révèle souvent une évolution notoire du projet ne permettant plus la mise en regard entre finalités et résultats.

L'évaluation porte un jugement sur des résultats en décalage avec les objectifs initiaux sans mise en lien, passant souvent directement, sous la pression des demandes de financement, à la construction ou à la reprise d'indicateurs inadaptés ou oubliés des objectifs initiaux. Cette situation est systématiquement rencontrée lorsque le projet n'a pas été élaboré a priori et négocié avec les institutions de référence.

- **Les objectifs généraux du projet ne permettent pas dans leur formulation le développement a posteriori d'objectifs opérationnels clairs et vérifiables.**

Les réseaux relèvent le peu de temps, le peu de moyens et le manque d'accompagnement qu'ils ont eu pour formaliser leur projet en regard d'une élaboration souvent longue et complexe. Cette démarche est d'autant plus difficile qu'elle doit répondre à de multiples attentes issues de partenaires différents.

- **L'évaluation quand elle n'est pas intégrée à la démarche de projet ne permet pas son suivi.**

Les résultats produits par les évaluations n'apportent pas toujours aux réseaux les informations nécessaires à l'amélioration de leur fonctionnement. Notamment, dans certains réseaux le système de suivi mis en place répond principalement à des demandes de justifications externes sans intérêt particulier pour les acteurs. Pour autant, cette régulation semble exister de façon informelle dans nombre de réseaux, ajustant au quotidien leurs actions sur le terrain sans réelle valorisation pour leur pratique collective.

Les réseaux semblent rencontrer, au-delà de leur objectif initial toujours bien réfléchi et affiché, des difficultés dans la construction et le développement de leur projet. Les difficultés rencontrées par les réseaux sont principalement d'ordre méthodologique.

III. PRECONISATIONS POUR L'EVALUATION DES RESEAUX

III.1. Rappel de quelques aspects méthodologiques

- **Lors des observations il a été constaté qu'il existait pour les réseaux une confusion sur les temps de l'évaluation et sur l'objet à évaluer.**

A l'analyse, la structuration du réseau s'organise dans le temps selon un scénario qui se développe en suivant des étapes clés.

On peut mettre en lien chacune de ces étapes chronologiques avec un temps fort du développement de la démarche projet :

Temps 0	⇒	Emergence du projet	⇒	Elaboration de la conviction partagée des promoteurs
Temps 1	⇒	Formalisation du projet	⇒	Montage du projet de réseau par les promoteurs
Temps 2	⇒	Contractualisation du projet	⇒	Passation du contrat entre les différents partenaires internes et externes
Temps 3	⇒	Structuration du projet	⇒	Fonctionnement du réseau
Temps 4	⇒	Régulation du projet	⇒	Bilan de l'action du réseau et réajustement éventuel de son action

- **Le réseau est une « structure à projet » (16). La démarche évaluative ne peut être détachée de la démarche de projet, principe fondateur de l'organisation réseau.**
- Pour cette raison, il a été retenu de présenter les préconisations sur une grille liant chronologiquement les étapes principales du développement du réseau avec la démarche évaluative associée. Les préconisations s'appuient sur cette temporalité en 5 temps. D'autres présentations auraient pu être retenues valablement.
- Si la démarche de terrain ne semble pas toujours suivre ce déroulement théorique, on peut néanmoins distinguer, au travers de l'étude menée, les critères discriminants d'une méthodologie d'évaluation adaptée au fonctionnement en réseau.
- Les préconisations s'appuient et renvoient, sur un certain nombre de points, au recueil ANAES de 1999 (1).

III.2. Cadre méthodologique de la démarche évaluative des réseaux

CHRONOLOGIE	PROJET	STRUCTURATION DU RESEAU	DEMARCHE EVALUATIVE	ACTEURS CONCERNES
<p>ETAPE 0 Le temps des convictions</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Histoire des promoteurs entre eux. 	<p>Emergence du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Une histoire conjointe autour de besoins pressentis ou mesurés. ➤ Elaboration de la conviction partagée des promoteurs. 	<p>Intérêts communs des promoteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en relation des promoteurs autour d'intérêts individuels et généraux communs. 	<p>Champ des possibles (préconisation 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Echanges autour des possibles finalités d'une action commune à organiser. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Professionnels promoteurs du réseau.
<p>ETAPE 1 Le temps du montage</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Montage du réseau en cohérence avec son environnement. 	<p>Formalisation du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Négociation entre les promoteurs de la formalisation des finalités de l'organisation. ➤ Visibilité du projet vers son environnement. 	<p>Inscription du réseau dans l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscription du projet autour d'un besoin singulier identifié : enquêtes préalables, revue de littératures, épidémiologie, etc. ➤ Inscription du projet autour des attentes individuelles des acteurs. ➤ Inscription du projet dans les textes et programmes de santé régionaux et nationaux. 	<p>Objectifs généraux (préconisations 2 & 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Définition du besoin singulier. ➤ Elaboration d'un consensus négocié autour de la finalité du réseau. ➤ « La multiplicité des définitions et des types de réseaux impose ce préalable de façon que la coordination du réseau et des futures interactions ne pâtisse pas de cette inadéquation initiale » (16). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensemble des acteurs concernés par la problématique et le champ du réseau : ➤ promoteurs réseaux ; ➤ professionnels ; ➤ institutionnels ; ➤ financeurs potentiels ; ➤ et suivant la nature du réseau une première représentation usagers.

CHRONOLOGIE	PROJET	STRUCTURATION DU RESEAU	DEMARCHE EVALUATIVE	ACTEURS CONCERNES
ETAPE 2 Le temps du contrat	Contractualisation du projet	Description du réseau	Objectifs opérationnels (préconisations 4 et 5)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Négociation du contrat, du programme d'action, et des financements qui vont permettre sa mise en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formalisation avec les partenaires internes et externes des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour arriver aux résultats escomptés. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Description du projet, de son programme et des scénarios de fonctionnements possibles et attendus. ➤ Description des 4 dimensions de l'action du réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ qualité des soins ; ➤ intégration des usagers et des acteurs dans le réseau ; ➤ fonctionnement du réseau ; ➤ dimension économique centrée sur l'action du réseau. ➤ Ces dimensions doivent être centrées sur l'échelle de l'action du réseau et non faire référence à des cadres généraux régionaux ou nationaux. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboration négociée des scénarios prospectifs et construction des indicateurs en regard après élaboration des critères afférents : ➤ à partir des différents points de vue des partenaires du réseau <ul style="list-style-type: none"> mais ➤ centré sur sa finalité. ➤ Elaboration des critères et indicateurs à partir des 4 dimensions de l'action du réseau. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les cosignataires de la convention du réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ promoteurs réseaux ; ➤ professionnels ; ➤ ARH qui ont pour mission de donner l'agrément aux réseaux dans le cadre de l'article L132-31-1-5 du Code de santé publique ; ➤ le COFRES qui a pour mission de donner un avis technique avant agrément ministériel dans le cadre de l'article L132-31-1-5 du Code de la Sécurité sociale. Cette commission siège encore à ce jour au niveau national. ; ➤ depuis peu des Comités régionaux des réseaux se sont constitués pour donner des avis techniques sur les projets de réseaux. Ces comités regroupent l'ensemble des institutionnels et des représentants des professionnels ; ➤ autres institutionnels concernés ; ➤ financeurs.

CHRONOLOGIE	PROJET	STRUCTURATION DU RESEAU	DEMARCHE EVALUATIVE	ACTEURS CONCERNES
ETAPE 3 Le temps du fonctionnement	Structuration du projet	Ajustement de l'action du réseau	Suivi du réseau et évaluations d'étape (préconisation 6)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fonctionnement du réseau. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place des coordinations entre les partenaires internes et externes permettant des régulations et des contrôles d'étapes jusqu'à un fonctionnement « en routine » de la dynamique du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en œuvre du réseau. ➤ Mise en œuvre des organes de pilotage du réseau : CA, bureaux, comité de pilotage, d'évaluation, etc. ➤ Mise en œuvre du contrat, des chartes, protocoles, et outils d'échange du réseaux, etc. ➤ Mise en œuvre régulière d'évaluations d'étapes permettant un réajustement négocié de l'activité du réseau. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Suivi de la mise en lien des objectifs opérationnels et des actions du réseau au travers des outils de coordination : <ul style="list-style-type: none"> ➤ rapports d'activités ; ➤ CR des CA, des comités, etc. ➤ Evaluations régulières des résultats attendus dans les scénarios prospectifs : <ul style="list-style-type: none"> ➤ ajustement du fonctionnement du réseau à l'épreuve de la réalité en cohérence avec sa finalité par des bilans d'étapes ciblées. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de pilotage du réseau. ➤ Comité d'évaluation du réseau s'il existe. ➤ Pôle de coordination du réseau. ➤ Ensemble des acteurs concernés par le suivi du projet : <ul style="list-style-type: none"> ➤ professionnels ; ➤ institutionnels ; ➤ financeurs ; ➤ représentation usagers.

CHRONOLOGIE	PROJET	STRUCTURATION DU RESEAU	DEMARCHE EVALUATIVE	ACTEURS CONCERNES
ETAPE 4 Le temps du bilan	Régulation du projet	Mesure de la performance du réseau	Evaluation (préconisation 7)	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan et réajustement pour permettre l'évolution du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation du projet au stade du bilan : <ul style="list-style-type: none"> ➤ des résultats attendus selon le projet initial ; ➤ de la cohérence du projet à l'épreuve de ses évolutions et de son environnement ; ➤ de la dynamique du projet. ➤ Régulation négociée du projet entre les partenaires internes et externes. ➤ Formalisation avec les partenaires internes et externes des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour le renouvellement du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Production des résultats obtenus selon les 4 dimensions de l'action du réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ qualité des soins ; ➤ intégration des usagers et des acteurs dans le réseau ; ➤ fonctionnement du réseau ; ➤ économique centrée sur l'action du réseau. ➤ Validation de la performance du réseau selon 5 dimensions de programme : <ul style="list-style-type: none"> ➤ la pertinence ; ➤ la cohérence ; ➤ l'efficacité ; ➤ l'efficience ; ➤ l'impact. ➤ Réajustement si besoin du projet et de ses objectifs opérationnels ➤ Retour à l'étape 2 	<p>Evaluation globale du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ évaluation de la qualité des soins ; ➤ évaluation de l'intégration des usagers et des acteurs dans le projet du réseau ; ➤ évaluation du fonctionnement du réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ évaluation du pilotage du réseau pour porter un jugement sur la dynamique du projet ; ➤ évaluation de la coordination pour porter un jugement sur l'utilisation des ressources du réseau ; ➤ évaluation de l'action collective pour porter un jugement sur l'engagement des acteurs . ➤ évaluation des scénarios prospectifs pour porter un jugement sur la pertinence du programme ; ➤ évaluation économique centrée sur l'action du réseau mettant en regard : <ul style="list-style-type: none"> ➤ les résultats de l'action du réseau évalués selon les 3 autres dimensions ci-dessus avec ➤ son budget. ➤ pour porter un jugement sur la qualité de sa gestion financière et son efficience. 	<p>➤ Phase 1 – lors de la première évaluation finale en fin de 1er cycle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ANAES Apport méthodologique à la démarche d'évaluation par l'élaboration d'un cahier des charges d'évaluation des réseaux. ➤ Pour le réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de pilotage du réseau. ➤ Comité d'évaluation du réseau s'il existe. ➤ Pôle de coordination du réseau. ➤ Ensemble des acteurs concernés par le suivi du projet : <ul style="list-style-type: none"> ➤ professionnels ; ➤ institutionnels ; ➤ financeurs ; ➤ représentation usagers. ➤ Phase 2 – en cours de 2° cycle : <ul style="list-style-type: none"> ➤ ANAES Accréditation du réseau selon manuel d'accréditation des réseaux (à établir par l'ANAES). ➤ Pour le réseau : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comité de pilotage du réseau. ➤ Comité d'évaluation du réseau s'il existe. ➤ Pôle de coordination du réseau. ➤ Ensemble des acteurs concernés par le suivi du projet : <ul style="list-style-type: none"> ➤ professionnels ; ➤ institutionnels ; ➤ financeurs ; ➤ représentation usagers.

III.3. Préconisations

PRECONISATION 1 : L'évaluation s'inscrit obligatoirement dans les temps clés de la démarche projet et ce dès l'initiation du dossier. La question de l'évaluation est avant tout une question de méthodologie.

La démarche projet est prospective.

Dès son initiation, le projet de réseau se fonde sur une finalité négociée par les promoteurs. Les promoteurs élaborent en regard de cette finalité le dispositif nécessaire pour l'atteindre et les résultats attendus. Le cadre d'évaluation est élaboré ensuite lors de la phase de montage (étape 1) selon les scénarios envisagés et négociés par le réseau avec son environnement.

On observe que les réseaux, qui du fait de leur histoire n'ont pas eu ce temps d'émergence informelle, sont souvent confrontés à un temps d'apprentissage collectif et de négociation plus long lors de la phase de montage. On ne peut faire l'économie de ces négociations entre promoteurs autour des finalités du réseau et de son cadre d'évaluation. Elles constituent la première phase d'élaboration du réseau.

Toute évaluation construite à posteriori perd de son sens pour les acteurs et pour les institutions en courant le risque d'être en décalage avec les objectifs initiaux envisagés par les promoteurs. Dans ce contexte, l'évaluation ne peut apporter un regard pertinent sur l'action menée et perd en outre son caractère endoformatif, c'est-à-dire qu'elle ne peut plus « *alimenter une rétroaction directe sur le programme dont elle contribue à améliorer la gestion* » (14).

PRECONISATION 2 : L'évaluation se fonde sur la définition négociée collectivement par les promoteurs de ce qu'est leur projet de réseau. La phase de définition négociée du projet doit inscrire le réseau dans toutes les dimensions de son environnement.

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins. » (ANAES 1999) (1)

Chaque réseau doit construire collectivement son projet en y inscrivant ses spécificités : intervenants, compétences disponibles, domaines d'intervention, pathologies, populations spécifiques ou générales, contexte et territoire d'intervention, etc. Cette définition doit être posée au préalable, négociée et acceptée par l'ensemble des intervenants.

« *La multiplicité des définitions et des types de réseaux impose ce préalable de façon que la coordination du réseau et des futures interactions ne pâtisse pas de cette inadéquation initiale.* » (17)

La phase de montage du réseau doit inscrire le projet en cohérence avec son environnement :

- autour d'un besoin singulier identifié : enquêtes préalables, revue de littératures, épidémiologie, etc ;
- autour des attentes individuelles des acteurs professionnels, institutionnels, usagers ;
- dans les textes et programmes de santé régionaux et nationaux.

C'est ce qui va permettre de formuler les objectifs généraux du projet en cohérence avec ses membres et son environnement et donner ainsi une première visibilité au réseau.

PRECONISATION 3 : L'évaluation se fonde sur la définition des objectifs généraux. Les objectifs généraux du projet doivent relier la définition du réseau, son inscription dans l'environnement, ses finalités, c'est-à-dire relier dans une même formulation : ce qu'est le réseau, ce qu'il vise, pour quel résultat général, dans le contexte réglementaire et environnemental dans lequel il projette d'évoluer.

Les objectifs généraux définissent la finalité du réseau, c'est-à-dire ce qui est le but et la fin du réseau en regard de sa définition.

Ces objectifs sont dynamiques et doivent permettre de mettre en mouvement l'action du réseau, c'est-à-dire permettre de penser l'action pour formuler ultérieurement des objectifs opérationnels qui définiront précisément l'action et, en déduction, les moyens pour y parvenir.

En lisant la formulation des objectifs généraux d'un projet on doit comprendre quelle que soit sa position (promoteurs, institutionnels, usagers, etc.) ce qu'est le réseau, ce qu'il vise, pour quel résultat général, dans le contexte réglementaire et environnemental dans lequel il projette d'évoluer.

C'est à partir de cette définition que pourra être déduit le modèle d'évaluation. C'est cette condition qui permettra de respecter le sens donné à l'action du réseau.

A titre d'exemple, on retrouve ainsi dans la formulation ci-dessous, la *définition*, la *visée*, le *résultat attendu* dans le contexte *réglementaire et environnemental*.

Exemple 1 : « Le réseau est une organisation interprofessionnelle et inter-établissements qui vise à ce que la personne atteinte de la pathologie X soit prise en charge dans l'établissement qu'exige son niveau de soins en fonction de son lieu de résidence, afin d'éviter, ceci dans les meilleures conditions médicales et psychologiques possibles sur un territoire donné... »

Exemple 2 : « Le projet s'inscrit dans une logique de ... visant à améliorer les pratiques professionnelles, pour cela il propose la construction d'une nouvelle organisation des relations, d'une part des professionnels de santé entre eux, d'autre part entre les professionnels de santé exerçant en ville et les établissements de santé, pour répondre à un moment donné sur un territoire donné, à un problème de santé publique donné, ici la prise en charge de.... »

En revanche, si elle peut jouer le rôle de « *ciment symbolique* » (18) entre les professionnels, une formulation très générale et isolée en guise de finalité, telle que « *Améliorer la qualité de prise en charge des patients* », ne permet pas pour le réseau une vision commune de l'action à mettre en place dans la suite du projet, tant pour les promoteurs que pour leur environnement.

PRECONISATION 4: Le projet de réseau et son cadre d'évaluation doivent être compréhensibles par tous. Les objectifs opérationnels doivent donc être à la base compris et acceptés par l'ensemble des intervenants y compris les usagers. Ils doivent être reliés directement aux objectifs généraux.

La formalisation du contrat doit décrire l'action du réseau de façon explicite et globale pour permettre à chacun, promoteurs comme financeurs, de connaître les engagements pris par chacune des parties. Cette démarche est facilitée lorsqu'il existe un premier organe de pilotage, prémices du futur comité de pilotage. A l'observation, la constitution du réseau en entité juridique facilite la formalisation d'une vision commune de l'action. En ce sens l'élaboration et la cosignature par les intervenants d'une convention globale initiale constituent un critère de réussite.

Les objectifs opérationnels doivent être directement évaluables, « *clairs, quantifiés, vérifiables par l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche et immédiatement utilisables comme critères d'évaluation* » (14).

Les objectifs opérationnels doivent donc être à la base compris et acceptés par l'ensemble des intervenants. Ils doivent être formalisés en termes de résultats attendus et de calendrier pour être vérifiables aisément et permettre individuellement un contrôle sur l'action. Ils doivent pour cela intégrer différentes variables selon la spécificité du réseau (médico-économiques, médicales, épidémiologique, etc.). Ils doivent être de ce fait peu nombreux et ciblés afin de ne pas créer une règle du jeu (19) qui soit ou trop exhaustive et contraignante ou trop disparate et impossible à suivre.

PRECONISATION 5 : Le cadre d'évaluation doit être élaboré, compris et accepté par l'ensemble des intervenants. Ce cadre se développe à partir des quatre référentiels de l'évaluation d'un réseau (1) : l'évaluation de la qualité des soins, l'évaluation de l'intégration des usagers et des acteurs dans le projet du réseau, l'évaluation du fonctionnement du réseau, l'évaluation économique centrée sur l'action du réseau. Ces référentiels doivent être en lien direct avec les objectifs du réseau et centrés sur son action.

Lors de la formalisation du contrat, l'organe de pilotage du réseau doit donc formaliser les points suivants.

- La description du projet, de ses objectifs opérationnels, de son programme et des scénarios de fonctionnement possibles, des résultats attendus, de son cadre d'évaluation, en liaison directe avec la définition et les objectifs généraux formulés lors de l'étape 1.

On doit retrouver dans cette description les 4 cadres de référence de l'évaluation formulés dans le premier recueil ANAES de 1999 (1) : *évaluation médicale, évaluation*

sociale (satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs), évaluation des programmes de santé, évaluation économique.

A l'observation, ces 4 cadres de références se déclinent sur l'ensemble des terrains sous des vocables adaptés à l'activité des réseaux et compréhensibles par tous. Il est proposé en conséquence l'évolution suivante par rapport au document de 1999.

CADRE DE REFERENCES RECUEIL ANAES 1999	CADRE DE REFERENCES MISSION RESEAU 2000
<p>➤ Evaluation médicale</p> <p>➤ L'évaluation des pratiques et de l'organisation des soins.</p>	<p>➤ Evaluation de la qualité des soins</p> <p>➤ L'évaluation des pratiques collectives et de l'organisation des soins en réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ évaluation de la qualité des processus ; ➤ évaluation des résultats obtenus en terme de santé.
<p>➤ Evaluation de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs</p>	<p>➤ Evaluation de l'intégration des usagers et des acteurs dans le projet du réseau</p> <p>intégrant 2 volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ l'évaluation de la participation ; ➤ l'évaluation de la satisfaction.
<p>➤ Evaluation des programmes de santé</p> <p>L'évolution du référentiel d'évaluation des programmes de santé en évaluation du fonctionnement du réseau est motivée pour les raisons suivantes :</p> <p>Selon la définition du recueil ANAES de 1999 un programme est « <i>un ensemble cohérent, organisé et structuré, d'objectifs, d'activités et de ressources, qui se justifie sur la base de besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité et qui est placé sous la responsabilité d'une personne ou de plusieurs personnes qui en répondent</i> ». (20)</p> <p>« <i>L'évaluation d'un programme de santé exige une approche globale, intégrant des éléments d'évaluation médicale, économique et sociale. Cette approche semble pertinente pour aborder l'évaluation des réseaux de santé.</i> » (21)</p> <p>Un réseau peut être assimilé à un programme de santé. Ce cadre de référence inclut en son sein les 3 autres cadres de référence.</p> <p>Pour cette raison, il est préférable d'utiliser ici un référentiel centré à l'échelle du réseau faisant référence directement à son fonctionnement.</p>	<p>➤ Evaluation du fonctionnement du réseau</p> <p>intégrant 4 volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ évaluation du pilotage du réseau pour porter un jugement sur la dynamique du projet ; ➤ évaluation de la coordination pour porter un jugement sur l'utilisation des ressources du réseau ; ➤ évaluation de l'action collective pour porter un jugement sur l'engagement des acteurs ; ➤ évaluation des scénarios prospectifs pour porter un jugement sur la pertinence du programme.

CADRE DE REFERENCES RECUEIL ANAES 1999	CADRE DE REFERENCES MISSION RESEAU 2000
<p>➤ Evaluation économique</p> <p>Différentes méthodes peuvent être employées dans un protocole d'évaluation économique.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La méthode de minimisation des coûts ; ➤ La méthode d'évaluation coût-efficacité ; ➤ Le coût de conformité à un référentiel ; ➤ L'approche par l'économie des organisations. 	<p>➤ Evaluation économique centrée sur l'action du réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ mettant en regard les résultats de l'action du réseau évalués selon les 3 autres dimensions ci-dessus, avec son budget ; ➤ mobilisant les différentes méthodes d'évaluation économique déjà citées en 1999 en fonction des objectifs du réseau ; ➤ pour porter un jugement sur la qualité de sa gestion financière et son efficacité en mettant en regard les moyens prévus, les moyens à disposition, et les résultats.

- Ces cadres de références doivent être centrés sur l'échelle de l'action du réseau, pour être utile avant tout au réseau, et non reprendre directement les références des cadres généraux, régionaux ou nationaux.
- Ces cadres de références doivent être directement en lien avec les résultats attendus de l'action du réseau dans le cadre de son programme.
- Le cahier des charges d'évaluation doit disposer d'un calendrier en cohérence avec le calendrier prévisionnel d'action du réseau. On relève sur ce point la nécessité pour les intervenants de disposer d'une durée et d'un rythme de financement suffisamment longs dans le temps pour mener à bien de façon pertinente les actions envisagées. Des financements dispersés sur des calendriers de court terme ne permettent pas dans les faits de bâtir des calendriers prévisionnels réalistes et cohérents.
- Ces cadres de références doivent permettre la construction en regard d'indicateurs simples, pragmatiques et compréhensibles par tous, « afin de répondre dans leur langage aux différents partenaires ». Ils doivent néanmoins rester centrés sur la finalité du réseau. Ces indicateurs sont attachés au calendrier du réseau.

Les 4 référentiels doivent être mis en lien avec une approche de la performance du réseau selon les 5 dimensions d'un programme (20) :

- la pertinence, qui examine le bien-fondé des objectifs du programme en regard des besoins identifiés ;
- la cohérence, qui vérifie que les moyens, les ressources et les intervenants du programme sont adaptés aux objectifs ;
- l'efficacité, qui compare le niveau des résultats atteints et le niveau fixé par les objectifs ;

- l'efficacité, qui met en rapport les résultats atteints avec les ressources mobilisées ;
- l'impact, qui essaie d'approcher de manière globale les conséquences du programme, en intégrant les effets indirects, positifs et négatifs, et en faisant des hypothèses sur les effets retardés.

Ce dernier point est sans doute le plus difficile à mesurer par les réseaux. On peut à ce titre s'interroger sur une répartition des rôles entre les niveaux d'évaluation à mener, par le réseau à son échelle ou par d'autres sur des échelles plus larges. La mesure d'impact à des échelles départementale, régionale, nationale relève sans doute de ce deuxième ordre.

PRECONISATION 6 : L'évaluation doit permettre le suivi de l'action. Elle va donc prendre différentes formes selon les cadres de référence et le degré d'avancement du projet, mais devra toujours s'intégrer dans la finalité du réseau, pour garantir le sens de son action.

Un système de suivi doit être organisé pour permettre les évaluations d'étapes et l'évaluation finale. On entend par système de suivi la mise en place d'une organisation permettant l'évaluation regroupant au minimum :

- un opérateur qui organise le recueil, gère et met en place les dispositifs d'évaluation avec s'il existe le comité d'évaluation ;
- le comité de pilotage qui interprète les indicateurs et pilote le réseau en conséquence autour d'un outil de gestion, c'est-à-dire :
 - un tableau de bord qui regroupe l'ensemble des indicateurs médicaux, sociaux, programmes, économiques et les données chiffrées les plus significatives. Ces données doivent être synthétiques et simples pour permettre leur compréhension par tous ainsi que cela a été développé précédemment,
 - un relevé permettant la traçabilité des décisions et réajustements pris par le réseau. Notamment l'élaboration systématique de traces écrites, rapports d'activités, PV, des conseils d'administration, des comités, etc, qui se révèlent indispensables pour disposer d'un outil de suivi des activités du réseau.

La démarche évaluative se décompose en deux volets conjoints : un premier volet au travers de l'opérateur qui a pour objet de fournir l'information ; un deuxième volet qui a pour objet d'interpréter les résultats pour valider ou améliorer l'action en cours. On distingue ici dans ce deuxième volet tout l'intérêt de ce suivi au travers des évaluations ou rapports d'étapes. Il permet de donner à voir, aux acteurs internes ou externes réunis au sein du comité de pilotage, l'information tirée de l'analyse des activités et des résultats, pour infléchir ou confirmer le cours de l'action. L'évaluation confirme ici son caractère endoformatif (14). A ce titre, on relève à l'observation l'importance de la composition du comité de pilotage. Un comité réunissant de façon élargie l'ensemble des représentants des acteurs internes et externes concernés par l'action du réseau, notamment professionnels et institutionnels, constitue un facteur de réussite.

Ce système permet de suivre le processus de développement du réseau, en mettant en lien en continu les objectifs opérationnels et les actions du réseau, validant étape par étape, suivant le calendrier du réseau, les objectifs qu'il s'est fixés. Il vérifie notamment l'atteinte des résultats attendus dans les scénarios prospectifs. Ce système permet aussi d'ajuster le fonctionnement du réseau à l'épreuve de la réalité en cohérence avec sa finalité.

Ces bilans d'étapes peuvent avoir plusieurs formes selon la spécificité des objectifs à atteindre. C'est ainsi que peuvent être employés différentes méthodes et outils, comme l'audit clinique dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, les enquêtes de satisfaction, etc.

Le débat existant sur l'objectivité d'une évaluation qui serait menée à l'interne par les acteurs eux-mêmes doit être tempéré. La question de la qualité de l'évaluation porte principalement sur la rigueur de la méthodologie employée. Cette rigueur impose des compétences en matière d'évaluation, notamment pour le recueil des données et l'interprétation des résultats. Ces compétences peuvent être internes ou externes selon le choix et le temps dont dispose le réseau pour mener à bien cette démarche indépendamment de ses autres activités fonctionnelles. Dans tous les cas, l'évaluation doit être valorisée par le réseau en termes de compétence et de moyens, qu'elle soit externe ou menée volontairement en interne. Cette valorisation doit se traduire par des moyens humains, matériels et financiers qui doivent figurer comme tels au contrat du réseau.

PRECONISATION 7 : L'évaluation finale doit évaluer la performance globale du réseau en regard direct de ces objectifs initiaux. Elle a pour objet principal de permettre au réseau d'évaluer son projet et de le réajuster de façon négociée avec l'ensemble de ses partenaires internes et externes pour renouveler leur engagement lors d'un nouveau contrat (retour à l'étape 2).

L'évaluation finale est un temps de bilan. Elle cherchera donc à répondre aux 6 dimensions de l'évaluation d'un réseau de santé développées dans le recueil de 1999 (1)(cf. Résumé du recueil).

Elle doit permettre de formuler un jugement sur le projet du réseau et notamment :

- sur la performance globale du réseau en regard direct de ses finalités ;
- sur la cohérence du projet à l'épreuve de ses évolutions et de son environnement.

Cette évaluation porte sur la globalité du projet. Elle prend en compte les 4 cadres de référence mis en place lors de la contractualisation (cf. préconisation 5).

L'évaluation finale doit être fondée sur la démarche évaluative menée antérieurement par le réseau. Cette évaluation peut être envisagée en externe apportant ainsi une double légitimité à la démarche menée par le réseau.

Cette évaluation finale doit permettre de tirer des enseignements principalement pour le réseau et nourrir une évaluation plus large de la politique publique en général à laquelle participe l'action du réseau.

- Pour le réseau, l'évaluation finale doit déboucher sur la régulation conjointe (19) et négociée du projet entre les partenaires internes et externes et permettre avec eux la formalisation des objectifs et des moyens à mettre en œuvre pour le renouvellement du projet.
- Du point de vue de la politique menée, elle doit chercher à tirer des enseignements généralisables à d'autres programmes ou à d'autres régions (14).

C'est notamment pour cette raison que la phase d'évaluation finale doit être externe, l'évaluation de la politique publique relevant d'un autre champ d'évaluation que celui du réseau.

L'accréditation des réseaux à terme pourra ainsi s'inscrire dans le cadre plus général de l'amélioration de la qualité de l'offre de soins de l'hospitalier à l'ambulatoire.

IV. CONCLUSION

Un premier travail mené par l'ANAES en 1999(1) a consisté à analyser la littérature et à interroger des experts dans le but d'évaluer les réseaux de santé.

Aujourd'hui ce rapport d'étude propose un bilan de l'existant à partir de l'observation des pratiques de terrain. Elle vise à éclairer la démarche évaluative des réseaux de façon pragmatique. En effet, une des missions de l'ANAES étant l'accréditation des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaires et des réseaux de soins, cette étape était indispensable pour anticiper sur les conditions d'accréditation des réseaux.

A l'observation, on relève la diversité des formes organisées en réseaux. Cette complexité formelle est due, d'une part à l'ouverture créée par les textes permettant initialement l'expérimentation, et d'autre part, à l'évolution et à la régulation dans le temps des pratiques entre promoteurs de réseaux et partenaires institutionnels. On constate notamment un fort impact des modalités de financement sur le fonctionnement des réseaux, inscrivant, de ce fait, leur action sur le court terme en contradiction parfois avec leurs objectifs initiaux. Les réseaux connaissent aujourd'hui des difficultés à définir le contenu de leur réalité et à gérer dans le temps la cohérence de leur projet.

Le présent document constitue un premier cadre général. Face à des pratiques encore en recherche d'ajustement, il pose les principes méthodologiques à respecter par les promoteurs et les institutionnels permettant l'élaboration par les acteurs eux-mêmes d'une démarche évaluative sur le long terme nécessaire à la pérennisation de l'expérimentation. Cette démarche varie en fonction des différentes phases de développement du réseau.

Ce document a pour vocation à être utilisé comme un cadre de référence ouvert : hormis les contraintes méthodologiques, il laisse aux acteurs leur capacité d'action et leur autonomie dans le développement de leur projet.

Plusieurs questions restent néanmoins encore posées à l'issue de cette étude, notamment concernant l'évaluation et l'accréditation des réseaux. Deux pistes restent à développer par l'ANAES, dans le cadre de ces missions :

- l'accréditation des réseaux de soins à terme pour permettre de déterminer leurs capacités à mettre en place une dynamique d'amélioration de la qualité. Cette dernière démarche reste néanmoins conditionnée, d'une part, à l'évolution du cadre réglementaire qui permettrait, notamment, de préciser les critères d'agrément des réseaux, et d'autre part, à la mise en place d'une démarche auto-évaluative des réseaux ;
- la structuration du cahier des charges de l'évaluation des réseaux de soins.

ANNEXE 1 - SCHEMA D'ETUDE DE LA MISSION

Sans retour actuel sur expérimentation et sans connaissance fine du sujet à évaluer, on ne peut poser a priori de principes d'évaluation sans passer par une phase de recueil de données auprès des acteurs réseaux.

A partir de la diversité des situations sur le terrain, il s'agit d'élaborer une trame descriptive commune à l'ensemble des réseaux de soins afin de mettre en évidence les critères transversaux structurant leur fonctionnement et assurant leur pérennité.

1. AXES DE TRAVAIL DE LA MISSION

La démarche retenue par le groupe projet comprenait les axes de travail suivants:

AXES DE TRAVAIL CONTENU

Axe 1	➤ Résumé du recueil ANAES élaboré en août 1999 concernant l'évaluation des réseaux de soins.
Recherche Documentaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recensement des publications sur l'année 1999-2000 concernant les réseaux, auprès des banques de données, ainsi qu'auprès des revues professionnelles. ➤ Suivi au quotidien des publications sur ce sujet auprès du service documentation.
Axe 2	➤ Sélection de l'échantillon à partir du fichier DGS, enrichi de certains réseaux issus des contacts du comité de pilotage et de l'ANAES selon les principes suivants :
Recensement et sélection d'un échantillon de réseaux	<ul style="list-style-type: none"> - observation d'une dizaine de réseaux, répartis selon les 4 typologies de la DGS afin de permettre des comparaisons entre 2 à 3 réseaux de chaque type au moins et si possible au moins 2 réseaux par thème pour permettre une approche comparative ; - observation de réseaux dans leur contexte régional (soit 2 à 3 régions) permettant d'identifier les variables géographiques. Sélection de réseaux dans un même bassin de vie afin d'observer les éventuelles interactions entre eux ; - observation de réseaux ayant déjà une existence reconnue pour avoir un recul minimum entre objectifs et fonctionnement. Sont exclus de l'expérimentation les projets de réseaux.
Axe 3	➤ Choisir des réseaux dans lesquels il y a une très grande diversité d'intervenants.
Recueil de données et observations	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Après choix de l'échantillon, établissement d'une monographie simplifiée des réseaux à observer à partir des données documentaires demandées aux réseaux lors de premiers contacts : <ul style="list-style-type: none"> - statuts (convention) ; - activité ; - effectif ; - budget, etc. ➤ Recueil de données auprès des réseaux sélectionnés. Points qui pourraient être observés : <ul style="list-style-type: none"> - le statut juridique des réseaux ;

AXES DE TRAVAIL CONTENU

- l'organisation des réseaux ;
 - le recensement et la qualité des personnes qui portent les réseaux ;
 - le système d'information des réseaux ;
 - la continuité de la prise en charge et du parcours patient ;
 - la sécurité du système ;
 - les coordinations à l'œuvre : coordination des soins ou coordination de professionnels ;
 - les régulations avec les partenaires institutionnels ARH, Conseils Généraux, élus locaux, etc.
- Etablissement de monographies descriptives détaillées permettant de faire émerger des critères discriminants autour de thèmes transversaux à définir et à valider par le groupe projet comme structurants de l'activité réseau :
- coordination des professionnels ;
 - continuité et coordination des soins ;
 - trajectoire patient ;
 - échange d'information autour des patients, autour du fonctionnement du réseau ;
 - formation des professionnels ;
 - satisfaction et place des usagers du réseau (professionnels, patients, etc.).
- Axe 4 ➤ Analyse et échange des premiers résultats avec le comité de pilotage et les réseaux.
- Restitution
des résultats
-

2. RECENSEMENT ET SÉLECTION D'UN PREMIER ÉCHANTILLON DE RÉSEAUX

La mission réseaux a engagé la démarche de recensement et de sélection d'un échantillon de réseaux à observer pour le recueil de données à partir du fichier DGS.

Le tableau ci-dessous rappelle les principaux critères de sélection de l'échantillon de réseaux retenus par le groupe projet:

<i>CRITERES</i>	<i>OBJECTIFS</i>
➤ Observation de réseaux répartis dans les typologies de la DGS	➤ Comparer 2 à 3 réseaux de chaque type
➤ Observation de 2 à 3 réseaux par thème si possible dans chaque typologie DGS	➤ Comparer 2 à 3 réseaux de chaque type
Choisir plusieurs réseaux de proximité ainsi que plusieurs réseaux Soubie	
➤ Observation de réseaux dans leur contexte régional	➤ Identifier les variables géographiques

<i>CRITERES</i>	<i>OBJECTIFS</i>
➤ Observation de réseaux dans un même bassin de vie avec si possible des caractéristiques démographiques différentes entre chaque bassin de vie : population dispersée/dense.	➤ Observer les éventuelles interactions entre réseaux
➤ Observation de réseaux ayant déjà une existence reconnue pour avoir un recul minimum entre objectifs et fonctionnement. Sont exclus de l'expérimentation les projets de réseaux.	➤ Observer des organisations formalisées et reconnues institutionnellement
➤ Observation de réseaux avec si possible des compositions d'intervenants différents (réseaux de professionnels, réseaux réunissant des professionnels et un hôpital, etc.)	➤ Comparer les modalités de fonctionnement des réseaux selon leur composition
➤ Observation de réseaux dans lesquels il y a une très grande diversité d'intervenants	➤ Observer des modalités de coordination et de coopération complexes et différenciées
➤ Choisir des réseaux à dimension sociale	➤ Ouvrir le champ sur les coopérations médico-sociales

3. RECUEIL DE DONNEES DOCUMENTAIRES AUPRES DU PREMIER ECHANTILLON DE RESEAUX

Sur la base de ces critères, la mission a sélectionné 30 réseaux et a engagé une première phase de recueil de données documentaires permettant à son issue de choisir l'échantillon final de réseaux à observer sur le terrain.

La mission réseaux a engagé les démarches suivantes :

- la mission a pris des contacts téléphoniques directs avec les présidents et coordonnateurs de chaque réseau pour valider d'une part la pertinence de la sélection, et d'autre part obtenir leur accord sur leur participation à la démarche proposée par l'ANAES ;
- suite aux accords reçus, un courrier a été adressé à chaque réseau avec une fiche de synthèse à remplir et à compléter de documents. Les retours ont été réceptionnés fin mars 2001.

4. SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON FINAL DE RÉSEAUX

A partir de ce premier recueil, la mission a sélectionné 14 réseaux à observer. Ce choix s'est effectué principalement à partir des critères d'ancienneté, de thématiques et de région.

Le tableau ci-dessous présente l'échantillon de réseaux retenus par le groupe projet :

<i>REGIONS</i>	<i>THEMATIQUES</i>	<i>BASSIN DE VIE</i>
➤ 2 réseaux en Ile-de-France	➤ 2 réseaux de périnatalité	➤ 5 réseaux en région dense
➤ 3 réseaux en Bourgogne	➤ 2 réseaux diabète-risque cardio-vasculaire	➤ 7 en région peu dense
➤ 3 réseaux en Franche-Comté	➤ 2 réseaux gérontologiques	➤ 2 réseaux à vocation régionale
➤ 2 réseaux en Limousin	➤ 1 réseau médico-social, précarité	
➤ 2 réseaux Nord-Pas-de-Calais	➤ 2 réseaux de prise en charge de pathologies lourdes (cancer, sida, etc.) dont 1 réseau Soubie	
➤ 2 réseaux hors critère régional	➤ 2 réseaux de soins palliatifs dont 1 réseau Soubie	
	➤ 1 réseau toxicomanie	
	➤ 1 réseau hépatite C	
	➤ 1 réseau urgences	

5. RECUEIL DE DONNÉES ET OBSERVATIONS SUR LE TERRAIN

La campagne d'observation s'est déroulée du 12 avril au 25 mai 2001.

Cette démarche avait pour objet d'observer la réalité du fonctionnement quotidien des réseaux, mais surtout de partager avec les participants leur conception de l'évaluation et les réalités de sa mise en œuvre sur le terrain.

Les observations se sont déroulées sur des visites d'une journée minimum auprès de chaque réseau en région. Il a été retenu, lorsque cela était possible, des dates permettant la participation à des réunions de fonctionnement des réseaux : comités d'évaluation, réunions techniques, réunions de bureau, réunions de coordination, etc.

En cours d'observation, il est apparu nécessaire pour éclairer les discours des acteurs réseaux de rencontrer les différents intervenants participant de façon directe ou indirecte à l'élaboration des modalités d'évaluation des réseaux, tutelles ARH et URCAM, évaluateurs externes, usagers, etc.

Le tableau ci-dessous synthétise les contacts pris par la mission réseaux :

<i>RESEAUX</i>	<i>CONTACTS</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
RESEAU 1 NORD-PAS-DE-CALAIS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président ➤ Coordonnateur ➤ Directeurs d'établissement ➤ Président CME ➤ Représentant URCAM ➤ Représentant Conseil général ➤ Intervenant informatique ➤ Nombreux médecins libéraux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réunion de présentation du réseau ➤ Discussion technique sur l'évaluation et sur l'échange des données informatiques ➤ Echanges individuels sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés) ➤ RDV individuels avec les 2 chargés de mission guichet unique « réseaux de soins » URCAM Nord-Pas-de-Calais
RESEAU 2 FRANCHE-COMTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordonnateur et équipe de coordination ➤ Usager représentant au CA du CHU ➤ Médecin chargé des réseaux CHU ➤ Médecin de santé publique CHU ➤ Médecin libéral ➤ Représentant ARH ➤ Représentant URCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation réunion du comité d'évaluation du réseau ➤ Participation réunion de synthèse de l'unité de soins ➤ Discussion technique sur l'évaluation et la coordination ➤ Echanges individuels sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés) ➤ RDV individuel avec le conseiller médical chargé des réseaux à l'ARH Franche-Comté ➤ Echange téléphonique avec le chargé de mission « réseaux de soins » URCAM Franche-Comté
RESEAU 3 FRANCHE-COMTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président ➤ Coordonnateur ➤ Médecin généraliste libéral ➤ Représentant ARH ➤ Représentant URCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echanges individuels sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés) ➤ RDV individuel avec le conseiller médical chargé des réseaux à l'ARH Franche-Comté ➤ Echange téléphonique avec le chargé de mission « réseaux de soins » URCAM Franche-Comté

<i>RESEAUX</i>	<i>CONTACTS</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
RESEAU 4 FRANCHE-COMTE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordonnateur ➤ Usager et président association ➤ Représentant ARH ➤ Représentant URCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echanges individuels sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés) ➤ RDV individuel avec le conseiller médical chargé des réseaux à l'ARH Franche-Comté ➤ Echange téléphonique avec le chargé de mission « réseaux de soins » URCAM Franche-Comté
RESEAU 5 BRETAGNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président ➤ Coordonnateur ➤ Ensemble des médecins spécialistes des établissements impliqués ➤ Médecins libéraux ➤ Paramédicaux (PMI, CMP) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation réunion du bureau de l'association ➤ Echange collectif sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ Echange individuel avec le président sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés)
RESEAU 6 BOURGOGNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président : médecin généraliste ➤ Directeurs CH & président CME ➤ Cadre infirmier ➤ Responsable assurance qualité CH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echange collectif sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ Echanges individuels avec le président du réseau, les infirmières impliquées dans le fonctionnement, le responsable assurance qualité
RESEAU 7 CORREZE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président ➤ Coordonnateur ➤ Directeur CH et responsable assurance qualité ➤ Directeur CPAM et collaborateurs ➤ Médecin conseil ➤ Médecins hospitaliers ➤ Représentants médecins libéraux ➤ Représentantes infirmières libérales ➤ Représentant pharmacien ➤ Evalueurs externes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée ➤ Participation réunion de bureau du réseau en soirée ➤ Discussions techniques sur fonctionnement, financement du réseau et pérennité du système de coordination ⇒ évaluation Soubie le 1^e juin à 18 mois de fonctionnement

<i>RESEAUX</i>	<i>CONTACTS</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
RESEAU 8 HAUTES PYRENEES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président ➤ Coordonnateur ➤ Evalueurs externes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echanges individuels sur le fonctionnement du réseau, son évaluation et son devenir (RDV séparés) ➤ Echanges individuels avec les évaluateurs externes
RESEAU 9 BOURGOGNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président : médecin généraliste ➤ Coordonnatrice ➤ Directeur CH ➤ Directeur des soins infirmiers ➤ Chef de service ➤ Evalueurs externes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée : suivi au domicile ➤ Echange collectif sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ Echange téléphonique avec évaluateurs
RESEAU 10 BOURGOGNE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordonnateur médical et paramédical ➤ Assistante de coordination ➤ Assistante sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée ➤ Echange collectif avec l'équipe de coordination sur le fonctionnement de l'activité de coordination et son évaluation. ➤ Echange individuel avec le médecin coordonnateur sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir
RESEAU 11 LIMOUSIN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président : médecin généraliste ➤ Coordonnateur : conseillère en économie sociale et familiale ➤ Equipe de coordination : 2 assistantes ➤ Auxiliaires de vie ➤ SSIAD 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée ➤ Réunion de synthèse avec intervenants au domicile : médecin généraliste, coordonnateur, auxiliaires de vie, aides soignantes autour de plusieurs dossiers ➤ Soutien relationnel au domicile avec conseillère en économie sociale et familiale ➤ Echange collectif avec l'équipe de coordination sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ Echange individuel avec le président sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir

<i>RESEAUX</i>	<i>CONTACTS</i>	<i>OBSERVATIONS</i>
RESEAU 12 NORD-PAS-DE-CALAIS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président : médecin PH chef de service ➤ Coordinatrice : infirmière ➤ Secrétaire ➤ Représentants URCAM 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée ➤ Echange collectif avec le président et la coordinatrice sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ RDV individuel avec les 2 chargés de mission guichet unique « réseaux de soins » URCAM Nord-Pas-de-Calais
RESEAU 13 ILE-DE-FRANCE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Président réseau coordonnateur ➤ Directeurs centre hospitalier ➤ Président réseau et président CME ➤ Médecins libéraux ➤ Assistantes sociales ➤ Représentant URCAM Comité régional des réseaux ➤ Evalueurs externes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participation activité de coordination en journée ➤ Participation au comité d'évaluation en soirée ➤ Echange collectif avec équipe de coordination sur le fonctionnement de l'activité de coordination et son évaluation. ➤ Echange individuel avec médecin coordonnateur sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir. ➤ RDV individuel avec le chargé de mission guichet unique « réseaux de soins » URCAM Ile-de-France
RESEAU 14 ILE DE FRANCE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordonnateur médical ➤ Représentant URCAM Comité régional des réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Echange individuel avec médecin coordonnateur sur l'histoire du réseau, son fonctionnement, son évaluation et son devenir ➤ RDV individuel avec le chargé de mission guichet unique « réseaux de soins » URCAM Ile-de-France

6. SCHEMA D'OBSERVATION

Les points suivants ont été plus particulièrement abordés et approfondis lors de l'enquête de terrain.

<i>DIMENSIONS</i>	<i>THEMES</i>
TRACE DOCUMENTAIRE	<ul style="list-style-type: none">➤ Validation des données documentaires communiquées avec le dossier de sélection : discussion sur les écarts constatés et les modalités d'élaboration des dossiers➤ Complément de ces dossiers au gré des échanges. Les réseaux ont communiqué des compléments de dossiers opérationnels à la demande sur les thèmes suivants : études de besoins préalables, évaluation externe, audit institutionnel (rapports IGAS, rapports de personnalités qualifiées, ...), thèses et recherches, etc. <p><i>Objectif : modalité d'élaboration, état de formalisation des documents selon les réseaux, documents types, accompagnement méthodologique, représentation de la réalité, etc.</i></p>
STRUCTURATION DU RESEAU	<ul style="list-style-type: none">➤ Histoire➤ Origine de l'émergence (impulsion institutionnelle ou individuelle)➤ Régulations, dynamiques et échanges professionnels➤ Régulations, dynamiques et échanges institutionnels➤ Type de participation de l'utilisateur <p><i>Objectif : critères discriminants de fonctionnement et de réussite</i></p>
CONTROLE & REGULATION DU FONCTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none">➤ Objectifs initiaux, démarche de projet et évaluation➤ Financement➤ Convention, chartes, protocoles, recommandations➤ Comités➤ Démarche qualité➤ Formation des professionnels <p><i>Objectif : critères discriminants de régulation et de contrôle</i></p>

ANNEXE 2 – SYNTHÈSE DU DOCUMENT ANAES 1999

« PRINCIPES D'ÉVALUATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ »

1. ENJEUX DES RÉSEAUX

En France, les expériences de prises en charge sanitaire et sociale coordonnées ont commencé à se développer dans les années 1970. Elles ont pris de l'ampleur avec la création des réseaux ville-hôpital à partir de 1991. Les ordonnances d'avril 1996 ont inscrit le concept de réseau de santé dans le Code de la sécurité sociale et dans celui de la santé publique, en impliquant la ville et l'hôpital, les secteurs public et privé, sanitaire et social.

Des enjeux majeurs sont liés au développement des réseaux de santé. Ceux-ci seraient à même de :

- ***Décloisonner le système de santé***

L'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses doit permettre de faire face à des situations médicales, psychologiques et sociales complexes caractérisées par une multiplicité de contraintes. L'intégration des réseaux au système de soins actuel pourrait permettre de décloisonner les disciplines médicales de plus en plus spécialisées, les médecins généralistes et les spécialistes, l'hôpital et la médecine ambulatoire, le secteur public et le secteur privé, les professionnels de santé et les administratifs, le champ social et le champ médical, la prévention la médecine curative et la réinsertion, etc.

- ***Replacer le patient au cœur du système***

A un moment où les consommateurs de soins expriment de plus en plus largement leur intérêt pour les aspects qualitatifs des soins, le réseau pourrait être un dispositif organisé autour de chaque patient, cherchant à s'adapter à ses attentes et ses besoins particuliers, et à lui donner un rôle actif dans la prise en charge de ses problèmes de santé.

- ***Accroître les compétences des acteurs et « revaloriser » les professionnels***

Les acteurs réseaux considèrent la circulation du savoir comme essentielle. Celle-ci passe par une formation transdisciplinaire, associant toutes professions et statuts confondus.

- ***Améliorer l'efficacité du système en permettant son rééquilibrage***

Les réseaux de santé sont souvent décrits, dans la littérature économique, comme des gisements de productivité qui existent ou qui existeraient dans le système de santé ; l'organisation en réseaux permettrait de corriger les déséquilibres qui semblent marquer l'activité du secteur sanitaire.

Des enjeux majeurs sont liés à l'évaluation de ces nouvelles organisations.

- ***Dans les textes, la notion de réseau est indissociable de celle d'évaluation.***

Les réseaux du Code de la sécurité sociale sont des actions expérimentales limitées dans le temps, ce qui sous-entend leur évaluation ; le conseil d'orientation des filières et réseaux doit

apprécier entre autres «la qualité du système d'information mis en place en vue de l'évaluation du projet » ; les réseaux de santé du Code de la santé publique doivent « faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation ».

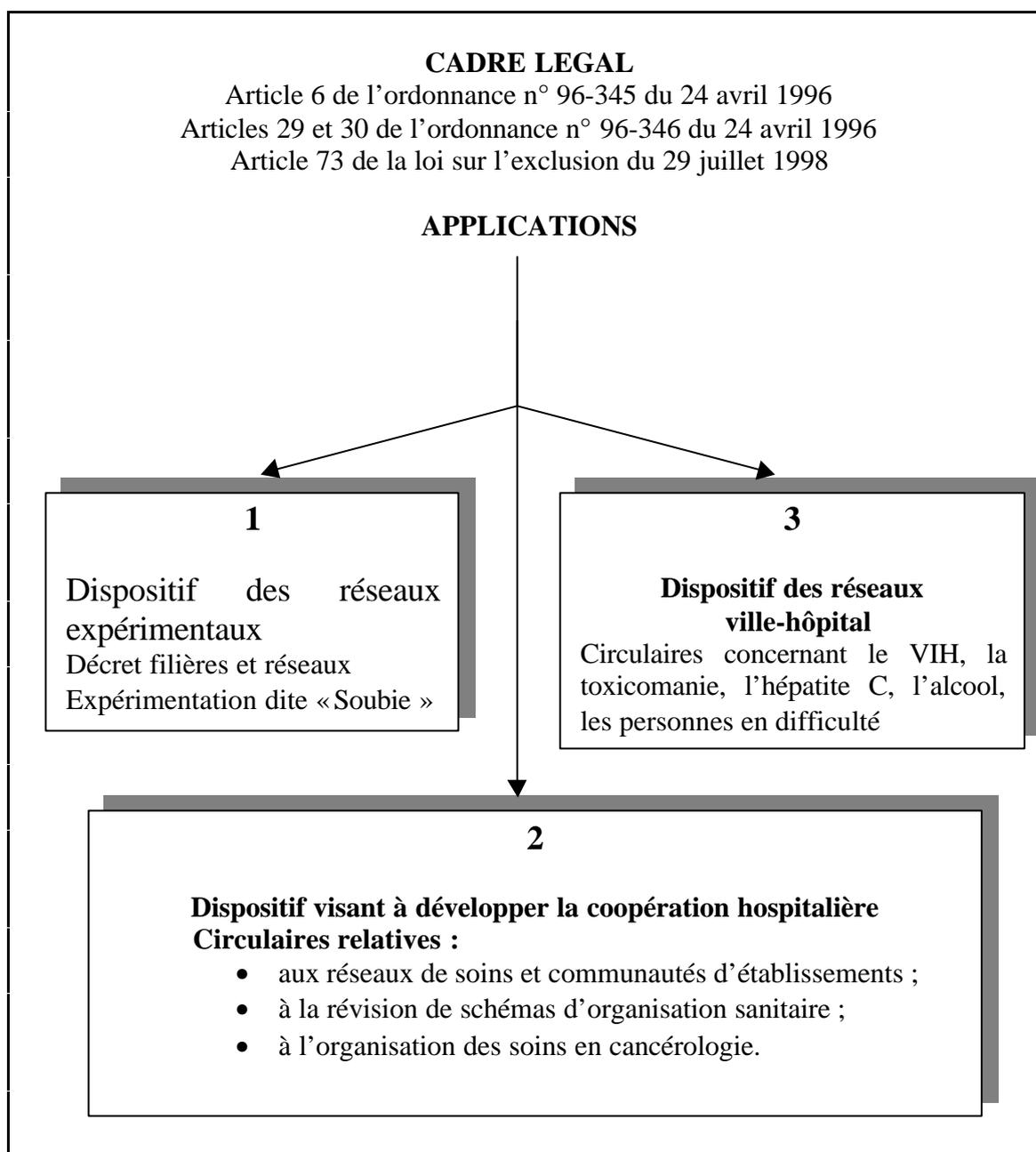
■ ***La mise en œuvre de ces évaluations n'ira pas sans difficultés, pour plusieurs raisons :***

- ***les réseaux existants et en projet sont très divers***, domaine d'intervention, organisation, financement, etc. De plus, leurs objectifs auront tendance à évoluer en fonction des réalités du terrain ;
- ***il n'y a pas, dans d'autres pays développés, de mode d'organisation comparable***. Il ne faut donc pas s'attendre à identifier, par l'analyse de la littérature internationale, des modèles d'évaluation directement transposables ;
- ***en France le champ de la recherche sur le système de santé doit encore se développer***. L'évaluation des réseaux de santé ne pourra pas s'appuyer d'emblée sur un ensemble préexistant de méthodes et d'indicateurs validés : elle devra les construire progressivement dans une véritable démarche de recherche évaluative.

2. LES RÉSEAUX DE SANTÉ : CONTEXTE ET DÉFINITION

• CADRE JURIDIQUE

Le développement des réseaux de santé en France a pour toile de fond de nombreux textes juridiques qui ont accompagné et orienté leur montée en charge. Les textes les plus illustratifs et/ou largement opérationnels par rapport à la problématique des réseaux de santé sont les suivants :



- **DEFINITION DES RESEAUX DE SANTE**

Qu'est-ce qu'un réseau de santé ?

- La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.
- Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné.
- Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants.
- Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées.
- La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.
- L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

La pluralité des configurations possibles rend nécessaire de préciser certains éléments qui caractérisent les réseaux de santé :

- Les finalités : domaine d'intervention, pathologies, population spécifiques ou générale, un type d'activité ;
- Les objectifs opérationnels ;
- Les intervenants : membres ou partenaires du réseau ;
- Les modalités d'organisation ;
- Le cadre d'analyse de la performance du réseau.

La connaissance de ces éléments est essentielle pour construire l'évaluation des réseaux.

- **OBJECTIFS DES RESEAUX DE SANTE**

Les réseaux de santé peuvent avoir un ou le plus souvent plusieurs des objectifs généraux suivants :

- optimiser l'accès aux soins de l'ensemble d'une population ciblée ;
- prendre en charge des personnes dans le respect de certains principes tels que la continuité, la cohérence, la globalité, l'interactivité, la réactivité, l'adaptabilité, la transversalité, la multidisciplinarité, etc. Cette liste n'est pas limitative ;
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires du réseau. Le réseau peut être un lieu d'apprentissage à partir de la redistribution de l'expérience accumulée et du regard collectif porté sur les pratiques ;
- reconnaître et améliorer les compétences et respecter les préférences des personnes prises en charge. Cela inclut les objectifs d'information et d'orientation des usagers, celui d'amélioration de leurs trajectoires ;
- améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge ;

- Etre un lieu d'observation (par exemple pour repérer, mieux comprendre et prendre en charge des problèmes émergents au sein de la population cible) ;
- Etre un lieu d'évaluation (pour tester par exemple différentes stratégies de mise en œuvre de référentiels, de délivrance des soins).

3. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉVALUATION DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN FRANCE

• LES QUESTIONS PREALABLES

Certaines questions doivent être envisagées avant toute tentative d'évaluation. Les réponses apportées doivent permettre de décider de l'orientation, de l'évaluation et de vérifier sa faisabilité.

- *Le réseau répond-il à un besoin ?*

L'évaluation des besoins de santé et leur réévaluation régulière sont des démarches totalement liées à la conception, au développement et à l'évaluation des réseaux de santé. Une bonne connaissance des besoins permet de proposer une offre adaptée, d'identifier des variables pertinentes pour suivre l'activité du réseau, d'établir une ligne de base permettant de préparer l'évaluation des résultats, de réorienter les activités du réseau en fonction de l'évolution des besoins.

- *Quand et quoi évaluer ?*

Quand ?

Les réseaux sont des entités en construction permanente, ce qui constitue une des difficultés de leur évaluation.

Quoi ?

- **La structure** : l'évaluation de la structure doit s'entendre, dans le cas d'un réseau, comme l'évaluation de sa structuration.
- **Les processus** évaluable dans les réseaux sont de deux types :
 - les processus de prise en charge des personnes ciblées (processus de soins, de prévention...)
 - les processus organisationnels (coordination des acteurs, formation, analyse collective des dysfonctionnement, etc.).
- **Les résultats** que l'on peut évaluer sont, selon les objectifs du réseau, de type médical, économique, sanitaire et social. La satisfaction des personnes prises en charge, et éventuellement de leur entourage, fait partie des résultats. Les effets indirects ou inattendus, au niveau de la population cible, du reste de la population, des acteurs du système de santé, peuvent justifier une évaluation.
- **Les questions « quand évaluer ? » et « quoi évaluer ? »** sont liées. L'évaluation structurelle est possible avant le lancement du réseau, puis tout au long de son existence. L'évaluation des processus a tout avantage à être menée en continu ; elle est dominante et souvent la seule possible en phase de montée en charge ou de changement. L'accent

doit être mis sur l'évaluation des résultats dans les phases de (relative) stabilité, sous réserve de la disponibilité des données et d'indicateurs pertinents.

- ***Pour qui et pourquoi évaluer ? Qui évalue ?***

- ***L'évaluation externe, à but sommatif, qui se place du point de vue des financeurs, ou des usagers, ou des autorités de tutelle***

L'évaluation externe intervient périodiquement. Elle doit être acceptée par les professionnels comme les promoteurs des réseaux. Elle permet à une ou des instances extérieures (et aussi aux acteurs) de connaître les performances du réseau et d'en comprendre les déterminants. Elle vise à éclairer des décisions telles que l'allocation ou non de moyens ou l'extension de l'expérience. Une évaluation externe favorable au réseau en termes de résultats peut jouer un rôle majeur dans le renforcement de la position des acteurs.

- ***L'évaluation interne, à but formatif, qui se place du point de vue des acteurs***

L'évaluation interne est un processus itératif, voire continu, et interactif. Elle permet aux acteurs et à leurs partenaires de produire une connaissance sur leur propre fonctionnement et de l'intégrer à l'action. Elle cherche à doter les acteurs d'un instrument opérationnel leur permettant de contrôler eux-mêmes leurs résultats et d'ajuster leurs comportements en conséquence au fur et à mesure du déroulement de leurs activités. Cette évaluation favorise le processus d'apprentissage organisationnel et la production d'une forme nouvelle de compétence collective. Elle permet aux acteurs de piloter le dispositif et de vérifier qu'ils ne s'écartent pas de leurs objectifs initiaux.

- ***Qui évalue ?***

Les évaluateurs doivent être choisis en fonction des finalités de l'évaluation. Quelle que soit la finalité de l'évaluation, il est souhaitable que ses objectifs et les modalités de son déroulement, clairement définis, soient approuvés par les acteurs.

- L'évaluation externe est un travail d'experts, dont le rôle principal est de porter un jugement éclairé sur l'action.
- L'évaluation interne, quant à elle, n'est pas réalisée par les acteurs, mais elle correspond à leurs objectifs. Dans l'évaluation interne le rôle principal des évaluateurs consiste en un apport méthodologique.

- ***Entre évaluation externe et évaluation interne : le comité de pilotage de l'évaluation.***

Plutôt que de faire coexister, voire opposer, les deux évaluations, il peut être souhaitable de réunir au sein d'un « comité de pilotage de l'évaluation » les représentants des acteurs du réseau, ceux des instances extérieures, ainsi que des experts en évaluation ayant diverses compétences. L'évaluation devient alors à la fois externe et interne, participative et interactive, contractualisée sur une base équilibrée entre les parties. Le comité de pilotage, instance mixte et pluridisciplinaire, garantit à la fois l'indépendance, la rigueur scientifique et l'efficacité de l'évaluation en rendant les conclusions opérationnelles.

- ***Avec quels moyens évaluer ?***

L'évaluation a un coût et nécessite des moyens humains, matériels, financiers. Le type d'évaluation et son financement doivent être pris en compte dès la genèse du projet afin de disposer d'un budget adapté. Une conception ouverte des réseaux milite en faveur d'un

financement externe avec négociation d'un cadre d'évaluation et constitution d'un comité de pilotage. Dans tous les cas il est essentiel que les promoteurs et les financeurs du réseau prévoient le financement de l'évaluation en même temps que celui du réseau.

- ***Le réseau a-t-il un système d'information disponible permettant l'évaluation ?***

Pour mener à bien leur tâche les évaluateurs devront recueillir et traiter des informations provenant de différentes sources.

- ***Littérature générale*** : études épidémiologiques, cliniques, économiques, rapports d'évaluation d'autres réseaux sur le même thème.
- ***Documents «historiques» du réseau*** : documents fondateurs du projet, budget prévisionnel, statuts associatifs, chartes, conventions constitutives, contrats, etc.
- ***Entretiens avec les responsables*** : responsables du réseau, financeurs, partenaires, responsables institutionnels et administratifs concernés par le réseau.
- ***Dossiers et documents comptables utilisés en routine*** : dossier patient et/ou dossier spécifique pour chaque professionnel.

Le travail des évaluateurs sera également facilité si le système d'information du réseau produit régulièrement des résumés des dossiers et des tableaux de bord synthétiques. Dans la situation idéale où les évaluateurs sont sollicités dès la conception du réseau, ils peuvent utilement participer à la construction de ces outils destinés à la fois au suivi en routine de l'activité du réseau et à son évaluation. Les évaluateurs auront à analyser les activités de continuité, de coordination et de qualité des soins à travers les documents produits et les données de gestion et de comptabilité.

En complément de ces sources de données les évaluateurs pourront recueillir des informations auprès des personnes prises en charge, des professionnels, ainsi que des personnes extérieures au réseau. Ces enquêtes *ad hoc* pourront prendre différentes formes : entretiens individuels ou collectifs, enquêtes téléphoniques, enquêtes postales, questionnaires standardisés ou pas, etc.

• **LES SIX DIMENSIONS DE L'EVALUATION D'UN RESEAU DE SANTE**

- ***L'évaluation d'un réseau doit permettre de répondre à 6 questions d'égale importance :***

- Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?
- Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?
- Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?
- Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?
- Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?

- ***Le réseau atteint-il ses objectifs ?***

L'évaluation détermine dans quelle mesure le réseau atteint son objectif principal et ses autres objectifs opérationnels.

Un réseau a des *objectifs opérationnels*. Parmi ceux-ci, il peut y avoir un objectif principal qui exprime le résultat final recherché par le réseau. Les objectifs opérationnels décrivent de manière concrète et observable, datée et localisée, les actions (les processus) à mettre en place et les résultats attendus de ces actions. Les actions sont choisies parce qu'on les suppose liées aux résultats intermédiaires, eux-mêmes liés au résultat final.

Il s'agit de répondre à des questions telles que :

- Le réseau a-t-il pris en charge le nombre de patients prévus ? Les patients répondaient-ils aux critères d'inclusion ? (évaluation du degré d'atteinte de l'objectif général)
- Le réseau a-t-il refusé de prendre en charge des patients répondant aux critères d'inclusion ?
- Le réseau a-t-il organisé un tour de garde ou le réseau a-t-il répondu à tous les appels ? (évaluation du degré d'atteinte des objectifs opérationnels, d'action et de résultat)

S'il est simple de répondre à certaines questions, pour d'autres, et en particulier pour la mesure des résultats, la construction d'indicateurs spécifiques est nécessaire.

- ***Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?***

Il s'agit de vérifier que la qualité des soins mis en œuvre et les résultats atteints correspondent au moins à ceux que les patients seraient en droit d'attendre en dehors du réseau.

- L'évaluation va chercher à répondre à des questions telles que :
- Le réseau s'est-il doté de protocoles de soins correspondant aux problèmes rencontrés ?
- Quelle est la qualité des protocoles de soins du réseau ? Les protocoles mettent-ils en application des recommandations, si elles existent ? Les protocoles ont-ils été élaborés par des groupes de travail selon des méthodes explicites ? A-t-on testé leur adéquation aux situations rencontrées ?
- Le système d'information du réseau permet-il d'analyser les soins dispensés et les résultats obtenus ?
- Les soins reçus sont-ils en conformité avec les protocoles ? L'évaluation sera centrée ici sur la qualité des processus.
- Les symptômes sont-ils contrôlés ? Les patients, leur entourage, sont-ils satisfaits de la prise en charge à domicile ? (évaluation de la qualité des résultats)

- ***Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?***

Cette évaluation s'impose à travers les textes officiels où elle est mise constamment en évidence.

La satisfaction des personnes prises en charge est un résultat de soin à la fois nécessaire et insuffisant. En effet, en dehors de la conformité du soin à des références scientifiques ou réglementaires, la dimension subjective mérite une évaluation. La satisfaction des patients et des acteurs du réseau est un résultat particulier car pouvant influencer le niveau d'autres indicateurs de résultat (adhésion au traitement, continuité des soins voire l'état de santé lui-même).

La recherche des attentes des divers acteurs et l'évaluation de la perception des réponses données devront donc être des préalables à l'étude de performance du réseau.

- ***Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?***

Si l'évaluation montre que les objectifs opérationnels sont atteints et que les soins dispensés sont de qualité, il est légitime de s'interroger sur l'apport spécifique de l'organisation en réseau.

Les résultats obtenus ne reflètent-ils pas seulement la qualité des pratiques individuelles des membres du réseau ? Ces mêmes intervenants n'auraient-ils pas obtenu les mêmes résultats en dehors de tout réseau ? Quel est le supplément de qualité et d'efficacité apporté par le réseau ?

L'évaluation de l'apport spécifique du réseau portera sur :

- ***les changements d'attitude et de comportement des acteurs*** : les modifications qui tendent à accroître la compétence et l'efficacité collectives doivent être évaluées ;
- ***le développement et la mise en œuvre des outils communs et des processus organisationnels*** : les outils communs doivent être évalués, le dossier patient, le thesaurus et les outils de mesure pour décrire l'évolution du patient, les protocoles de soins élaborés conjointement, etc ;
- ***les résultats obtenus grâce aux outils et aux processus développés*** : les changements attendus doivent être évalués : les outils communs sont-ils utilisés comme prévu ? Les décisions prises lors des réunions de coordination au lit du malade sont-elles appliquées ?

- ***Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?***

L'évaluation des coûts du réseau est importante à la fois pour le pilotage du réseau par ses promoteurs et pour la présentation des résultats du réseau.

L'évaluation des coûts fera la distinction entre :

- ***les coûts liés à la prise en charge des patients*** (prescriptions médicamenteuses, matériel médical, interventions médicales, paramédicales, sociales, etc.),
- ***les coûts des activités organisées par le réseau*** (coordination, formation, etc.),
- ***les coûts pour l'entourage*** (report de charge sur la famille).

Différents coûts peuvent donc être valorisés. La valorisation du coût de fonctionnement peut être intéressante quand on analyse le réseau comme un investissement. Toutefois, une valorisation n'est pertinente que s'il existe un ordre de grandeur significatif.

Il est nécessaire d'être vigilant sur l'étendue des coûts à prendre en considération. Ces derniers vont au-delà de ceux qui sont proprement identifiables. Les temps de réunion, de contact, etc. résultent parfois d'une consommation de temps passé par des professionnels n'appartenant pas directement au réseau observé. Des difficultés d'ordre pratique devront donc être levées pour approcher la réalité du coût de la structure de coordination concernée et pour répondre ainsi à un souci d'exhaustivité en matière de valorisation des coûts du réseau de santé.

- ***Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?***

Il s'agit de la dimension la plus complexe à évaluer, demandant le recueil et le traitement d'une grande quantité de données, qualitatives et quantitatives.

Les effets observés ne sont jamais le produit d'une action particulière, mais le produit d'un faisceau d'interactions qu'il faut chercher à identifier. Les effets ne sont pas toujours immédiats, ce qui pose le problème de la durée de l'observation.

Comment identifier les effets ?

Il ne faut pas se contenter de chercher à mettre en évidence l'atteinte des objectifs auprès des bénéficiaires. Il faut essayer de construire un modèle global d'impact du réseau. Il s'agit de chercher les divers mécanismes par lesquels le réseau pourrait avoir un impact, et sur qui, délimiter le champ à explorer en choisissant les phénomènes que l'on souhaite observer, mesurer les phénomènes observés et étudier leur lien éventuel avec l'action du réseau.

- **COMMENT METTRE EN ŒUVRE L'ÉVALUATION ?**

- ***Les trois temps de l'évaluation***

Pour chacune des six dimensions, l'évaluation peut être analysée comme un processus en trois temps :

- **Temps 1 : documentation sur la dimension évaluée.**

Il s'agit d'une part de rechercher la littérature publiée existant sur le sujet et d'autre part de rechercher les sources d'informations qualitatives et quantitatives disponibles au niveau du réseau.

- **Temps 2 : mesure et analyse.**

Il s'agit de mesurer et d'analyser de façon qualitative et quantitative l'activité et les résultats du réseau. Dans l'analyse qualitative, on porte un regard critique sur les documents disponibles ou produits en interne, ou encore on effectue des entretiens auprès de personnes concernées ou représentatives. Dans l'analyse quantitative, on mesure en routine et de façon immédiate les activités produites par le réseau, les résultats obtenus et les moyens mobilisés ; des enquêtes (satisfaction) peuvent également être menées.

- **Temps 3 : évaluation proprement dite, comprenant la construction d'indicateurs et l'appréciation portée sur leur niveau.**

L'évaluation du réseau repose toujours sur la *comparaison* du niveau des indicateurs mesurés à un niveau de référence et l'appréciation du différentiel constaté. Deux types d'indicateurs sont distingués :

- les indicateurs de résultats finaux ;
- les indicateurs de moyens, de processus et de résultats intermédiaires.

Ces indicateurs doivent être hiérarchisés et définis avant le début de l'évaluation.

- ***Choix du type de comparaison sur lequel va s'appuyer l'évaluation***

Après avoir construit et mesuré les indicateurs, l'évaluation implique d'apprécier leur niveau. Cette appréciation s'appuie sur une démarche comparative. Quatre types de comparaison peuvent être envisagés.

- **Comparaison de la performance mesurée à la performance prévue par les objectifs**

L'analyse des écarts aux objectifs est à la base de toute démarche évaluative. Elle nécessite une définition précise des objectifs et une interprétation des écarts mesurés. Cette interprétation doit se faire avec les acteurs du réseau. Elle peut être facilitée si dès le départ on a défini, par exemple, un niveau de performance optimal, un niveau inacceptable. Ces niveaux définis *a priori* doivent pouvoir être redéfinis avec l'expérience des acteurs et des difficultés rencontrées.

- **Comparaison de deux mesures successives de la performance**

Cette comparaison porte sur des mesures successives de la performance du réseau. Elle n'est possible que dans les périodes de relative stabilité des objectifs et de la configuration du réseau. Elle permet d'apprécier la démarche d'amélioration de la qualité du réseau, sa dynamique, sa capacité à analyser les dysfonctionnements et les difficultés rencontrés et à mettre en place des solutions efficaces. Dans ce type de comparaison l'interprétation doit être prudente et prendre en compte la possibilité de facteurs confondants.

- **Comparaison de la performance du réseau *versus* absence de réseau**

Cette comparaison (réseau *versus* absence de réseau) soulève des problèmes méthodologiques complexes. Il est hautement probable que les patients pris en charge en réseau et hors réseau auront des caractéristiques différentes en termes de pathologie, d'attentes, de statut socioprofessionnel, etc. De même les intervenants en réseau et ceux qui interviennent hors réseau auront probablement des caractéristiques différentes. Pour comparer les deux populations il faudra être à même de mesurer ces caractéristiques et de faire des ajustements statistiques complexes, sans jamais pouvoir affirmer que toutes les variables ont pu être contrôlées. De plus si les deux populations sont géographiquement proches un « biais de contamination » ne pourra pas être écarté.

- **Comparaison des performances de deux réseaux**

Cette comparaison de deux réseaux soulève les mêmes problèmes auxquels vient s'ajouter une difficulté supplémentaire : par définition un réseau est une structure souple

qui vise à s'adapter à une population donnée. Les objectifs de deux réseaux seront donc très rarement comparables.

Les deux premiers types de comparaison devraient pouvoir toujours être mis en œuvre. Les troisième et quatrième types de comparaison ne peuvent être menés en dehors de méthodes expérimentales. En raison de la difficulté et des moyens nécessaires pour réaliser de tels travaux, il n'est pas justifié de demander les types d'évaluations 3 et 4 à tout réseau de santé.

- **EVALUATION DES RESEAUX DE SANTE : ELEMENTS DE METHODOLOGIE**

Dans la littérature évaluative internationale il n'a pas été possible d'identifier des interventions se rapprochant des réseaux de santé du contexte français. Dans la littérature nationale, les réseaux ville hôpital ont fait l'objet de publications et surtout de rapports non publiés, le plus souvent descriptifs, qui soulignent les difficultés rencontrées pour évaluer ces réseaux. Pour les réseaux de santé qui se situent dans le cadre des ordonnances d'avril 1996, il est trop tôt pour trouver des évaluations publiées.

Il est proposé une méthodologie d'évaluation à partir de 4 cadres de référence :

- *Evaluation médicale*
- *Evaluation économique*
- *Evaluation de la satisfaction des personnes*
- *Evaluation des programmes de santé*

- ***Évaluation médicale***

L'évaluation médicale porte sur les pratiques et l'organisation des soins.

Elle vise la qualité des processus et les résultats obtenus en termes de santé, le plus souvent par des méthodes expérimentales ou semi-expérimentales. L'évaluation médicale impose aux réseaux de disposer de système d'information permettant un suivi comparatif.

En Grande-Bretagne et aux Etats-Unis la réalisation d'études comparatives est facilitée par l'existence de grandes bases de données.

Notamment les HMO recueillent en routine des données médicales et administratives qui permettent d'effectuer des comparaisons entre les différents plans. En France nous ne disposons pas de telles bases de données. Nous ne disposons pas non plus d'un système d'information qui permette de reconstituer la trajectoire d'un patient dans le système habituel de prise en charge. Il sera donc très difficile de trouver un comparateur à une nouvelle pratique, aussi bien organisée soit-elle.

Il semble possible de lister les conditions nécessaires pour développer des études d'évaluation rigoureuses dans le domaine des réseaux de santé en France :

- *développement et validation d'instruments de mesure de la qualité des soins ;*

- *développement d'un système d'information cohérent (codage) et de grandes bases de données ;*
- *développement de référentiels positifs ;*
- *implantation et stabilisation de réseaux de santé ayant une extension et une logistique suffisantes pour que les études puissent s'y mener.*

Une dimension classique de l'évaluation de la qualité des soins est l'évaluation de leur adéquation à l'état des patients.

Cette méthode s'appuie le plus souvent sur la comparaison à des référentiels. Les seuls référentiels opérationnels utilisables largement aujourd'hui en France sont les références médicales opposables (RMO). Pour des réseaux de santé, qui ont l'ambition de développer des pratiques d'une qualité supérieure à celle des pratiques standard actuelles, les RMO ne constituent pas à elles seules des référentiels opérationnels.

L'audit clinique est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles. L'audit peut faire partie de la « boîte à outils » de l'évaluation d'un réseau de santé dans la mesure où celui-ci s'est donné des standards de prise en charge, et qu'il veut contrôler les écarts à ces standards mais il ne permet pas à lui seul d'apprécier le fonctionnement collectif des acteurs dimension essentielle d'un réseau.

- ***Évaluation économique***

Différentes méthodes d'évaluation économique peuvent être employées dans un protocole d'évaluation économique.

- ***La méthode de minimisation des coûts, appliquée dans la plupart des études***

Il s'agit, en fonction des perspectives d'évaluation choisies de comparer les différents coûts du réseau (coût global, coût du programme, coût de coordination, coût d'un épisode de traitement, coût pour le financeur, etc.). Selon le coût étalon déterminé, des comparaisons deviennent possibles entre plusieurs organisations de prise en charge. Ces informations peuvent, au-delà des critères cliniques, être des critères de choix dans la décision de mettre en place un réseau, d'augmenter ses moyens ou de le pérenniser. De même, ces informations peuvent permettre l'approche de seuil critique, tant en nombre que d'épisode de traitement notamment.

- ***la méthode d'évaluation coût-efficacité, peu employée***

Cette méthode doit permettre de démontrer qu'une prise en charge en réseau coordonné permet, en fonction des perspectives d'évaluation choisies, de concilier l'amélioration de la qualité des soins et la diminution des coûts de la prise en charge. L'intérêt méthodologique est donc de déterminer un indicateur coût-efficacité dans le cadre d'une comparaison entre un réseau et une prise en charge classique. On relèvera notamment la variation des coût suivants :

- *coûts inévitables nécessaires à la bonne prise en charge de patients traités, variables selon les patients et la sévérité de la pathologie ;*
- *coûts évitables diminués (hospitalisations évitables, recours aux urgences évitables et prescriptions inutiles) ;*

- coûts supplémentaires engendrés par le meilleur suivi des traitements, l'éducation des patients et la formation des professionnels, variables selon le besoin de prise en charge des patients.

La perspective adoptée et les coûts à calculer seront à préciser pour faciliter le recueil de données.

Deux autres méthodes proposent de nouveaux schémas de mise en perspective d'indicateurs de résultats avec des indicateurs de coûts.

- ***Coût de conformité à un référentiel***

Les méthodes de minimisation des coûts et d'évaluation coût-efficacité peuvent rencontrer certaines limites. Une adaptation des outils d'analyse économique standard est à envisager. Cette adaptation peut se fonder sur la définition d'un indicateur d'efficacité qui ne soit pas strictement clinique comme par exemple la conformité à un référentiel. L'utilisation d'un tel indicateur d'efficacité nécessite de disposer d'un référentiel pour lequel existe un consensus. Ce peut être un consensus interne au réseau ou un référentiel élaboré à partir de recommandations reconnues par des organismes représentant les professionnels et/ou les autorités. Dans ce dernier cas, il sera alors possible de comparer différentes prises en charge qui se réfèrent aux mêmes référentiels de soins ou de suivi.

- ***Approche des organisations***

Une approche par l'économie des organisations enrichit l'évaluation des réseaux en analysant les comportements et les mobiles d'action des acteurs des réseaux de santé. Cette approche permet de dégager des notions telles que :

- le coût moyen de la coordination ;
- la « productivité du réseau » associée à sa taille optimale ;
- l'apprentissage professionnel collectif (par exemple, pratiques communes) et sa progression dans le cadre des réseaux de santé.

Le calcul du coût induit par une production de soins en réseaux ne pose pas de problème théorique spécifique si ce n'est qu'il est nécessaire d'être vigilant sur l'étendue des coûts à prendre en considération. Ces derniers vont au-delà de ceux qui sont proprement identifiables. Des difficultés d'ordre pratique devront donc être levées pour approcher la réalité du coût de la structure de coordination concernée et pour répondre ainsi à un souci d'exhaustivité en matière de valorisation des coûts du réseau de santé. La mesure de l'efficacité soulève, en revanche, un certain nombre de difficultés qui pour l'essentiel restent à résoudre.

L'évaluation économique offre un cadre modulable selon les réalités des réseaux.

- ***Comparaison réseau versus prise en charge classique***

Cette comparaison se limite à des comparaisons en termes de coût. Il peut être proposé de s'appuyer sur une analyse de minimisation des coûts pour arriver à une analyse coût/avantage.

- ***Indicateurs spécifiques***

Des indicateurs liés à la structure peuvent également être élaborés. Ces indicateurs spécifiques et directement opérationnels pourraient permettre aux coordonnateurs du réseau de mesurer l'impact de celui-ci sur les consommations de soins, et de déterminer si l'efficacité des soins dans le réseau est optimale et si les coûts associés au réseau sont optimaux.

La détermination d'un seuil de rentabilité et d'une taille optimale de la structure sont des indicateurs dont l'analyse apporterait une aide précieuse à la décision.

- ***Les conditions d'organisation et la contractualisation***

Le mode de structure ou de coordination qui est choisi dans la constitution d'un réseau ou dans son évolution facilite ou non l'identification des coûts. Un cadre de financement de réseau pourrait être proposé par conventions entre financeurs et promoteurs avec des hypothèses économiques à atteindre (nombre de personnes prises en charge, nombre de professionnels membres du réseau, nombre d'actes, ...).

La généralisation des conventions, comprenant un aspect économique, en dehors des réseaux de santé expérimentaux soulève néanmoins des interrogations. Dans quelle mesure un suivi régulier des coûts pourra-t-il être effectué ? Faut-il à la fois des indicateurs de coût-efficacité spécifiques et d'autres qui permettent des comparaisons ?

- *Évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs*

L'évaluation de la satisfaction dans les réseaux intéresse les trois parties concernées.

- ***Les acteurs réseaux.***

La satisfaction des praticiens est une donnée importante. Elle influe sur le résultat des soins, la qualité perçue par les patients et donc la satisfaction de ces derniers.

- ***Les patients.***

La satisfaction des patients est une donnée importante. Les enquêtes peuvent aider à mesurer le progrès de l'organisation, notamment sur la réponse donnée aux attentes des patients. Elles permettent de suivre les objectifs fixés préalablement par le réseau.

- ***Les financeurs.***

Les résultats d'enquête de satisfaction permettent d'identifier les zones susceptibles d'être améliorées. Les enquêtes favorisent ainsi la collaboration entre les réseaux et les financeurs.

L'évaluation de la satisfaction dans les réseaux a plusieurs objectifs :

- *obtenir le jugement d'un groupe spécifique de patients, dans un réseau donné ;*
- *mesurer une amélioration résultant d'une modification (d'une structure ou d'une procédure) ;*
- *comparer la qualité des soins (et notamment la satisfaction) du réseau avec d'autres entités distinctes.*

Un dernier objectif doit être signalé : l'évaluation de la satisfaction permet à certains intervenants (patients atteints d'une même maladie, financeurs, sociétés savantes ou laboratoire

pharmaceutique) d'exercer sur un réseau une influence, pour qu'il mesure sa performance, en vue d'améliorer ou de donner la priorité à une intervention ou à un traitement donné.

Si l'importance des enquêtes de satisfaction semble reconnue, différentes théories s'opposent sur la meilleure façon de procéder, tant sur la forme que sur le fond. Les techniques employées peuvent aller du simple entretien avec le patient jusqu'à des questionnaires très élaborés, exploités par des moyens statistiques complexes.

- *L'évaluation des programmes de santé*

Un programme de santé est «un ensemble cohérent, organisé et structuré, d'objectifs, d'activités et de ressources, qui se justifie sur la base de besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité et qui est placé sous la responsabilité d'une personne ou de plusieurs personnes qui en répondent ».

L'évaluation d'un programme de santé exige une approche globale, intégrant des éléments d'évaluation médicale, économique et sociale. Cette approche semble pertinente pour aborder l'évaluation des réseaux de santé.

La finalité de l'évaluation d'un programme est d'apporter des informations contribuant à faciliter la prise de décision à un ou plusieurs des niveaux suivants : planification, financement, action sur le terrain

Dans un programme il est possible d'évaluer cinq dimensions suivantes :

- ***la pertinence*** examine le bien-fondé des objectifs du programme en regard des besoins identifiés ;
- ***la cohérence*** vérifie que les moyens, les ressources et les intervenants du programme sont adaptés aux objectifs ;
- ***l'efficacité*** compare le niveau des résultats atteints et le niveau fixé par les objectifs ;
- ***l'efficience*** met en rapport les résultats atteints avec les ressources mobilisées ;
- ***l'impact*** essaie d'approcher de manière globale les conséquences du programme, en intégrant les effets indirects, positifs et négatifs, et en faisant des hypothèses sur les effets retardés.

Il faut souligner l'importance d'une définition claire des objectifs. S'ils n'ont pas été parfaitement définis par les planificateurs avant la mise en route du programme, un préalable à toute tentative d'évaluation est d'obtenir qu'ils soient explicités.

L'évaluation globale d'un programme doit combiner les cinq types d'évaluation selon un ordre logique. Il n'est pas utile de passer à l'étape suivante si la précédente n'a pas été vérifiée.

- ***La première étape vise à répondre à la question « le programme a-t-il été bien planifié ? »***
Les planificateurs ont-ils correctement identifié et mesuré les besoins auxquels ils veulent répondre ?
- ***La deuxième étape vise à répondre à la question « comment fonctionne le programme ? »***
C'est l'étape d'évaluation des processus. L'évaluation des processus permet de savoir si les choix faits par les concepteurs étaient pertinents.

- ***La troisième étape vise à apprécier les résultats obtenus.***

Si le programme a été mis en œuvre et si les services ont été rendus à la population cible comme prévu, il est licite de s'intéresser aux résultats.

- ***La quatrième étape apprécie l'efficacité, c'est-à-dire le rapport entre les résultats obtenus et les coûts engendrés.***

L'évaluation de l'efficacité ne peut pas se passer de comparaisons, la difficulté essentielle est de trouver des programmes dont les résultats soient exprimés de manière suffisamment proche pour pouvoir les comparer.

- ***La cinquième étape évalue l'impact du programme, c'est-à-dire l'ensemble de ses effets, y compris ceux qui n'étaient ni recherchés ni prévus.***

Ces effets peuvent concerner la population cible mais aussi d'autres groupes, ils peuvent être décalés dans le temps. La principale difficulté est de délimiter le champ à explorer pour les rechercher.

Comment construire le modèle d'évaluation d'un programme ?

- ***L'évaluation des programmes dans le cadre de la « theory driven evaluation » (TDE)***

La *theory driven evaluation* vise à spécifier non seulement les activités associées à un changement, mais les mécanismes par lesquels le changement est produit. Elle peut permettre d'établir un lien de causalité entre certaines composantes de l'action et l'effet observé, et de privilégier ces composantes pour maximiser l'effet. La validité externe des résultats se trouve également renforcée. Toute action est construite sur une théorie, c'est-à-dire un ensemble de croyances et d'hypothèses. La théorie d'un programme est « la spécification des actions à accomplir pour atteindre les effets recherchés, des autres impacts qui pourraient être envisagés, et des mécanismes par lesquels ces effets et ces impacts seraient produits ».

Dans l'évaluation d'un programme un des enjeux principaux (ainsi qu'une des principales difficultés) est d'établir un lien de causalité entre les interventions effectuées et les effets mesurés. Dans cette perspective la TDE peut constituer une alternative aux méthodes expérimentales de type essai randomisé.

Une TDE exige du temps, des moyens, le recueil et le traitement d'une grande quantité de données. Ce type d'évaluation relève du champ de la recherche évaluative et ne peut s'appliquer en routine à tout programme. Un des intérêts du concept de TDE est de montrer les limites des évaluations dans lesquelles on ne mesure que les *inputs* et les résultats finaux. Dans toute évaluation d'un programme il est souhaitable d'inclure au moins quelques mesures de processus et de résultats intermédiaires.

- ***Lorsque le programme n'a pas été construit en référence à un modèle théorique les évaluateurs doivent commencer par construire ce modèle.***

Ils disposent pour cela de quatre sources d'information :

- les documents décrivant le programme, les enquêtes préliminaires ;
- les personnes qui ont conçu le programme, les financeurs, les intervenants ;
- les rapports d'évaluation et de recherche sur des programmes similaires ;
- l'observation du programme en cours de fonctionnement, une étude pilote éventuelle.

- ***à partir de ces quatre sources d'information et de leur capacité de raisonnement logique les évaluateurs construisent un modèle qu'ils proposent aux acteurs et aux financeurs.***

Le modèle est corrigé jusqu'à ce qu'il soit accepté par tous. Il est possible, et même souhaitable, d'intégrer les hypothèses éventuellement contradictoires ou alternatives dans le modèle théorique. Au cours de l'évaluation, il sera possible de tester les différentes hypothèses et d'invalider celles qui se révéleront fausses.

Si les résultats escomptés surviennent, on pourra regarder quelle chaîne de processus a permis ces résultats ; si les résultats ne surviennent pas, on va essayer de voir à quel niveau de la chaîne il y a eu blocage. La construction de la théorie peut intégrer des enchaînements qui conduisent à des effets non recherchés, voire indésirables, et recueillir également des données sur ces dimensions.

REFERENCES

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris: ANAES; 1999.
2. Article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 Avril 1996. Journal Officiel 1996;6313-14.
3. Article 29 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996. Journal Officiel 1996;6331-2.
4. Alter N. Sociologie de l'entreprise et de l'innovation. Paris: PUF; 1996.
5. Steudler F. Aspects sociologiques de l'évaluation en santé. In: Matillon Y, Durieux P, éditeurs. L'évaluation médicale: du concept à la pratique. Paris: Flammarion; 2000. p. 69-76.
6. Lombrail P, Bourgueil Y, Develay A, Mino JC, Naiditch M. Repères pour l'évaluation des réseaux de soin. Santé Publique 2000;12:161-76.
7. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, Ecole nationale de santé publique. L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations. Questions d'économie de la santé 2001;37.
8. Friedberg E. Le pouvoir et la règle: dynamiques de l'action organisée. Paris: Seuil; 1997.
9. d'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sci Soc Santé 1999;17:67-103.
10. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Rapport National du fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Paris: CNAMTS; 2000.
11. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; Ministère Délégué à la Santé. Une politique de santé. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2001.
12. Bartoli A. Le management dans les organisations publiques. Paris: Dunod; 1997.
13. Meny Y, Thoenig JC. Politiques publiques. Paris: PUF; 1989.
14. Monnier E. Quelques concepts clés pour définir un projet d'évaluation. L'évaluation au service de l'avenir. Paris: La Documentation Française; 2000. p. 77-83.
15. Laville JL, Sainsaulieu R. Sociologie de l'association: des organisations à l'épreuve du changement social. Paris: Desclée de Brouwer; 1997.
16. Le Boeuf D, Dupré C. Les réseaux de soins, vecteurs de changement dans l'organisation de la santé. Sociologies Pratiques 1999;2:51-63.
17. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction Générale de la Santé, Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale, Coordination Nationale des réseaux ville-hôpital des réseaux de santé et de proximité, Fédération régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur. Rapport provisoire sur l'ingénierie des réseaux. Available from: www.cnr.asso.fr/textesOff/
18. Strauss A, Baszanger I. La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992.
19. Reynaud JD. Les règles du jeu: l'action collective et la régulation sociale. Paris: Armand Colin; 1997.
20. Outils, pratiques, institutions pour évaluer les politiques publiques. Actes du Séminaire Plan-ENA, avril-juillet 1990. Paris: La Documentation Française; 1991.
21. Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. Evaluation d'une action de santé publique. Recommandations. Paris: ANDEM; 1995.