



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**L'ÉVALUATION DES RESEAUX DE SANTE :
QUELLE REALITE ?**

– Groupe n° 28 –

- Karine Ayache
- Yann Béchu
- Anne Cantie
- Rémi Delekta
- Frédéric Grégoire
- Jean-Marc Marin
- Léa Martini
- Martine Mouchet

Animateur
Philippe Clappier

Sommaire

1	Les caractéristiques générales de l'évaluation des réseaux	3
1.1	Les principes généraux qui président à l'évaluation des réseaux de santé.....	3
1.1.1	Définition.....	3
1.1.2	Les objectifs de l'évaluation	3
1.1.3	Les modalités de l'évaluation	4
1.1.4	La qualité de l'évaluateur	4
1.2	Le cadre réglementaire de l'évaluation	5
1.3	Les modalités pratiques de l'évaluation.....	5
2	La réalité de l'évaluation des réseaux en Bretagne	7
2.1	Un dispositif régional qui privilégie la concertation entre promoteurs et financeurs.....	7
2.1.1	Les réseaux de santé sont étroitement accompagnés par la mission régionale de santé dans leur démarche d'évaluation.....	7
2.1.2	Une relation de confiance qui se traduit par une préférence pour l'autoévaluation	8
2.1.3	L'analyse des rapports d'évaluation, un préalable indispensable à la décision de financement.....	11
2.2	Les limites potentielles du dispositif d'évaluation en Bretagne	11
2.2.1	Les rapports d'évaluation demeurent à ce jour incomplets.....	12
2.2.2	Les limites liées au choix de la procédure aux niveaux national et régional	13
2.2.3	Des moyens mal dimensionnés.....	15
2.2.4	Des pratiques professionnelles par nature peu prédisposées à l'évaluation.....	16
3	Pour faire de l'évaluation un véritable outil de pilotage et de régulation	19
3.1	Instaurer une démarche qualité.....	19
3.1.1	Mesurer les résultats de l'action des réseaux	19
3.1.2	Redéfinir la grille d'évaluation utilisée en Bretagne.....	20
3.1.3	Encourager la collaboration entre réseaux de même thématique	20
3.1.4	Mettre à disposition des réseaux une source d'informations médicales commune et accessible à tous	20
3.2	Clarifier les domaines de compétences de chacun des acteurs.....	21
3.3	Accroître les ressources.....	22
3.3.1	Prévoir les budgets nécessaires à l'évaluation	22
3.3.2	Généraliser les formations des acteurs en santé publique et en évaluation	23

Remerciements

L'ensemble du groupe tient à adresser ses remerciements à son animateur Philippe CLAPPIER pour sa disponibilité, ses éclairages et les recommandations constructives qu'il a su distiller tout au long du module. La sélection des sources documentaires dans le dossier de présentation, la mise à notre disposition de documents lui appartenant et la prise de rendez-vous avec les interlocuteurs en amont ont été autant d'éléments qui ont concouru à la réalisation de ce rapport et, nous l'espérons, à la qualité de son contenu.

Nous sommes également reconnaissants envers toutes les personnes qui ont accepté de nous recevoir en entretien et nous consacrer beaucoup de leur temps, en dépit d'un planning chargé. Ces échanges nous ont été infiniment profitables, autant d'un point de vue personnel que de celui de la réalisation de notre travail.

Nous réservons aussi une pensée chaleureuse à l'équipe de coordination du MIP pour l'immense travail induit par la gestion de trente groupes d'élèves, la définition des thèmes, la réunion des animateurs, les sessions pédagogiques, la mise à disposition de supports logistiques, et surtout pour l'inébranlable sérénité de Mmes Roy et Maffeïs face aux flux massifs et quotidiens de tickets de métro, feuilles multicolores et autres joyeusetés administratives venant inexorablement s'amonceler jour après jour sur leur table de chevet.

Enfin, le groupe tient à s'auto-congratuler pour la bonne humeur permanente qu'il a su véhiculer au cours de ce module, créant ainsi par lui-même des conditions de travail très largement appréciables.

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCRED	Association Nationale de Coordination des Réseaux de Soins aux Diabétiques
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CNESM	Comité National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale
CNR	Coordination Nationale des Réseaux
GRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRRCS	Comité Régional des Réseaux et de la Coordination des Soins
DDASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DMP	Dossier Médical Personnalisé
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
HAS	Haute Autorité en Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MRS	Mission Régionale de Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Introduction

Améliorer la qualité et la continuité des prises en charge, favoriser la coordination et la complémentarité entre les professionnels de santé tout en améliorant leur formation, détecter au plus tôt la survenance des pathologies, mettre en place des programmes d'éducation pour la santé, rendre possible une alternative à l'hospitalisation... nombreux sont les apports supposés des réseaux de santé. Les réseaux de santé sont des formes d'organisation de prise en charge du patient au sein desquelles des professionnels, issus de structures et métiers différents, interviennent pour mettre en commun leur savoir-faire et leur disponibilité au service du patient. Ils constituent ainsi un « *trait d'union entre professionnels et usagers* »¹ et reposent sur un décloisonnement entre médecine de ville et médecine hospitalière.

Les réseaux ville-hôpital ne sont pas nouveaux dans le système sanitaire. Beaucoup se sont créés il y a une vingtaine d'années de manière informelle, en privilégiant la prise en charge d'une pathologie particulière : infection au VIH, diabétologie, soins palliatifs etc. On les appelait alors « réseaux de première génération ». Les ordonnances de 1996 leur ont donné une existence juridique en les insérant dans la planification hospitalière et dans le mécanisme des dépenses d'Assurance maladie². Mais c'est surtout la loi Kouchner de 2002 qui leur offre leurs lettres de noblesse en les dotant d'un cadre juridique précis et en intégrant les dimensions de prévention et de promotion de la santé, aux côtés de celles liées aux soins.

Au-delà de la forme juridique, ce sont surtout les moyens à disposition des réseaux et leurs modes de financement qui ont évolué. A partir de 2000, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) a permis le financement d'un nombre considérable d'expériences menées par les professionnels de santé de ville³. Un tournant a été atteint en 2002 par la création, au sein de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) d'une cinquième enveloppe dédiée au financement pérenne des réseaux : la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). Cette enveloppe répartie en dotations régionales (les DRDR) sont ensuite attribuées aux promoteurs sur décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM.

Ainsi, on assiste depuis une dizaine d'années à une transformation de fond dans le paysage des réseaux de santé. Naguère reposant sur une coopération informelle et un financement aléatoire, ils jouissent désormais d'un statut juridique précis, de moyens accrus et centralisés et

¹ La santé de l'homme n°369 – Janvier-février 2004, p.15

² Deux nouveaux types de réseaux ont été créés par les ordonnances :

- ⇒ les réseaux interhospitaliers, agréés par les directeurs des agences régionales d'hospitalisation ;
- ⇒ les réseaux expérimentaux de soins, agréés par le ministre chargé de la Sécurité Sociale.

Depuis la loi de 2002, il n'existe plus qu'une seule forme de réseau : le « réseau de santé ».

d'une volonté de promotion étatique clairement affichée. Il n'est pas surprenant, dès lors, de les voir se développer : on en dénombrait 464 sur le territoire national fin 2005, contre 54 en 2002⁴.

Cette multiplication des réseaux soulève alors l'enjeu du financement : quels réseaux financer, et à quelle hauteur ? Si les fonds publics destinés aux réseaux connaissent actuellement une forte croissance⁵, ils ne peuvent pas pour autant venir en appui de toutes les initiatives ; il importe donc de sélectionner les projets. Cette nécessité prend un relief tout particulier alors que l'IGAS vient de publier un rapport qualifiant les réseaux de santé de "*dispositifs dispendieux à l'efficacité très limitée*"⁶. Le problème qui se pose alors peut se formuler de la manière suivante : sur quelles bases peut-on établir que l'action d'un réseau existant – ou bien un réseau à naître – justifie que l'on y consacre des fonds publics ?

C'est dans ce contexte que se pose la question de l'évaluation des réseaux de santé. Depuis fin 2002, des textes fixent les conditions d'organisation et d'évaluation auxquelles ils doivent se conformer⁷. A l'heure actuelle, les premiers réseaux de santé arrivent au terme des échéances réglementaires à l'issue desquelles les premiers rapports d'évaluation doivent être produits - un élément crucial duquel dépendra l'éventuelle reconduction des crédits.

Face à cette situation, il est intéressant de tenter de déterminer comment s'appliquent sur le terrain ces nouvelles dispositions et comment les acteurs concernés (promoteurs de réseau, financeurs) vivent ce mode de fonctionnement. Tel est l'objectif de ce rapport : essayer d'établir la réalité de l'évaluation des réseaux de santé. Compte tenu des moyens mis à notre disposition, il ne nous a pas paru envisageable de mener cette recherche sur l'ensemble du territoire français ; nous analyserons donc le cas spécifique de la Bretagne. Néanmoins, les conclusions qui en découleront pourront, nous l'espérons, avoir une portée plus générale.

Nous envisageons donc de définir dans un premier temps les principaux aspects de l'évaluation des réseaux de santé tels que définis par les textes, après quoi nous confronterons cette vision théorique avec les observations que nous avons pu établir en interrogeant les acteurs de terrain concernés. Enfin, à partir de nos analyses, nous essaierons de proposer des préconisations quant au développement futur de l'évaluation des réseaux de santé.

* * * * *

³ Les réseaux dits « Soubie ». Le FAQSV est néanmoins amené à disparaître au cours de l'année 2006

⁴ Source : CNAMTS au 1^{er} octobre 2005

⁵ En 2005, la DNR s'élève à 141 millions d'euros contre 105 millions en 2004, 46 en 2003 et 23 en 2002

⁶ Rapport de l'IGAS sur l'utilisation des fonds alloués aux réseaux de santé, mars 2006

⁷ Cf. notamment le décret du 17 décembre 2002

METHODOLOGIE

Le groupe, composé de deux élèves directeurs des soins, deux élèves directeur d'hôpital et quatre élèves directeur d'établissement sanitaire et social, a organisé la méthode de travail dans un souci constant de promouvoir l'interfiliarité. Chaque membre du groupe, ainsi que l'animateur présent du début à la fin, a ainsi été étroitement associé à l'ensemble des étapes du projet dans l'objectif de favoriser les échanges et de profiter des différents regards et expériences de chacun. C'est seulement lors des phases d'entretien et de rédaction que nous avons choisi de nous répartir en petites équipes.

Le sujet portait sur la réalité de l'évaluation des réseaux de santé. Pour traiter ce thème, il importait donc dans un premier temps de nous interroger sur la « théorie » de l'évaluation (fondements, objectifs, contenu, cadre réglementaire) mais, surtout, sur la pratique : qu'en est-il vraiment sur le terrain ? Ainsi, l'objet de notre recherche consistait principalement, à nos yeux, à recueillir le point de vue des acteurs de terrain concernés par cette problématique.

Pour ce faire, nous avons commencé par mener une recherche documentaire, d'abord à partir du dossier préparé par l'animateur, puis en explorant les ressources du Centre de Documentation de l'ENSP et d'Internet (cf. bibliographie). Puis nous avons sélectionné les acteurs à interviewer. Pour cette phase, nous sommes largement redevables de notre animateur qui a pris spontanément des rendez-vous en amont afin de nous permettre de rencontrer le plus d'interlocuteurs possible.

Trois catégories d'acteurs ont été sélectionnées: des promoteurs de réseaux, des représentants des institutions chargées de leur évaluation ainsi que des personnes qualifiées, expertes sur la problématique de l'évaluation. Le choix des promoteurs de réseau s'est porté sur ceux arrivant au terme de leur premier financement triennal ; à l'heure où ces lignes sont écrites, ils sont donc particulièrement sensibles à la problématique de l'évaluation. De manière parallèle, les acteurs institutionnels rencontrés sont ceux impliqués dans le recueil et l'analyse des rapports d'évaluation: URCAM, ARH, et Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Bretagne. Enfin, il nous a semblé important de nous entourer de l'avis de deux experts en matière d'évaluation : le professeur Schweyer du fait de son expérience en qualité de membre de différentes cellules d'évaluation de réseaux en Bretagne, et Madame Leboeuf pour sa participation à la rédaction du premier guide d'évaluation des réseaux à portée nationale (celui

de l'ANAES). Au total, nous avons donc choisi de rencontrer onze personnes sur neuf entretiens (cf. liste des personnes interviewées en annexe).

A partir de là, nous avons mis en place une démarche pour exploiter au mieux ces rencontres. Nous avons collectivement élaboré trois grilles d'entretien – une pour chaque catégorie d'acteurs - en listant et en regroupant les différents thèmes ayant émergé des lectures ainsi que de nos échanges. Sur les neuf interviews que nous avons menées, huit se sont déroulées sur site et une par téléphone. Les entretiens ont été menés en binôme sous une forme semi-directive, à partir de ces grilles d'entretien. Afin de tirer le maximum d'enseignements de ces rencontres, nous avons tenté d'établir une relation de confiance avec les interlocuteurs et de créer les conditions d'un discours libre et émancipé. Ainsi, nous avons employé les grilles d'entretien davantage comme une boussole pour nous repérer dans la trame du discours que comme un itinéraire fixe imposé à l'interlocuteur. Par ailleurs, afin de faciliter les échanges et d'organiser au mieux nos travaux, nous avons systématiquement réparti les rôles au sein du binôme, l'un étant chargé de la conduite de l'entretien et l'autre de la prise de notes. A plusieurs reprises, nous avons choisi de nous aider d'un enregistrement audio, avec l'accord de l'interlocuteur, afin de permettre une retranscription la plus fidèle possible de ses propos.

Immédiatement après l'entretien, chaque binôme a rédigé une synthèse écrite destinée à être communiquée aux autres membres du groupe. Cette synthèse a été à chaque fois élaborée selon une grille thématique commune établie au préalable et adaptée au gré des entretiens. C'est à partir des restitutions au sein du groupe que nous avons pu mettre au jour les diverses logiques de nos interlocuteurs et pointer les éléments de convergence et de divergence, ce qui nous a permis de dégager nos principaux points d'analyse. Ce travail a été essentiel pour l'élaboration du plan de notre rapport.

Dès lors, il a été possible d'envisager la phase de rédaction, lors de laquelle nous avons privilégié le travail en binôme pour la production de premières moutures qui ont ensuite été soumises au regard externe d'un ou plusieurs autres membres du groupe pour apporter les éventuelles corrections nécessaires. Une première version du rapport a ainsi pu être constituée avant d'être présentée à l'animateur qui a émis des recommandations. La version finale de ce rapport que nous proposons ici est la troisième.

* * * * *

1 Les caractéristiques générales de l'évaluation des réseaux

1.1 Les principes généraux qui président à l'évaluation des réseaux de santé

1.1.1 Définition

Qu'est-ce que l'évaluation ? « *L'évaluation consiste à mesurer l'écart entre un objectif et sa réalisation* »⁸. La notion d'évaluation est proche de celle de qualité ; toutes deux appellent à une réflexion des acteurs sur leurs pratiques dans le but de les améliorer. Ainsi, la Coordination Nationale des Réseaux de Santé (CNR) assimile la procédure d'évaluation à une « *démarche qualité* », qui prend la forme d'une « *procédure rétrospective qui permet de savoir où en est le projet en cours, de déterminer si l'on est dans le bon cadre, celui des critères qui ont été prédéfinis* ».

Pour autant, si elle se rapproche de la notion de qualité, l'évaluation, est à distinguer de l'**accréditation**. Si les textes rendent l'accréditation des réseaux obligatoire⁹, cette démarche n'a pas encore trouvé à s'appliquer dans les faits ; cette problématique ne fera donc pas l'objet de développements ultérieurs dans ce rapport.

1.1.2 Les objectifs de l'évaluation

Pourquoi évaluer les réseaux? Outre le fait de répondre aux obligations réglementaires (cf. infra) et de justifier l'utilité des financements demandés et leur reconduction, l'évaluation est supposée permettre au réseau d'interroger ses pratiques. Ainsi, une publication de l'association Cap Réseaux du 5 décembre 2003 énumère différents éléments montrant la valeur ajoutée d'une évaluation pour les réseaux :

- ❖ favoriser l'acquisition de savoir-faire ;
- ❖ corriger les dysfonctionnements et proposer des pistes d'amélioration ;
- ❖ in fine, améliorer la prise en charge du patient.

⁸ Cf. Guide Cap Réseaux « Repères pour une démarche d'évaluation », décembre 2003

⁹ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Comme nous serons amenés à l'envisager plus loin, au regard des informations recueillies lors de nos entretiens, l'évaluation peut également être source d'une réflexion sur soi de nature à faire évoluer la structure même du réseau, de favoriser la concertation entre réseaux, voire d'engendrer des rapprochements entre deux réseaux.

1.1.3 Les modalités de l'évaluation

Comment évaluer ? En mesurant l'écart entre les **objectifs** et leur réalisation au moyen d'**indicateurs**. A partir des recoupements entre différents guides et autres documents contenant des éléments de méthodologie de l'évaluation, nous avons pu identifier et regrouper certains items se rapportant aux objectifs et aux indicateurs.

Les objectifs peuvent être déclinés :

- en objectifs généraux (ex : assurer la coordination des soins) ;
- en objectifs opérationnels (ex : organiser des réunions de concertation).

Les indicateurs sont des instruments de mesure. On pourra distinguer :

- Les indicateurs de **structure** qui correspondent au cadre juridique du réseau : nombre d'adhérents, moyens humains, matériels et logistiques etc.
- Les indicateurs de **processus** qui se réfèrent à l'organisation du réseau : coordination des acteurs, formation, pilotage du réseau etc.
- Les indicateurs de **résultats**, pouvant s'organiser autour de différents axes :
 - ⇒ **Structurel** (ex : nombre de patients adhérant au réseau) ;
 - ⇒ **Médical** (ex : taux de mortalité) ;
 - ⇒ **Economique** (ex : coût du réseau par patient et par jour) ;
 - ⇒ **Satisfaction** (ex : degré de satisfaction des patients, mesuré à partir de questionnaires).

1.1.4 La qualité de l'évaluateur

Qui évalue ? L'évaluation peut être réalisée de deux manières :

- en interne ; ce sont les membres du réseau eux-mêmes qui procèdent à leur auto-évaluation ;
- en externe, par des prestataires extérieurs au réseau.

En outre, comme on le verra, la question de la nature de l'évaluateur externe se pose : il peut s'agir de médecins, de professionnels de santé publique, d'auditeurs etc.

1.2 Le cadre réglementaire de l'évaluation

Tout réseau régulièrement constitué doit prévoir un dispositif d'évaluation. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dispose notamment que l'évaluation constitue un préalable indispensable à l'accréditation des réseaux de santé.

L'évaluation est également une condition à remplir auprès des financeurs des réseaux pour obtenir la reconduction de crédits. Le **décret du 17 décembre 2002** impose à cet effet aux réseaux de santé de remettre aux financeurs deux types de rapports :

- ❖ Un **rapport d'activité** annuel comprenant des « éléments d'évaluation » ainsi qu'un bilan financier et des documents comptables s'y rapportant ;
- ❖ Un **rapport d'évaluation triennal** devant permettre d'apprécier les modalités suivantes : (art. D.766-1-7 du Code de la santé publique, introduit par le décret de 2002) :
 1. Le niveau d'atteinte des objectifs ;
 2. La qualité de la prise en charge (processus et résultats) ;
 3. La participation et la satisfaction des usagers et professionnels du réseau ;
 4. L'organisation et le fonctionnement ;
 5. Les coûts afférents ;
 6. L'impact du réseau sur son environnement ;
 7. L'impact sur les pratiques professionnelles.

1.3 Les modalités pratiques de l'évaluation

Si le décret de 2002 évoque les éléments qui doivent figurer dans le rapport d'évaluation, il est en revanche muet quant à la forme et aux moyens. Cela laisse une large latitude aux promoteurs de réseaux pour définir leur démarche d'évaluation, mais cela peut également générer une certaine forme d'incertitude. Pour y répondre, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, devenue depuis HAS, Haute autorité en Santé) a émis en 2001 un guide à destination des promoteurs de réseaux, revu et corrigé en 2004.

Ce guide, qui a pour vocation de s'appliquer à l'ensemble des réseaux sur le territoire national, constitue un outil d'aide à la démarche d'évaluation. Il se décompose en 2 parties :

- ❖ Une grille d'autoévaluation s'adressant aux **professionnels membres d'un réseau de santé** qui les invite à décrire le fonctionnement interne, la prise en charge des patients, l'intégration des usagers etc.
- ❖ Un cahier des charges qui a pour ambition de préparer les phases d'évaluation externe. Il établit une liste des critères devant être pris en compte pour s'assurer de la réalité du réseau, de la sécurité et de la qualité de la prise en charge des patients ainsi que de l'optimisation des ressources ou de l'adaptabilité du dispositif.

D'après les recoupements effectués de nos différentes lectures, nous pouvons faire apparaître que cet évaluateur est supposé intervenir à trois moments dans la vie du réseau :

- ❖ Dès la **création** du réseau. Au cours de cette première phase, le rôle de l'évaluateur externe s'apparente à une mission d'accompagnement de projet : Il doit montrer l'importance de l'évaluation et aider le réseau à définir des objectifs;
- ❖ Dans la phase de **montée en charge**, l'évaluateur externe vérifie que les conditions nécessaires au bon fonctionnement du réseau sont réunies, c'est-à-dire que les objectifs fixés ont une bonne probabilité d'être atteints ;
- ❖ Dans la phase de **stabilisation** de l'activité du réseau, l'évaluateur émet une appréciation documentée sur le fonctionnement du réseau.

Il est important à ce stade de préciser que ce sont bien les promoteurs des réseaux qui, *in fine*, déterminent leur dispositif d'évaluation. Ainsi le guide de l'ANAES ne constitue en aucun cas un cahier des charges obligatoire, mais bien un instrument venant en appui des réseaux. On notera d'ailleurs que certaines régions ont jugé opportun de proposer à leurs réseaux un guide spécifique ; c'est notamment le cas de la Bretagne et de l'Aquitaine, dont les instances en charge de l'évaluation ont conçu une grille d'évaluation qui prend ses distances par rapport au modèle de l'ANAES. La présentation détaillée de cette grille fera l'objet de la deuxième partie de ce rapport sur l'analyse de la situation en Bretagne.

* * * * *

2 La réalité de l'évaluation des réseaux en Bretagne

Avant d'aborder la réalité de l'évaluation en Bretagne, il nous a paru utile de dresser un rapide état des lieux de l'offre existante en termes de réseaux de santé dans cette région.

A l'heure où ces lignes sont écrites, la région Bretagne compte 38 réseaux de santé financés. Comme sur le reste du territoire, le nombre de réseaux a connu une croissance rapide au cours des quatre dernières années, passant de 8 à 38 entre 2002 et 2006. Ils sont regroupés en dix domaines d'activité : oncologie, soins palliatifs, diabétologie, personnes âgées, périnatalité, risques cardio-vasculaires, maladies chroniques, handicap, cardiologie, addictologie.

Parmi ces 38 réseaux, 13 sont concernés par l'arrivée à échéance du rapport triennal d'évaluation, parmi lesquels notamment les trois réseaux dont nous avons pu interviewer les promoteurs:

- ❖ le réseau ADEPAFIN (périnatalité) dans les Côtes d'Armor, financé à hauteur de 135 000 €
- ❖ le réseau RESPECTE (soins palliatifs) dans le Finistère, financé à hauteur de 165 000 €
- ❖ le réseau DIABETE 35 dans l'Ille-et-Vilaine, financé à hauteur de 265 000 €

Ces réseaux ont été les premiers à expérimenter le dispositif d'évaluation élaboré en Bretagne.

2.1 Un dispositif régional qui privilégie la concertation entre promoteurs de réseaux et financeurs

2.1.1 Les réseaux de santé sont étroitement accompagnés par la mission régionale de santé dans leur démarche d'évaluation

La maîtrise de l'évaluation des réseaux est dévolue à la **Mission Régionale de Santé**. La MRS est constituée par une convention signée entre les directeurs de l'ARH et de l'URCAM. Guichet unique à l'attention des réseaux, elle a vocation à instruire les demandes de financement au titre de la DRDR ainsi que d'offrir un appui méthodologique à la constitution des réseaux.

Au sein de la MRS est constitué un **secrétariat technique**, composé de deux représentants de l'URCAM et d'un représentant de l'ARH à la CRAM, que nous avons eu la chance de rencontrer tous les trois). Ce secrétariat est destinataire des projets de réseaux ; il enregistre les dossiers et se prononce sur leur recevabilité. Au-delà de cette fonction formelle, cette structure intervient en appui des réseaux pour les aider à mettre en place leur évaluation. C'est là une spécificité de la région Bretagne, dont la MRS envisage véritablement l'évaluation comme une démarche concertée entre promoteurs et financeurs.

Ainsi la MRS, loin de se limiter à envoyer et réceptionner des grilles d'évaluation, prend soin de rencontrer à plusieurs reprises les promoteurs afin de leur expliquer la démarche d'évaluation, les sensibiliser à l'intérêt de cette procédure, leur en expliquer les tenants et aboutissants, les aider à remplir la grille et la faire évoluer au fil de l'eau lorsqu'il apparaît que certains points sont inadaptés. C'est donc toute une démarche **d'accompagnement des réseaux** dans l'évaluation qui est à l'œuvre en Bretagne.

Cette coopération entre financeurs et promoteurs est généralement très bien perçue par ces derniers, qui la jugent « *constructive* ». Elle permet à chacun de réfléchir à ses pratiques ; certains promoteurs jugent même qu'elle contribue au « *décloisonnement des milieux professionnels* » dans le domaine de la santé publique.

Il ressort également de nos entretiens que cette démarche propre à la Bretagne est de nature à générer des effets bénéfiques auxquels on ne s'attendait pas nécessairement au départ. Ainsi nos interlocuteurs ont souligné que cette réflexion commune a amené les réseaux à dialoguer entre eux et à établir les bases d'une coordination. Certains ont même poussé la démarche jusqu'à aboutir à une restructuration de l'offre en matière de réseaux ; une fusion entre un réseau de diabétologie (Codiab) et un réseau consacré aux pathologies cardiovasculaires (Kalon'ic) est ainsi actuellement en cours.

2.1.2 Une relation de confiance qui se traduit par une préférence pour l'autoévaluation

A) Une autoévaluation annuelle pour faire le point sur son activité

Cette démarche de concertation trouve son aboutissement dans le dépôt des rapports annuels et triennaux d'évaluation. La MRS analyse le rapport d'activité annuel élaboré par le réseau pour éventuellement réajuster les crédits alloués pour trois ans. A ce stade, il convient de noter que, pour les financeurs comme pour les promoteurs, l'auto évaluation est jugée utile non seulement pour suivre l'activité des réseaux et justifier des dépenses mais aussi pour initier

chez les promoteurs une démarche qualité permettant l'adaptabilité de la structure. Les réseaux utilisent alors les données collectées tout au long de l'année pour rendre compte de leur activité. A ce titre, un certain nombre d'indicateurs sont communément employés. L'URCAM de Bretagne cite par exemple :

- Le nombre d'adhésions de patients au réseau ;
- Le nombre d'adhésions de professionnels ;
- La file active (nombre de personnes prises en charge à un instant t) ;
- Des indicateurs ayant pour but de déterminer la coordination à l'intérieur du réseau comme le nombre de signatures de conventions entre les membres/institutions du réseau (ex : entre hôpital et médecins libéraux pour l'utilisation d'un équipement lourd) ;
- Le fonctionnement du réseau : personnes salariées, nombre de réunions, formalisation des décisions (procès-verbaux), équipement de communication (Internet, forums annuels...) ;
- Des indicateurs ayant pour but de déterminer la coordination avec les autres partenaires : les réseaux, associations de patients, collectivités territoriales, les établissements de santé, URML.

Beaucoup d'autres indicateurs sont laissés à l'initiative des réseaux, en fonction de leur thématique particulière. La présentation des résultats est également laissée libre. A titre d'exemple, le réseau Diabète 35 organise sa présentation en deux parties :

- ❖ la première est consacrée au bilan de l'année : nombre d'adhésions, fonctionnement interne, éducation, dossier médical partagé, etc. ;
- ❖ la deuxième évoque les projets et les perspectives pour l'année à venir : extension d'activité, prévention des risques vasculaires, dépistage de la rétinopathie, insulinothérapie, évaluation des pratiques professionnelles, etc.

Tous les acteurs rencontrés nous ont fait part de leur souhait de conserver cette souplesse dans le choix des indicateurs car leur pertinence est variable selon la thématique du réseau. Citons à cet égard l'un des membres de la MRS soulignant que le nombre d'adhérents est peu significatif pour un réseau de soins palliatifs, car une inscription à ce type de réseau peut signifier pour le patient qu'il se « *prépare à la mort* » ; un acte symbolique difficile à formaliser. De même, le directeur du réseau RESPECTE a attiré notre attention sur le fait qu'un indicateur de satisfaction des patients à la suite d'un traitement n'a guère de sens dans un réseau de soins palliatifs.

B) Une autoévaluation triennale revêtue de l'enjeu de la reconduction des financements

Le rapport triennal (rapport d'évaluation) vise à décider de la reconduction des crédits pour trois ans. Ce rapport se structure selon la grille commune pour l'évaluation des réseaux en Bretagne.

Le déroulement de la procédure prend la forme suivante : deux rencontres entre la cellule d'évaluation et le promoteur de réseau vont permettre de s'assurer que le réseau a bien pris en compte les préoccupations de l'évaluation. La première rencontre vise à expliquer aux promoteurs la démarche de l'évaluation et à présenter la grille ; la seconde intervient avec la cellule d'évaluation composée d'un représentant du secrétariat technique, d'un financeur et d'un médecin conseil en charge de la thématique.

Au terme de ces deux rencontres, la cellule d'évaluation de la MRS rend un préavis technique au Comité Régional des Réseaux et de la Coordination des Soins (CRRCS). Le CRRCS est une instance consultative constituée de membres de l'ARH, de l'URCAM, de représentants d'usagers, de médecins libéraux, du directeur de la CPAM, etc. Il entend la présentation du projet par le promoteur. Les membres du comité échangent avec le promoteur puis émettent un avis motivé.

Pour conduire les premières évaluations triennales de la région Bretagne, une nouvelle **grille d'évaluation** a été façonnée en tout début d'année 2006 par la MRS. Elle se présente de la façon suivante :

- 1) Un préambule qui rappelle les objectifs de l'évaluation ;
- 2) Une présentation générale du réseau : coordonnées, objectifs, population et aire géographique concernées etc. ;
- 3) Une première partie avec 4 items : l'environnement du réseau, le fonctionnement du réseau, l'intégration des usagers dans le réseau et l'intégration des professionnels de santé dans le réseau ;
- 4) Une deuxième partie avec 3 items : qualité de la prise en charge, résultats de la prise en charge, financement du réseau.

Chaque réseau est libre de choisir les indicateurs relatifs à leur domaine d'intervention notamment dans la deuxième partie (partie notamment consacrée à la qualité). Par exemple, à la question « faites-vous un suivi des résultats de la prise en charge par le réseau »¹⁰, le réseau Diabète 35 répond par des indicateurs médicaux (dosage biologiques, électrocardiogramme, examens ophtalmologiques etc.). Du reste, les réseaux devant faire l'objet d'une évaluation triennale ont été étroitement associés à l'édification de la grille, ce qui a été fortement apprécié.

2.1.3 L'analyse des rapports d'évaluation, un préalable indispensable à la décision de financement

Suite à l'avis rendu par la CRRCS, la cellule d'évaluation de la MRS chargée d'apprécier le rapport d'évaluation se prononce sur la reconduction des crédits pour une période de trois ans. Le financement est arrêté en dernier ressort par décision conjointe des directeurs de l'URCAM et de l'ARH. En cas d'avis défavorable de la MRS, le financement n'est pas pour autant suspendu. « *Ce n'est pas l'esprit de la démarche* », nous précise l'un des membres de la cellule d'évaluation. Les crédits sont reconduits, non pas sur trois ans mais un an, avec à la clef un audit qui déterminera de manière définitive si le financement peut se poursuivre ou pas.

Il est ainsi admis de manière consensuelle qu'il faut laisser une « deuxième chance » au réseau ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable. On peut saluer cette démarche en tant qu'elle laisse un droit à l'erreur ; sous un autre angle, on peut mettre en question la portée de l'évaluation au regard de l'utilité d'un réseau et de la légitimité de son action. En effet, c'est bien l'objet premier de l'évaluation que de déterminer si l'action d'un réseau mérite d'être financée ou s'il vaut mieux réserver les fonds publics à d'autres initiatives plus « judicieuses ». Ce regard sur les limites potentielles du processus d'évaluation fait l'objet du point suivant.

2.2 Les limites potentielles du dispositif d'évaluation en Bretagne

Les éléments obtenus lors de notre recherche nous amènent à penser que la démarche d'évaluation prévue par les textes depuis 2002, en dépit des efforts et des moyens qui y ont été consacrés, reste encore à ce jour inaboutie. Les trois premiers rapports d'évaluation remis par des réseaux de santé faisant partie de la « première vague » (c'est-à-dire ayant été créés peu

¹⁰ Cf. grille d'évaluation des réseaux de santé, MRS de Bretagne, février 2006

après la loi du 4 mars 2002) n'ont que partiellement atteint les objectifs eu égard aux obligations réglementaires.

2.2.1 Les rapports d'évaluation demeurent à ce jour incomplets

A) Une absence de mesure de l'efficacité de l'action des réseaux

L'un des principaux intérêts de l'évaluation est sans aucun doute de permettre d'établir si un réseau est efficace ou pas. Ainsi, pour que l'évaluation prenne tout son sens, il faudrait pouvoir être en mesure de déterminer si tel réseau de diabétologie permet de diminuer le nombre d'amputations, si tel réseau de périnatalité contribue à réduire le nombre d'enfants prématurés etc. Or à ce jour, comme les autorités en charge de l'évaluation nous l'ont elles-mêmes confié, l'évaluation permet surtout de mesurer « *la qualité du **fonctionnement** des réseaux* », ainsi que l'intégration des usagers et des professionnels. On peut ainsi, à la lecture des rapports d'évaluation, déterminer le nombre de réunions qui se sont tenues, apprécier le niveau de concertation entre professionnels, etc. En revanche, il n'y a que très peu d'éléments sur l'impact de l'action du réseau, ce qui constitue pourtant l'un des principaux motifs présidant à la démarche d'évaluation.

B) Des lacunes dans la formalisation des objectifs initiaux

Cette insuffisance dans la mesure de l'impact peut s'expliquer en grande partie par le manque de définition d'objectifs initiaux. Tout le monde s'accorde sur le fait que l'évaluation mesure les écarts entre la réalité et les objectifs fixés au départ ; encore faut-il que ces objectifs existent. Or nous avons pu constater que, très souvent, les acteurs n'avaient pas envisagé cette démarche dès la constitution du réseau et se retrouvaient plus ou moins contraints d'« improviser » des objectifs en cours de route. On peut sans doute imputer cette lacune au fait que l'évaluation des réseaux est encore un processus récent et que les promoteurs manquaient de recul au moment de la constitution des réseaux. Quoi qu'il en soit, il ne saurait y avoir d'évaluation sans la détermination d'objectifs préalables.

C) Une grille d'évaluation qui omet de mesurer certains aspects

Les interlocuteurs interrogés ont quasi unanimement décrié le manque de réalisme du guide d'évaluation de l'ANAES pour son défaut d'adaptation aux réalités du terrain, ce qui explique en grande partie l'élaboration par l'ARH et l'URCAM de Bretagne d'une grille d'évaluation

spécifique aux réseaux bretons. On rappellera en outre que cette grille s'est élaborée au fil de l'eau, en concertation avec les acteurs des réseaux, ce qui lui confère une légitimité d'autant plus forte.

Pour autant, nous avons pu relever dans cette grille, distribuée uniformément à l'ensemble des réseaux, certains manques de nature à mettre en doute sa capacité à répondre favorablement aux objectifs et aux enjeux de l'évaluation. A titre d'exemple, il nous a paru assez étonnant de constater qu'elle ne faisait pas figurer l'évaluation de la satisfaction des usagers quant à leur prise en charge par le réseau. Par conséquent, les rapports d'évaluation remis à la MRS sont le plus souvent muets sur ce sujet. Or, il s'agit de l'une des sept modalités présentes dans le décret du 17 décembre 2002 devant impérativement être appréciées dans le rapport d'évaluation. Certains réseaux ont spontanément mené des enquêtes de satisfaction auprès des usagers, notamment afin d'"étouffer leur dossier" et, partant, d'augmenter leurs chances de voir leur financement reconduit, mais une telle démarche est vue par la MRS comme "*facultative*", d'après les termes de nos interlocuteurs.

D) Les limites du modèle d'une grille unique pour des réseaux de thématiques différentes

Par ailleurs, s'il est vrai que le modèle unique de l'ANAES peut apparaître comme inadéquat au regard des diverses réalités recouvertes par l'ensemble des réseaux au niveau national, ce constat peut aussi se transposer au niveau régional: une grille unique pour tous les réseaux, quel que soit leur domaine d'intervention, permet-elle de comparer efficacement les réseaux entre eux ? Les indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des réseaux de soins palliatifs peuvent sensiblement varier de ceux traitant de la périnatalité. Dès lors, il importe de faire travailler ensemble les réseaux oeuvrant dans une même thématique afin qu'ils déterminent des indicateurs communs. Cette démarche est d'ailleurs actuellement en cours de réflexion à l'URCAM de Bretagne, et elle devrait d'ici peu être diffusée auprès des réseaux bretons.

Outre la grille elle-même, il importe de s'interroger sur le choix de la démarche dans son ensemble afin d'en discerner les éventuelles limites.

2.2.2 Les limites liées au choix de la procédure aux niveaux national et régional

A) Les problèmes liés à la périodicité des évaluations

Il est généralement admis que la qualité de l'action d'un réseau s'apprécie sur le long terme, alors que le financement est une logique de court terme. Les réseaux de santé sont encore jeunes (les premiers sont apparus en 2002) et nombre d'entre eux estiment qu'il est encore trop

tôt pour se prononcer sur l'efficacité des résultats. Par ailleurs, certains observateurs, dont l'un des experts interviewés, signalent que les logiques des financeurs et des promoteurs de réseau reposent sur des temporalités différentes. *"C'est aussi cela la difficulté de l'évaluation, on est dans des temporalités financières courtes proches des temporalités politiques (il faut montrer que cela marche) et en même temps c'est un investissement à long terme"*. D'après lui, l'évaluation de l'impact médico-économique des réseaux devrait reposer sur des délais de l'ordre de 6 à 8 ans, et non 3 ans. Il importe néanmoins de spécifier qu'en choisissant des délais plus longs, on s'expose au risque de financer pendant longtemps des réseaux « inutiles », qui prennent en charge un nombre insignifiant de patients ou bien dont l'impact médico-économique est négligeable. En outre, aucun de nos interlocuteurs du côté promoteurs ne s'est plaint de la périodicité des évaluations.

C'est donc ici le cadre réglementaire national qui est en cause. Néanmoins, la procédure d'évaluation se définit également à l'échelon régional, notamment sur l'impulsion de la MRS.

B) Le choix de l'autoévaluation en Bretagne pose le problème de l'objectivité des réponses

Comme il a été évoqué précédemment, l'évaluation en Bretagne repose essentiellement sur une autoévaluation en interne. Il revient donc aux promoteurs eux-mêmes de fournir les éléments relatifs à la qualité de leur action. On pourrait penser que ces données fassent l'objet d'un audit de contrôle diligenté par les financeurs pour s'assurer de leur réalité. Or ce n'est pas le cas ; les réseaux interrogés ainsi que l'URCAM nous ont confirmé que la démarche d'évaluation était basée sur une relation de confiance réciproque. D'où cette interrogation légitime sur l'objectivité des réponses: une évaluation reposant uniquement sur la confiance n'est-elle pas sujette à caution? Cette question revêt d'autant plus d'acuité que les promoteurs ont tout intérêt à ce que leur évaluation soit positive pour voir leur financement reconduit. Ce constat s'applique également aux MRS qui, elles aussi, ont intérêt à montrer à la CNR que les fonds qui leur sont alloués sont bien utilisés par les réseaux dont ils assurent le financement.

Au surplus, les promoteurs de réseau eux-mêmes ont parfois souligné qu'une évaluation en interne ne pouvait être totalement satisfaisante. L'idéal, ajoutent-ils, serait de recourir à un audit extérieur en plus de l'autoévaluation ; encore faut-il pour cela disposer des moyens nécessaires.

2.2.3 Des moyens mal dimensionnés

A) Une faiblesse des moyens financiers

Il ressort de nos entretiens, mais aussi de nos lectures¹¹ que les réseaux estiment manquer de moyens financiers pour mener une démarche d'évaluation de qualité. Il est intéressant à ce stade de noter la faiblesse des budgets consacrés à l'évaluation dans les réseaux bretons ; sur les 36 réseaux financés recensés fin 2005, seuls 11 d'entre eux faisaient apparaître l'item "évaluation" dans leur budget. En moyenne, les réseaux bretons consacrent 0,32% de leur budget à l'évaluation.¹²Ce chiffre est toutefois à relativiser en ce qu'il occulte l'investissement humain qui y est afférent, denrée d'autant plus précieuse que les ressources humaines sont faibles. La plupart des réseaux bretons disposent de moins d'un équivalent temps plein de médecin et à peine plus en termes d'infirmières, psychologues, secrétaires etc.

De fait, soit l'évaluation est réalisée par un évaluateur externe, auquel cas il faut pouvoir dégager des marges de manœuvre financières pour le rétribuer; soit elle est réalisée en interne, et ce sont les ressources humaines qui sont mises à contribution. Le couple ARH-URCAM en Bretagne s'est résolument engagé vers la deuxième option, à savoir qu'il encourage les promoteurs de réseaux à s'auto-évaluer, non seulement pour des raisons financières, mais aussi parce qu'il est important de pouvoir se connaître pour s'améliorer. "*C'est un regard sur soi qui entraîne une **responsabilisation** des acteurs*" et une appropriation de la démarche, explique la représentante de l'ARH à la CRAM de Bretagne. En outre, le binôme ARH-URCAM est prêt à mettre des "*moyens humains*" à disposition des réseaux, à condition que les objectifs opérationnels du réseau soient clairement affichés. De même, l'URML se déclare prête à apporter un soutien aux promoteurs pour définir ces objectifs.

En dépit de ces volontés affichées de soutien, les promoteurs estiment que les fonds manquent. Malgré sa forte progression en Bretagne depuis 2002, la DRDR n'excède pas 9 millions d'euros pour 38 réseaux. Rappelons par ailleurs que le FAQSV, destiné à la création et l'expérimentation de réseaux, est amené à disparaître en 2006 et que désormais la consolidation des réseaux existants ne pourra se faire que par la DRDR. Ceci nous laisse à penser que les nouvelles créations de réseaux devront répondre à un cahier des charges plus contraignant, qui devra prévoir dès l'origine le financement de l'évaluation des réseaux. C'est

¹¹ cf. notamment la revue "Filières et Réseaux de Santé de septembre-octobre 2005 p.46

¹² Source : CRAM de Bretagne

d'ailleurs la position des financeurs, qui regrettent que nombre de promoteurs aient omis d'inclure les coûts afférents à l'évaluation dans leur budget, ou bien les aient sous-estimés. On notera toutefois que certains promoteurs ont tenté d'obtenir des fonds pour financer leur évaluation externe, mais que les budgets qu'ils ont présentés ont été rejetés par les financeurs qui les jugeaient excessifs.

B) Un manque d'informations en matière d'épidémiologie

Outre l'argent, c'est aussi l'information qui manque. Nous avons pu constater que les promoteurs de réseaux en Bretagne - mais on peut certainement généraliser ce constat à l'ensemble du territoire- manquaient de données en matière d'épidémiologie pour bâtir des indicateurs pertinents. Par conséquent, s'ils veulent être rigoureux dans leur analyse, les réseaux sont obligés de construire leurs propres bases de données; *"les réseaux, même si ce n'est pas forcément à eux de le faire, doivent s'enrichir de mesures épidémiologiques préalables indispensables à l'évaluation"*, note l'un de nos experts.

On notera que cette absence de mise à disposition de système d'information peut être imputée à la jeunesse des réseaux de santé et des dispositifs concernés; il serait encore trop tôt pour envisager une évaluation aussi fine qu'on pourrait le souhaiter, ce qui pose là encore la question de la temporalité.

Outre les moyens à disposition, nous avons relevé que certains éléments liés à la culture professionnelle des acteurs concernés pouvaient faire obstacle à la conduite d'une bonne évaluation.

2.2.4 Des pratiques professionnelles par nature peu prédisposées à l'évaluation

A) Un déficit de culture d'évaluation

Si personne ne conteste la nécessité pour les promoteurs de réseaux de rendre des comptes auprès des autorités de financement (URCAM / ARH) quant à l'utilisation de fonds publics - d'autant qu'elles-mêmes sont comptables devant la CNR (Coordination Nationale des Réseaux) – l'évaluation peut apparaître chez certains promoteurs de réseaux comme une activité chronophage qui les détourne de leur objectif prioritaire. Cela explique que les premiers rapports d'activité annuels remis à la MRS aient été jugés comme étant *"très légers"*, pour reprendre les dires d'un de nos interlocuteurs. Par ailleurs, l'évaluation est souvent perçue

comme un risque, une « épée de Damoclès » pesant sur les promoteurs qui y voient un élément permettant aux financeurs de justifier l'arrêt d'un financement.

On peut analyser cet état de fait comme étant la résultante d'un manque de culture de performance des acteurs de santé publique. "C'est peut être un manque de culture au départ", note l'un de nos interlocuteurs, avant d'ajouter: "Ce n'est pas une affaire de moyens, c'est une affaire d'apprentissage et d'état d'esprit." Entre autres contributions, on évoquera celle du sociologue Fernando Bertolotto qui évoque un "déficit de culture" chez les acteurs de terrain en matière d'évaluation et de santé publique. "Ce déficit ne leur permet pas toujours de formuler et argumenter leur expérience de manière suffisamment étayée lorsqu'elle apparaît à côté des référentiels"¹³. Cette idée, largement partagée par les personnes interrogées, pose la question de la formation initiale des acteurs de terrain en matière d'évaluation, ainsi que de son éventuel renforcement par une formation continue. A titre d'exemple, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) propose systématiquement à l'ensemble des nouveaux intervenants en promotion de la santé une formation initiale de quatre jours, véritable socle méthodologique commun centré sur l'évaluation des actions de santé. Toutefois, rares sont les réseaux de santé en Bretagne qui disposent des moyens et/ou de la volonté nécessaires pour généraliser ce type de pratiques.

Néanmoins, on peut combler en partie les lacunes de formation par une communication adéquate. Il importe de préciser que les réticences à se livrer au jeu de l'évaluation tendent à se dissiper dès lors que les financeurs prennent le temps d'accompagner les professionnels dans leur procédure d'évaluation, leur détailler l'intérêt de cette démarche et leur permettre, in fine, d'en tirer tous les bénéfices. C'est d'ailleurs l'esprit de la démarche menée par l'URCAM de Bretagne. Au final, les promoteurs des réseaux bretons sont jugés par les financeurs comme « plutôt coopératifs » ; une impression qui se vérifie auprès des promoteurs interrogés. Ils s'accordent généralement à dire que l'évaluation constitue réellement une démarche intéressante, à condition toutefois d'y « mettre les moyens ».

On notera à titre subsidiaire que ce déficit de formation peut également s'appliquer aux financeurs, qui estiment parfois manquer de recul théorique pour appréhender la question de l'évaluation. Ainsi, certains de nos interlocuteurs de l'URCAM de Bretagne ont appelé de leurs vœux la généralisation d'une formation des professionnels de santé de la MRS pour répondre au mieux aux nécessités liées aux procédures d'évaluation.

¹³ cf. la revue La Santé de l'homme de janvier-février 2004, p.21

B) Les réticences des médecins à l'évaluation

Parmi les principaux facteurs susceptibles de remettre en cause la pertinence des évaluations, certains relèvent la question de la « *qualité de l'évaluateur* ». Nos interlocuteurs nous ont confié que la plupart des médecins estimaient que l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'impact médical des réseaux devait relever exclusivement du monde médical. Ainsi, les médecins sont réticents à se faire évaluer par d'autres personnes que des médecins, voire à s'évaluer entre eux. A titre d'exemple, l'un de nos interlocuteurs nous a fait part de la circonspection d'un médecin-conseil participant à une cellule d'évaluation, dans un réseau de Lorient, à "évaluer *ce que faisait ses collègues libéraux*". On notera d'ailleurs que l'évaluation constitue une nouveauté pour les médecins libéraux qui n'avaient jusqu'ici jamais été confrontés à ce cas de figure. Enfin, il nous est apparu que certains praticiens voyaient dans le développement de l'évaluation les prémises d'une "procéduralisation" pouvant aboutir à une "*dérive technocratique*", selon les dires d'un des promoteurs de réseau interrogés.

Et même lorsque les médecins acceptent l'idée d'évaluer leurs pairs, la question de l'objectivité de cette évaluation se pose. L'un des experts interrogés évoque les risques de corporatisme : "*Il y a donc un vrai problème car quand on est entre confrères, il y a une solidarité de groupe et le discours n'est pas le même. Le médecin de santé publique, c'est un regard distancié mais est-ce vraiment un regard externe ?*" précise-t-il.

Tous ces éléments mettent en évidence les faiblesses de la démarche d'évaluation telle qu'elle existe aujourd'hui et rappellent que l'évaluation, en Bretagne comme ailleurs, est encore un processus récent qui demande à se développer. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les recommandations que nous avons pu formuler en réponse à nos analyses et qui font l'objet de la troisième partie de ce rapport.

* * * * *

3 Pour faire de l'évaluation un véritable outil de pilotage et de régulation

Comme il a été évoqué précédemment, il apparaît que l'évaluation, telle qu'elle est pratiquée en Bretagne, est porteuse de nombreux bienfaits, mais qu'elle ne remplit encore que partiellement ses attributions au regard des objectifs réglementaires et des valeurs qui la sous-tendent. Ce constat nous amène à formuler des propositions afin d'instaurer une démarche qualité, clarifier les domaines de compétences et accroître les ressources dédiées à l'évaluation.

3.1 Instaurer une démarche qualité

L'évaluation telle qu'elle est pratiquée répond à une obligation réglementaire et ne s'inscrit pas toujours dans une véritable démarche qualité. En effet, il est nécessaire de faire du rendez-vous triennal une véritable occasion de comparer les résultats atteints au regard de leurs objectifs initiaux.

3.1.1 Mesurer les résultats de l'action des réseaux

C'est ce qui fait le plus défaut à l'heure actuelle : l'incapacité des réseaux à déterminer si leur action est efficace ou pas. C'est d'ailleurs l'un des principaux griefs adressés aux réseaux par le rapport de l'IGAS évoqué précédemment. A ce jour, il n'est pas réellement possible d'apprécier si l'action d'un réseau permet effectivement d'améliorer la santé des patients pris en charge et, dans quelle mesure.

Pour parvenir à ce type de mesure, il nous apparaît primordial que les réseaux établissent, dès leur constitution, des objectifs chiffrés et précis. La qualité de l'évaluation dépendra étroitement de la manière dont les objectifs ont été posés au départ. Il importe donc d'inciter les promoteurs à envisager des objectifs dès la création du réseau et de les réactualiser régulièrement selon l'évolution de leur activité. La généralisation de formations des acteurs aux problématiques de l'évaluation peut être de nature à faciliter cette prise de conscience (cf. infra).

3.1.2 Redéfinir la grille d'évaluation utilisée en Bretagne

Il est également indispensable que les rapports d'évaluation remis aux financeurs prennent en compte l'ensemble des items définis par le décret de 2002. Or à ce jour, il manque entre autre la mesure de la satisfaction des usagers et des professionnels, l'impact du réseau sur son environnement ainsi que sur les pratiques professionnelles. Il serait donc souhaitable que la grille d'évaluation invite les promoteurs à se conformer aux exigences réglementaires.

3.1.3 Encourager la collaboration entre réseaux de même thématique

Non seulement l'évaluation doit être fiable, mais en plus elle doit permettre aux financeurs de comparer les performances des différents réseaux, à tout le moins ceux qui oeuvrent au sein d'une même thématique. Il est donc important d'inciter les promoteurs de réseau ayant une activité similaire à élaborer en commun une grille d'indicateurs unique. Ce travail est déjà en cours de réflexion en Bretagne ; il ne reste qu'à le développer.

3.1.4 Mettre à disposition des réseaux une source d'informations médicales commune et accessible à tous

Nos observations nous ont conduit à penser que les acteurs oeuvrant au sein des réseaux n'étaient pas forcément les plus à même d'évaluer les coûts réels de la prise en charge et les conséquences afférentes en termes d'efficacité économique. Ils manquent pour cela d'un accès central aux données médicales et épidémiologiques indispensables pour développer leurs indicateurs. Nous recommandons donc la mise en place d'un système d'informations commun à tous les réseaux sur le territoire national, alimenté par les données du ministère de la santé, de l'Assurance-Maladie, de l'Inserm et toute autre instance à même de produire des informations de nature à soutenir les réseaux dans leur action. La mise à disposition de cette base d'informations s'avère d'autant plus nécessaire qu'elle est supposée permettre de mener des travaux d'épidémiologie capables d'enrichir les politiques de santé publique.

3.2 Clarifier les domaines de compétences de chacun des acteurs

Une certaine ambiguïté plane sur les rôles de chacun des acteurs dans la démarche évaluative et sur la forme que doit prendre cette évaluation. Afin d'y remédier, il est nécessaire de préciser tant la responsabilité de chacun que la forme que doit prendre cette évaluation.

3.2.1 Responsabiliser les acteurs

Dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et dans l'esprit de l'évolution du fonctionnement des services publics en général, il nous paraît important d'associer les réseaux de santé à cette démarche. De ce point de vue, l'établissement d'un contrat d'objectifs et de moyens entre le promoteur de réseau et les financeurs permettrait de conforter l'évaluation en tant que les deux parties s'engagent mutuellement. La formalisation d'un engagement réciproque serait de nature à responsabiliser les partenaires pour tendre vers une évaluation de meilleure qualité.

3.2.2 Combiner évaluation externe et autoévaluation

Le fait que l'évaluation soit réalisée en interne nous amène à poser la question de l'objectivité des données incluses dans le rapport. Face à cela, il nous semble important d'ajouter le regard d'un évaluateur extérieur aux réseaux aux réflexions menées en interne, sans toutefois écarter la nécessaire réflexion amenée par l'autoévaluation. S'il est vrai qu'un simple audit externe ne saurait constituer une approche satisfaisante pour les réseaux car elle ne leur permettrait pas d'interroger leurs pratiques, une démarche uniquement fondée sur l'autoévaluation ne nous apparaît pas non plus optimale, du fait que les professionnels du réseau ne peuvent avoir le recul nécessaire, notamment sur les items relatifs à la qualité de la prise en charge des patients ainsi qu'à l'optimisation des ressources et à l'adaptabilité du dispositif. Les acteurs institutionnels devraient donc inciter les promoteurs de réseau à adopter cette double approche dans la mise en œuvre de leur évaluation.

3.2.3 Préciser le rôle des acteurs

La question porte alors sur la nature de l'évaluateur externe : qui doit mener cette évaluation externe ? On peut envisager de faire appel à un cabinet privé, ou bien imaginer que des auditeurs externes agréés au niveau national (par exemple la CNR ou bien l'HAS) ou bien au niveau régional (MRS) spécialement formés à l'évaluation interviennent en appui. On notera à titre de comparaison qu'il est prévu que l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux soient soumis à une procédure semblable, reposant sur une évaluation externe réalisée périodiquement par des organismes extérieurs habilités par le Comité National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (CNESM). Il ne semble pas déraisonnable d'imaginer une procédure semblable pour l'évaluation des réseaux de santé.

3.3 Accroître les ressources

3.3.1 Prévoir les budgets nécessaires à l'évaluation

L'évaluation est une démarche qui s'inscrit sur le long terme et les rapports ne sauraient s'établir dans l'urgence, au risque de compromettre leur fiabilité.

Pour ce faire, il est impératif que les promoteurs de réseaux envisagent les coûts afférents à l'évaluation dans leur budget annuel, et ce dès leur création. Force est de constater que dans la région Bretagne, cette attitude est encore insuffisamment adoptée (à peine un quart des réseaux font apparaître l'item «évaluation» dans leur budget). Il appartient aux financeurs d'inciter les promoteurs à prévoir les financements nécessaires à leur évaluation, ainsi que le temps à y consacrer.

Les financeurs assignent aux promoteurs des réseaux une évaluation exhaustive. Pour la rendre effective, ils se doivent d'allouer aux réseaux des moyens à la hauteur des ambitions affichées. Face à cette perspective, il est impératif d'isoler, dès le vote de l'ONDAM, les moyens affectés à l'évaluation des réseaux.

3.3.2 Généraliser les formations des acteurs en santé publique et en évaluation

Comme évoqué précédemment, il ressort des entretiens menés que nombre de promoteurs rencontrent des difficultés à établir un rapport d'évaluation du fait d'un déficit en termes de culture de santé publique et d'évaluation. L'idéal serait de proposer à chaque promoteur, ainsi qu'aux professionnels oeuvrant au sein des cellules d'évaluation – y compris les médecins - une formation initiale sur le modèle de celui proposé par la FNMF, doublée d'une formation continue à périodes régulières, pour permettre aux acteurs de prendre conscience en amont des pré-requis indispensables à la mise en place d'une démarche qualité : identification d'objectifs précis dès la constitution du réseau, préparation des indicateurs, organisation de la procédure etc. Autant d'éléments qui semblent manquer cruellement aujourd'hui.

Toutefois, face à cet objectif ambitieux se pose la question du financement : qui doit prendre en charge cette formation et comment ? Il nous semble que l'éducation des professionnels doit relever de la même autorité que celle qui souhaite assurer la promotion des réseaux, à savoir le Comité National des Réseaux. Il serait alors opportun de prévoir une enveloppe budgétaire au sein de la DNDR dédiée à la formation, répercutée ensuite sur les DRDR en fonction des besoins, qui viendrait s'ajouter aux moyens propres aux réseaux dans le cadre des fonds mutualisés. Chaque réseau financé se verrait alors proposer un cycle de formation initiale assurée par des experts en santé publique, publics ou privés à destination de l'un de ses membres qui serait alors le référent du réseau pour toutes les questions liées à l'évaluation. Cette formation devrait être complétée par une formation continue, dans le cas où le financement du réseau serait reconduit suite aux résultats du rapport d'évaluation triennal.

* * * * *

Conclusion

Au terme de cette étude, il nous paraît important de rappeler que les résultats obtenus ainsi que les recommandations exprimées ne prétendent pas avoir de visée universelle. Cette recherche s'est focalisée sur un nombre limité d'acteurs et sur une seule région qui, au surplus, présente la particularité d'avoir élaboré une procédure propre d'évaluation. Il n'est dès lors pas question d'en généraliser les observations sur un plan national.

Pour autant, ce travail a permis, nous l'espérons, de tirer des enseignements qui inviteront à faire évoluer un processus d'évaluation encore très récent. En dépit de sa jeunesse, ce dernier présente déjà de nombreux atouts : l'auto-évaluation permet une adaptation quasi permanente à l'évolution de l'activité et encourage à définir régulièrement des objectifs toujours plus ambitieux. Par ailleurs la définition en commun d'une grille d'évaluation a autorisé une réflexion propice au décloisonnement des disciplines. Cependant, pour être pleinement effective, l'évaluation en Bretagne doit pouvoir permettre d'apprécier véritablement l'efficacité d'un réseau, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui. Pour y parvenir, ce processus doit non seulement s'accompagner d'une révolution dans des esprits naturellement peu disposés à l'évaluation, mais aussi aboutir à un véritable engagement mutuel entre partenaires.

Au delà, il nous a semblé qu'il manquait une véritable dimension nationale à la politique d'évaluation des réseaux, ce qui aboutit à un saupoudrage de subsides déjà rares. Une efficacité bien mesurée permettrait de mieux doter les réseaux efficaces et envisager leur extension. Comme pour la plupart des politiques publiques, l'équilibre doit être trouvé entre marges de manœuvre au niveau local et coordination sur un plan plus général (régional et/ou national). Un rééquilibrage en faveur de ce deuxième axe pourrait faire émerger un langage commun en matière d'évaluation, une idée d'ailleurs évoquée par l'IGAS qui souligne la nécessité d'allouer les subventions « *sur la base d'un cahier des charges précis* ».

Notons enfin que l'IGAS, en dépit d'un jugement général négatif sur le résultat des réseaux, appelle cependant à conforter la place qu'ils occupent en incitant le ministre de la santé à « *se positionner* » clairement en leur faveur et, de la sorte, « *inciter plus fortement les professionnels à s'engager dans ce nouveau mode d'organisation des soins* ». Gageons que l'orientation prise en faveur de l'évaluation des pratiques professionnelles, l'informatisation progressive des professionnels de santé via la diffusion du DMP et l'utilisation plus systématique des données épidémiologiques inclineront les acteurs de santé publique à intégrer des réseaux sûrs de leur valeur ajoutée car pourvoyeurs de bonnes pratiques, et ainsi contribuer à améliorer le service médical rendu aux personnes malades.!

Bibliographie

Lois et décrets

- ❖ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ❖ Ordonnance n°96-346 de 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
- ❖ Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et aux conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

Revue

- ❖ Filières et réseaux de santé n°4 septembre/octobre 2005 : « Les enjeux de l'évaluation externe ».
- ❖ Filières et réseaux de santé n°5 novembre/décembre 2005 : « Le dossier minimum commun d'évaluation »
- ❖ Les nouvelles pharmaceutiques, n°251, janvier 2003
- ❖ La santé de l'homme n°369 janvier/février 2004

Ouvrages

- ❖ Stéphanie Barré, Claude Evin, Pierre-Yves Fouré. Traité pratique des réseaux de santé. Editions Berger-Levrault, août 2005.
- ❖ Marc Dupont et alii. Cours de droit hospitalier. Editions Dalloz, novembre 2005.
- ❖ François –Xavier Schweyer, Gwénola Levasseur, Teresa Pawlikowska. Créer et piloter un réseau de santé. Editions ENSP, novembre 2005.

Documents

- ❖ Bilan de l'existant ANAES 2001 sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Guide ANAES 2004 sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Guide URCAM Aquitaine sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Guide URCAM Rhône-alpes 2003 sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Guide CREDES – IMAGE 2001 sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Compte rendu du séminaire CREDES – IMAGE 2003 sur l'évaluation des réseaux
- ❖ Grille d'évaluation des réseaux de soins ARH Bretagne
- ❖ Rapport final d'évaluation du réseau de soins palliatifs à domicile « RESPECTE »

Sites Internet

- ❖ www.has.fr
- ❖ www.santebretagne.com
- ❖ www.aquitaine.assurance-maladie.fr
- ❖ www.arh-bretagne.fr
- ❖ www.cram-bretagne.fr
- ❖ www.bdsp.tm.fr

Liste des annexes

- Liste des personnes rencontrées
- Un exemple de grille d'entretien
- La part des budgets consacrée à l'évaluation
- Quelques chiffres sur les dotations des réseaux

Liste des personnes rencontrées au cours de la recherche

➤ des représentant des institutions :

- Carine Tréguer, chargée de mission pour l'évaluation des réseaux, URCAM de Bretagne ;
- Sylvain Pleyber, chargé de mission à l'URCAM de Bretagne ;
- Julie Longy, représentante de l'ARH à la CRAM de Bretagne ;
- Docteur Bataillon, médecin directeur de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Bretagne.

➤ des promoteurs de réseau :

- Docteur Pinsard, médecin coordonnateur et Mme Annezo, infirmière coordinatrice – réseau DIABETE 35 ;
- Docteur Depoulpique, médecin coordonnateur et Mme Claude Grall, infirmière coordinatrice – réseau RESPECTE ;
- Docteur Buisson, médecin coordonnateur du réseau ADEPAFIN.

➤ deux experts de l'évaluation des réseaux:

- François-Xavier Schweyer, sociologue et professeur à l'ENSP ;
- Dominique Leboeuf, chargée de mission à l'association Cap Réseaux, anciennement membre de l'ANAES.

La prise en compte de l'évaluation dans le budget des réseaux (1^{er} novembre 2005)

	Nombre de réseaux	Nombre de budgets comprenant l'item évaluation	Budget total	Budget total consacré à l'évaluation	% budget total
Addictologie	1	1	186 500	2 000	1,07%
Cancérologie	7	2	2 805 420	8 000	0,29%
Diabétologie	5	0	1 299 505	0	0,00%
Handicap	1	1	93 809	3 200	3,41%
Maladies chroniques	2	0	429 539	0	0,00%
Périnatalité	4	2	950 973	3 500	0,37%
Personnes âgées	5	0	870 268	0	0,00%
Risques cardiovasculaires	3	2	768 510	6 000	0,78%
Soins palliatifs	8	3	1 901 765	7 100	0,37%
TOTAL	36	11	9 306 289	29 800	0,32%

Guide d'entretien promoteurs de réseau

1. OBJET DU RESEAU

- Quel est l'objet du réseau que vous coordonnez ?
- Pouvez vous nous décrire succinctement l'organisation et le fonctionnement du réseau ?
 - i. Le statut
 - ii. Les membres : nombre et qualités
 - iii. Le personnel
 - iv. Le budget

2. LA PROCEDURE D'EVALUATION

- Les évaluations sont-elles normalisées au sein de votre réseau ? Existe-t-il une procédure ?
- Utilisez vous une ou plusieurs grilles d'évaluation ? Si, oui lesquelles ? (HAS/URCAM/Autre)
- La périodicité vous convient elle ?
- Sur qui repose cette évaluation ? (équipe de coordination/ auditeurs extérieurs/ administrateur du réseau)
- Cette évaluation est-elle menée en interne ou en externe ?

3. OBJET DE L'EVALUATION

- Qu'évaluez-vous dans le réseau et comment ?
- Selon vous, quels sont les enjeux de l'évaluation ?
 - i. Usagers : satisfaction, qualité de vie, la prise en charge, le consentement, le service médical rendu
 - ii. Professionnels : les pratiques, la satisfaction, le respect de la charte, utilisation des protocoles et procédures propres au réseau, confidentialité ?
 - iii. Fonctionnement : système d'information, élaboration des protocoles et procédures, coordination ?
 - iv. L'implication des acteurs ?
 - v. Les moyens ?

4. PERCEPTION GENERALE DE L'EVALUATION

- Le décret de 2002 pose le principe d'une évaluation : comment percevez-vous cette obligation réglementaire?
- Au quotidien, cette obligation a-t-elle une incidence sur vos pratiques professionnelles ?
- Que pensez vous des outils mis à votre disposition pour évaluer ?
- Les guides à disposition vous semblent-ils pertinents au regard des items ? Permettent-ils de tout évaluer ou nuisent-ils à la lisibilité ?
- Pensez-vous qu'une trame unique d'évaluation pour l'ensemble des réseaux en Bretagne soit adéquate ?