

RÉSEAUX DE SANTÉ

Guide d'évaluation



Dans la même collection :

Principes d'évaluation des réseaux de santé – août 1999

Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique – octobre 2001 *

** Document disponible uniquement sur notre site*

Pour recevoir la liste des publications de l'Anaes, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous ou consulter notre site : www.anaes.fr

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été finalisé en juillet 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

Service communication – 2, avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : 01 55 93 70 00 - Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Anaes

ISBN : 2-914517-39-4

SOMMAIRE

INTRODUCTION - CONTEXTE	7
MÉTHODE DE TRAVAIL	9
I. LA GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION	11
1. PRÉSENTATION PRÉALABLE DU RÉSEAU	11
2. ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DANS LE RÉSEAU	12
• OBJECTIFS	12
• ITEMS RETENUS	12
• INTÉRÊT ET LIMITES	13
• DONNÉES QUANTITATIVES	14
3. ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU	18
• OBJECTIFS	18
• ITEMS RETENUS	18
• INTÉRÊT ET LIMITES	19
• DONNÉES QUANTITATIVES	19
4. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE	19
• OBJECTIFS	19
• ITEMS RETENUS	20
• INTÉRÊT ET LIMITES	21
• DONNÉES QUANTITATIVES	22
5. ÉVALUATION ÉCONOMIQUE	25
• OBJECTIFS	25
• ITEMS RETENUS	25
• INTÉRÊT ET LIMITES	25
• DONNÉES QUANTITATIVES	27
II. LA STRUCTURATION DU CAHIER DES CHARGES DE L'ÉVALUATEUR EXTERNE	29
1. APPRÉCIATION DE LA RÉALITÉ DU RÉSEAU	30
2. SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE	31
3. OPTIMISATION DES RESSOURCES	32
4. ADAPTABILITÉ DU DISPOSITIF	33
CONCLUSION	35

GROUPE DE TRAVAIL

Jean-Yves ABECASSIS – Urcam Provence-Alpes-Côte d'Azur
D^r Omolade ALAO – URML Nord-Pas-de-Calais
Dominique CHERASSE – Urcam Île-de-France
Alain COULOMB – Anaes
D^r Jean-Claude FARASSE – URML Nord-Pas-de-Calais
Chanthell FENIES – URML Ile-de-France
D^r Jean-Claude GOURHEUX – URML Provence-Alpes-Côte d'Azur
Alexandre GRENIER – URML Île -de-France
D^r Gérard GROSCLAUDE – URML Rhône-Alpes
D^r Bernard HUYNH – URML Île -de-France
Amanda LIEVEN – URML Nord-Pas-de-Calais
D^r Bernard ORTOLAN – URML Île -de-France
Yves PETIT – Urcam Rhône-Alpes
Hervé PLANAS – Urcam Île -de-France
Gilles POUTOUT – Urcam Île -de-France
Henri-Pierre RADONDY – Urcam Nord-Pas-de-Calais
Catherine RUMEAU-PICHON - Anaes
Xavier de VERDELHAN – Urcam Nord-Pas-de-Calais

La veille documentaire sur le thème de l'évaluation des réseaux de santé a été assurée par le service documentation de l'Anaes.

RÉSEAUX AUDITIONNÉS

Les réseaux qui ont été auditionnés dans le cadre de l'élaboration de ce document sont les suivants :

Île-de-France	Nord-Pas-de-Calais	Paca
CARDIOLOGIE		
Résicard		
Patrick ASSYAG – Coordinateur médical Michel GRIGON – Évaluateur externe	Prevert Christine LEMAIRE – Responsable médical Ludiwynne CLEMENT – Coordinatrice	
CANCÉROLOGIE		
Oncomel Philippe MARTIN – Président		Résop Jean-Louis BERNARD – Chef de service du centre de référence Pierre REYES – Coordinateur GRIEPS – Évaluateur externe
DIABÈTE		
Rédiab Thierry WARTEL – Président Martine LEVISSE – Responsable de l'activité d'évaluation		Diabaix Céline ORHOND – Présidente
BRONCHIOLITE		
ARB Sydney SEBBAN – Coordinateur médical Didier EVENOU – Président Hervé PICARD – Évaluateur externe		
DERMATITE ATOPIQUE ENFANT		
CMAD Jean DEVAUX – Président Stéphanie GENTILE – Évaluateur externe		
SOINS PALLIATIFS		
Quiétude Francis DIEZ – Coordinateur médical Annie CHICOYE – Évaluateur externe Guillermo JASSO. MOSQUEDA – Évaluateur externe		Trèfles Jean-François HIAULT – Président Bertrand DEMORY – Coordinateur médical Bénédicte CLOUET – Directrice de la plate-forme
GÉRONTOLOGIE		
Agep Albert SERVADIO – Président		Qualivie Pierre DELMOTTE – Coordinateur
ADDICTION – PRÉCARITÉ		
Créteil solidarité Bernard ELGHOZI – Président Rodolphe VIAULT – Coordinateur Eugénie HAMMEL – Coordinatrice adjointe André TARDIEU – Médecin du réseau Hervé PICARD – Évaluateur externe Fernando BERTOLLOTO – Évaluateur externe Bruno DETOURNAY – Évaluateur externe		
RÉSEAUX « ATYPIQUES »		
2° avis CMPF José CLAVERO – Président Isabelle GOLETTY – Coordinatrice		

GROUPE DE LECTURE

Richard AMORETTI, URML, CERGY
Patrick ASSYAG, Récicard, PARIS
Sophie BENTEGEAT, DHOS, PARIS
Joël BOUFFIES, FHF, PARIS
Thierry BOVAL, Ariane Santé Social, PARIS
Jean BROUCHET, Conseil national de l'ordre des médecins, PARIS
Laurent CASTRA, Fehap, PARIS
Philippe CHOSSEGROS, Coordination nationale des réseaux, LYON
Bénédicte CLOUET, Trèfles, ARMENTIÈRES
Benoît CROCHET, MSA, BAGNOLET
Bertrand DEMORY, Trèfles, ARMENTIÈRES
Bruno DETOURNAY, Cemka, BOURG-LA-REINE
Jean DEVAUX, Cmad, MARSEILLE
Francis DIEZ, Quiétude, PARIS
Valérie DONIO, Cemka, BOURG-LA-REINE
Michel DORE, URML, CHELLES
Bernard ELGHOZI, réseau Créteil solidarité, CRÉTEIL
Bernard GARRIGUES, Crimes, AIX-EN-PROVENCE
Dominique GIGNAC, URML, SARTROUVILLE
Éric GINESY, DHOS, PARIS
Bernard HECQUET, Tereo, LOOS
Jean-François HIAULT, Trèfles, ARMENTIÈRES
Gérard JANIN, réseau ville hôpital clinique du Mâconnais, MÀCON
Marie-Christine KETERS, CNAMTS, PARIS
Pierre LEVY, URML, VITRY-SUR-SEINE
Philippe MARTIN, Oncomel, LILLE
Céline ORHOND, Diabaix, AIX-EN-PROVENCE
Dominique POLTON, Credes, PARIS
Pierre POPOWSKI, Smif, MONTGERON
Daniel POSTEL-VINAY, Canam, SAINT-DENIS
Pierre REYES, Résop, MARSEILLE
Gilbert ROUANET, Prev'art, BETHUNE
Roland SAMBUC, Cmad, MARSEILLE
Nadine SANNINO, Cemka, BOURG-LA-REINE
Albert SERVADIO, Agep, PARIS
Danièle SOMMELET, Oncolor, VANDŒUVRE-LÈS-NANCY
Thierry WARTEL, Rédiab, WIMEREU

Nous tenons à remercier le président du Conseil scientifique de l'Anaes, le P^r Dominique GRIMAUD, qui a bien voulu relire et critiquer ce document.

INTRODUCTION - CONTEXTE

L'article L. 6321-1 du Code de la santé publique précise les missions des réseaux de santé : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.* »

L'évaluation des réseaux de santé constitue un préalable indispensable à l'accréditation des réseaux de santé, prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les principes généraux et les bases méthodologiques de l'évaluation des réseaux de santé ont été posés¹, le cadre réglementaire des réseaux de santé et leurs principales obligations en matière d'évaluation ont été définis², restait à mettre à la disposition des professionnels les outils concrets de l'évaluation.

À l'heure où de nombreux réseaux sortent de la phase expérimentale de leur développement, il convient d'évaluer sur la base de critères objectifs et harmonisés la pertinence et la qualité du réseau, la stabilité de son organisation et son efficacité. L'évaluation participe d'une démarche qualité et, à ce titre, repose sur deux approches complémentaires, l'auto-évaluation et l'évaluation externe.

Ce guide constitue une trame générale des éléments nécessaires à l'évaluation. Indépendamment des exigences réglementaires ou des demandes spécifiques aux financeurs des réseaux de santé, il est avant tout un outil pratique d'aide à la démarche d'auto-évaluation.

La majeure partie de ce document est donc constituée de grilles qualitatives et quantitatives d'auto-évaluation. Elle est complétée par une proposition de cahier des charges, destiné à rendre plus homogène le regard extérieur porté sur les réseaux de santé.

¹ On citera notamment : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Principes d'évaluation des réseaux de santé. Paris: Anaes; 1999 ; Centre de Recherche en Économie de la Santé. L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations. Paris: Credes-Groupe Image; 2001 ; Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique. Paris: Anaes; 2001 ; Fédération Aquitaine des Réseaux, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine. Guide pour l'évaluation des réseaux. Bordeaux. Far-Urcam d'Aquitaine; 2001.

² Articles R. 162-59 et suivants du Code de la sécurité sociale et articles D. 766-1 et suivants du Code de la santé publique.

MÉTHODE DE TRAVAIL

Un groupe de travail constitué des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et des unions régionales des médecins libéraux (URML) de trois régions (Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur), rejointes par la région Rhône-Alpes et en collaboration avec l'Anaes, a élaboré la démarche générale destinée à permettre l'évaluation des réseaux de santé. Le groupe de travail s'est réuni à cinq reprises entre juin 2003 et mai 2004, suivant les cinq phases du projet.

Phase 1 : confrontation des expériences

Une phase liminaire a consisté à faire confronter les expériences des régions participant au groupe de travail dans le domaine de l'évaluation des réseaux de santé. Le principal enseignement de cette première phase réside dans la grande hétérogénéité des modalités d'approche de l'évaluation et des expériences concrètes dans les régions. Il est ainsi apparu nécessaire de structurer et d'harmoniser un cahier des charges de l'évaluation des réseaux de santé.

Phase 2 : recensement des évaluations réalisées

Une remontée d'informations sur toutes les expériences, réussites ou échecs, d'évaluation de réseaux a ensuite été organisée. Ce recensement analytique du paysage a permis de mettre en évidence les écarts entre évaluation prévue et évaluation réalisée, de prendre en compte le vécu des promoteurs et des évaluateurs et d'objectiver les critères implicites d'évaluation. Les conclusions de ce travail sont de trois ordres :

- la quantité d'items présents dans les dossiers d'évaluation ;
- l'inutilité pratique et la lourdeur d'un recensement aussi large ;
- la nécessité de structurer une trame d'évaluation, utilisable en pratique pour les réseaux et opérationnelle pour l'évaluation.

Phase 3 : élaboration du guide d'entretien

L'hétérogénéité des réseaux rend complexe l'élaboration d'une trame commune d'évaluation, tant en termes méthodologiques qu'en termes opérationnels. La principale particularité de l'évaluation des réseaux de santé réside dans leur grande diversité : d'organisation, de types de prise en charge, de niveaux de développement. Il s'agit de déterminer une maille d'analyse commune mais susceptible de rendre compte de la réalité et de la spécificité de chaque réseau.

Une approche expérimentale a été préférée, reposant sur les réseaux eux-mêmes, en validant avec les acteurs de terrain les indicateurs utilisés et/ou utilisables.

La démarche retenue a consisté à :

- décliner, sous forme de grille d'analyse opérationnelle, le cadre méthodologique de l'évaluation, défini dans le précédent document de l'Anaes ;
- vérifier l'adéquation de cette grille avec les professionnels des réseaux ;
- affiner la grille initiale par itérations successives, en fonction des expériences des réseaux.

Les quatre chapitres de l'analyse :

- évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau,
- évaluation du fonctionnement du réseau,
- évaluation de la qualité de la prise en charge,
- évaluation économique,

ont ainsi été développés dans un guide d'entretien semi-directif.

Phase 4 : entretiens en régions

Quatorze réseaux ont été retenus dans les régions pour participer aux entretiens et tester la faisabilité opérationnelle des items retenus. Les réseaux ont été choisis par l'Urcam et l'URML de chaque région. L'échantillon de réseaux devait répondre à plusieurs exigences :

- représentation des trois régions expérimentales ;
- représentation des différents types de réseaux : prise en charge de pathologies chroniques, prise en charge de populations, etc. ;
- situation d'évaluation finale, c'est-à-dire des réseaux en fonctionnement, avec suffisamment d'ancienneté et/ou de volume d'activité pour disposer d'éléments d'évaluation.

La liste des réseaux retenus figure en page 5 de ce document.

À chaque fois que cela s'avérait possible, les promoteurs et les évaluateurs de chaque réseau ont été auditionnés conjointement.

Les entretiens, conduits conjointement par les représentants de l'Urcam et de l'URML de chaque région, ont été réalisés entre juin et septembre 2003.

Phase 5 : synthèse et réalisation des grilles d'évaluation et du cahier des charges

À l'issue de ces entretiens, le groupe de travail a fait évoluer la grille pour tenir compte des enseignements des réseaux auditionnés, aboutissant ainsi à l'élaboration de la grille qualitative d'auto-évaluation des réseaux.

Cette partie a ensuite été dotée d'un corps d'items quantitatifs, reprenant les quatre chapitres du questionnaire : intégration des usagers et des professionnels, fonctionnement du réseau, qualité de la prise en charge, modalités économiques et financières.

En complément de la grille d'auto-évaluation, le groupe de travail a souhaité développer un cahier des charges de l'évaluateur externe, qui pourrait servir de base commune aux sociétés d'évaluation externe, aux administrations en charge du développement des réseaux de santé (ARH et Urcam) et à l'Anaes (notamment dans la perspective de l'accréditation des réseaux). Il ne s'agit ici que de l'amorce de ce cahier des charges, qui nécessite d'être développée et complétée en tenant compte des expériences de chacun.

Selon la méthode de travail de l'Anaes, ce document a été soumis à un groupe de lecture constitué de représentants des différents acteurs des réseaux : promoteurs, évaluateurs et financeurs. Consulté par courrier, il a apprécié la lisibilité du document et son caractère opérationnel. La version finale de ce guide d'évaluation prend en compte ses commentaires.

Ce document comprend donc deux parties :

- une grille d'auto-évaluation, réalisée par le réseau lui-même à partir de la grille qualitative proposée et des données quantitatives complémentaires, qui permettent d'agréger une cinquantaine de données et une vingtaine d'indicateurs ;
- une proposition de structuration d'un cahier des charges de l'évaluateur externe, qui pourrait guider le travail de cet évaluateur, afin de rendre plus homogène le regard extérieur porté sur les réseaux de santé.

L'articulation de ces deux parties constitue la trame d'évaluation des réseaux de santé, en l'état actuel de leur développement. Ce document fera l'objet de révisions périodiques, afin de tenir compte de la dynamique même des réseaux et du développement de l'évaluation dans ce champ.

I. LA GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION

Le groupe de travail s'est attaché, autant que possible, à éviter une exigence trop grande de formalisme (pour ce qui concerne les adhésions ou l'utilisation de protocoles et référentiels de soins ou organisationnels), car cela aurait limité le rôle incitatif et didactique de l'auto-évaluation. Un formalisme excessif entraînerait par ailleurs une vision réductrice, voire contraire, de la logique même de réseau de santé.

Certains items de la grille d'auto-évaluation seront inapplicables pour certains « types » de réseaux. Autant que possible, le travail d'auto-évaluation s'attachera néanmoins à rechercher les éléments d'information se rapportant au thème abordé. Ainsi, quand l'avis de l'utilisateur du réseau est demandé mais que celui-ci ne peut le fournir, il convient de s'assurer que l'entourage est impliqué et sollicité. C'est notamment le cas dans les réseaux organisant une prise en charge pédiatrique ou les réseaux de soins palliatifs.

Les données quantitatives indiquées correspondent à une période de référence de douze mois. Le recueil des données doit être effectué au moins une fois dans l'année au 31-12-N ; pour les réseaux dont la montée en charge est déjà faite, cette comptabilisation peut avoir une fréquence plus élevée (2 fois/an ; 1 fois/ trimestre ; 1 fois/ mois).

Les informations externes (ex. : nombre de professionnels de santé sur le territoire) sont disponibles dans les bases de données nationales et/ou régionales, notamment auprès des organismes d'assurance maladie.

La plupart de ces données ne posent pas de difficultés particulières aux réseaux de santé, qui les recueillent d'ores et déjà en routine. De manière générale, les données directement disponibles ou faisant déjà l'objet d'un recueil spécifique ont été privilégiées, afin d'éviter une charge de travail supplémentaire aux réseaux.

Pour chaque chapitre du cadre d'évaluation sont présentés :

- l'objectif général ;
- les items retenus dans la grille qualitative ;
- l'apport attendu et les limites de cette grille, reposant pour l'essentiel sur l'expérience des réseaux auditionnés ;
- la partie quantitative de l'auto-évaluation.

1. PRÉSENTATION PRÉALABLE DU RÉSEAU

Il est proposé de retenir cinq questions permettant aux promoteurs de se livrer à une présentation succincte de leurs réseaux.

PRÉSENTATION

1. Quel est l'objectif général du réseau, ses origines, son historique ?
2. Quel est le domaine d'action du réseau, la population et l'aire géographique concernés ? (ex.: prise en charge des personnes âgées dans le Vaucluse)
3. Quels sont les objectifs opérationnels du réseau, en particulier la nature des différents services rendus ? (ex. : mettre en place une prise en charge multidisciplinaire sur le plan médical et médico-social)
4. Quelles sont les actions mises en œuvre pour atteindre ces objectifs, avec éventuellement l'échéancier des actions mises en œuvre ? Décrire la nature des différentes actions et services mis en place (ex. : rencontre interdisciplinaire pour faire une revue des patients suivis)
5. Quels sont les résultats à atteindre par le réseau pour vérifier la réponse aux objectifs opérationnels ? (ex. : retarder les placements en institution, diminuer le taux de placement de x %)

2. ÉVALUATION DE L'INTÉGRATION DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DANS LE RÉSEAU

- **Objectifs**

Il s'agit d'évaluer la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau. Ce chapitre recouvre par conséquent des items sur les critères d'inclusion dans le réseau, les modalités d'adhésion au réseau, la mesure de la satisfaction et les mesures correctrices éventuellement mises en place pour l'améliorer.

Les critères de satisfaction retenus doivent être en cohérence avec la finalité du réseau et ses objectifs plus opérationnels.

- **Items retenus**

L'évaluation de l'intégration des usagers, d'une part, et celle des professionnels du réseau, d'autre part, seront réalisées séparément, les items pouvant différer de l'une à l'autre de ces catégories.

USAGERS

1. Quels sont les moyens de communication utilisés pour faire connaître l'existence du réseau auprès des usagers ?
2. Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion du réseau ? Ont-ils évolué dans le temps ?
3. Comment les usagers sont-ils informés qu'ils sont/seront pris en charge par un réseau ?
4. Quelles sont les modalités d'adhésion et de formalisation de cette adhésion dans le réseau ?
5. Comment l'avis du patient est-il pris en compte dans les décisions de prise en charge par le réseau ?
6. Comment les usagers sont-ils impliqués dans le fonctionnement du réseau ? (ex. : participation au comité de pilotage)
7. Procédez-vous à des mesures de la satisfaction des usagers et/ou de l'entourage dans le réseau ? Avec quels outils ? Depuis quand ? À quelle fréquence ? (ex. de critères de satisfaction : amélioration de la prise en charge de la douleur, respect des engagements pris, rapidité de réaction en cas d'incident imprévu)
8. Quelle utilisation faites-vous des résultats de ces mesures ?
9. Quelles mesures correctrices avez-vous mises en place pour améliorer la satisfaction des usagers ?

PROFESSIONNELS

1. Quels sont les moyens de communication utilisés pour faire connaître l'existence du réseau auprès des professionnels ?
2. Les modalités d'adhésion au réseau sont-elles appliquées ? Ont-elles évolué depuis la naissance du réseau ?
3. Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion des professionnels ? Ont-ils évolué depuis la naissance du réseau ?
4. Quel est le rôle des professionnels dans la définition des modalités de prise en charge par le réseau et de fonctionnement du réseau ?
5. Selon quelles modalités les professionnels du réseau assurant la prise en charge sont-ils indemnisés ?
6. Ce système d'indemnisation est-il, selon eux, adapté à la pratique en réseau ? Si non, pourquoi ?
7. Procédez-vous à des mesures de la satisfaction des professionnels dans le réseau ? Avec quels outils ? Depuis quand ? À quelle fréquence ?
8. Quelle utilisation faites-vous des résultats de ces mesures ?
9. Quelles mesures correctrices avez-vous mises en place pour améliorer la satisfaction des professionnels ?

- **Intérêt et limites**

Les critères d'inclusion des usagers dans le réseau sont précisés, comme le demande la grille. Il ressort des entretiens que les critères d'exclusion du réseau méritent également d'être explicités, particulièrement pour les professionnels.

La notion d'évolution dans le temps des critères d'inclusion et d'exclusion est soulignée comme importante, notamment pour mettre en évidence l'adaptabilité du réseau aux évolutions de son environnement. Ainsi, ce ne sont pas tant les critères en eux-mêmes qui sont importants ici que les changements intervenus dans ces critères depuis le projet de réseau, au long de la phase de montée en charge et de fonctionnement du réseau. Les raisons de ces éventuels changements méritent d'être analysées.

Les moyens d'information utilisés afin de faire connaître le réseau à l'ensemble de la population susceptible d'en bénéficier sont détaillés. Le réseau doit être connu des professionnels et des usagers dans le territoire de santé concerné.

De la même manière, l'information donnée aux entrants dans le réseau doit être détaillée et compréhensible par les usagers.

Les outils de mesure de la satisfaction utilisés sont également détaillés, en précisant notamment leur mode d'élaboration et la périodicité de l'utilisation qui en est faite. Il convient également de vérifier l'impact de ces mesures (actions correctrices, etc.).

En matière de satisfaction et d'intégration des usagers, les éventuels écarts dans les réponses entre le promoteur et les usagers interrogés sont à analyser précisément.

Dans les cas où il est impossible de recueillir directement la satisfaction des « patients » inclus dans le réseau : soins palliatifs, pédiatrie, etc., la satisfaction de l'entourage est alors le critère d'évaluation retenu.

- **Données quantitatives**

- [Données relatives aux patients](#)

	Données brutes	Indicateurs	Commentaires
1	Nombre de demandes de prise en charge		Ensemble des demandes enregistrées par le réseau, y compris celles qui n'ont pas donné lieu à une inclusion dans le réseau
2	Nombre de patients entrés dans le réseau	Taux d'inclusion = 2/1	Nombre de patients ayant signé un document d'information patient (article D. 766-1-3 CSP)
3	Nombre de patients suivis par le réseau (file active)		Nombre de patients suivis par des professionnels du réseau et faisant l'objet d'un reporting dans un dossier patient tenu par le réseau
4	Nombre total de sorties		Patients qui ne sont plus suivis par le réseau, quelle qu'en soit la raison (4 = 5 + 6)
5	Nombre de sorties programmées ou avec protocole		Nombre de patients dont la prise en charge par le réseau s'achève conformément au programme ou au protocole prévu
6	Nombre de sorties non programmées	Taux de suivi = 3/(2 + 5)	Le taux de suivi correspond au volume de patients faisant l'objet d'un reporting régulier au réseau du réseau par rapport au nombre de patients intégrés dans le réseau
7	Durée moyenne de prise en charge dans le réseau	Taux de fuite = 6/3	Nombre de patients dont la prise en charge par le réseau est interrompue de manière non régulière Le taux de fuite correspond au volume de patients « perdus de vue » par rapport au nombre de patients suivis par le réseau ; ce taux peut être sensiblement différent selon la nature des personnes prises en charge : il peut être plus important notamment pour les réseaux d'accès aux soins ou de précarité
		Durée pour chaque patient = date de sortie – date d'entrée	À partir des données individuelles, calcul de la durée moyenne, médiane, mini et maxi

Données relatives aux professionnels

Par catégorie professionnelle (CP) : médecins généralistes, médecins spécialistes (dont spécialité(s) particulièrement concernée(s) compte tenu de l'activité du réseau) infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, autres professionnels de santé libéraux, autres professionnels de santé (PS) non conventionnés par l'assurance maladie mais participant à une prise en charge en réseau

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
8 Nombre d'adhérents par CP		Nombre de professionnels ayant signé la charte du réseau (article D. 766-1-4 CSP)
9 Nombre de professionnels actifs dans le réseau par CP	Taux de PS actifs = 9/9	Nombre de professionnels ayant signé la charte et participé à la prise en charge d'au moins un patient dans l'année ou, le cas échéant, ayant suivi un cursus de formation par le réseau
10 Nombre de professionnels sur le territoire par CP	Taux d'implantation = 10/9	Nombre de professionnels dont le lieu d'exercice est situé sur le territoire du réseau
11 Nombre d'entrées dans l'année N par CP		Nombre de professionnels ayant signé la charte du réseau dans l'année en cours
12 Nombre de sorties dans l'année N par CP	Taux de développement = (11-12)/9	Nombre de professionnels n'ayant pas participé à au moins une prise en charge pour la 2 ^e année consécutive
13 Nombre moyen de prises en charge par professionnel		Indiquer le minimum et maximum de patients par professionnel en privilégiant les principales catégories professionnelles (CP) intervenant dans le réseau

Données relatives aux établissements de santé

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
14 Nombre d'établissements participant au réseau		Nombre d'établissements ayant signé la convention constitutive du réseau ou la charte du réseau ou ayant signé une convention de partenariat définissant des engagements précis de l'établissement
15 Nombre d'établissements de santé actifs	Taux d'ES actifs = 15/14	Nombre d'établissements répondant aux critères ayant participé à la prise en charge d'au moins un patient dans l'année
16 Nombre d'établissements potentiels	Taux d'implantation = 15/16	Nombre d'établissements de santé dont l'activité correspond à celle du réseau (territoire/pathologies)
17 Nombre moyen de prises en charge par établissement		Indiquer le minimum et le maximum de patients par établissement

Données relatives aux établissements médico-sociaux

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
18 Nombre d'établissements participant au réseau		Nombre d'établissements ayant signé la convention constitutive du réseau ou la charte du réseau ou ayant signé une convention de partenariat définissant des engagements précis de l'établissement
19 Nombre d'établissements médicaux-sociaux actifs	Taux d'EMS actifs = 19/18	Nombre d'établissements répondant aux critères ayant participé à la prise en charge d'au moins un patient dans l'année
20 Nombre d'établissements potentiels	Taux d'implantation = 19/20	Nombre d'établissements de santé dont l'activité correspond à celle du réseau (territoire/populations)
21 Nombre moyen de prises en charge par établissement		Indiquer le minimum et le maximum de patients par établissement

Données relatives à des institutions, associations et divers organismes à vocation sociale

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
22 Nombre d'organismes sociaux participant au réseau		Nombre d'organismes ayant signé la convention constitutive du réseau ou la charte du réseau ou ayant signé une convention de partenariat définissant des engagements précis de l'organisme
23 Nombre total d'organismes sociaux actifs		23 = 22 + nombre d'organismes ayant participé à la prise en charge d'au moins un patient dans l'année sans engagement contractuel spécifique

Données relatives à la satisfaction des patients et des acteurs

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
24 Nombre de patients et de professionnels ayant fait l'objet d'enquêtes de satisfaction		Nombre d'enquêtes de satisfaction effectuées sous quelque forme que ce soit (questionnaire écrit, enquête téléphonique, entretien individuel, etc.) par le réseau, tant auprès des patients que des acteurs (professionnels de santé, établissements de santé, organismes sociaux)
25 Nombre d'enquêtes de satisfaction analysées		Nombre d'enquêtes de satisfaction analysées, avec bilans/réponses documentés, archivés et ayant fait, le cas échéant, l'objet d'une confirmation, d'une adaptation ou d'une révision du mode de prise en charge pour les patients et du mode d'organisation pour les acteurs
26 Nombre d'enquêtes ponctuelles effectuées	Taux d'analyse des enquêtes de satisfaction = 25/24	Selon la nature des réseaux de santé, des enquêtes ponctuelles peuvent être nécessaires pour mesurer par exemple la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique (soins palliatifs, cancer) ou le respect des délais (dates des consultations pour les pathologies chroniques)
27 Nombre de plaintes et réclamations		Nombre de plaintes/réclamations reçues par le réseau et émanant soit des patients, soit des acteurs (professionnels de santé, établissements de santé, organismes sociaux)
28 Nombre de plaintes et réclamations analysées	Taux de révision des plaintes/réclamations = 28/27	Nombre de plaintes/réclamations analysées, avec bilans/réponses documentés, archivés et ayant fait l'objet d'une confirmation, d'une adaptation ou d'une révision du protocole

3. ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

- **Objectifs**

Il s'agit de s'assurer de l'existence d'un réel pilotage du réseau, avec une formalisation des décisions permettant de disposer d'une trace de l'évolution et de rendre compte de la dynamique de l'organisation.

Pour être pérenne, l'organisation doit être structurée de manière à rendre possible une évolution du réseau, notamment la succession des fondateurs.

- **Items retenus**

PILOTAGE

1. Quel est/quels sont le/les organe(s) chargé(s) du pilotage du réseau ?
2. Les organes initialement chargés du pilotage du réseau remplissent-ils les fonctions définies à la constitution ? (analyse des écarts entre les textes constitutifs et les réalités de fonctionnement)
3. À quelle fréquence se réunit-il/réunissent-ils ?
4. Les décisions collectives sont-elles formalisées ? Comment ?
5. Les décisions sont-elles fondées sur des données ou indicateurs ?
6. Qui fournit les données ? Qui les analyse ? Qui est à l'origine de la conception du recueil des données ?
7. Avez-vous déjà mis en place des actions correctrices sur la base de ces données/indicateurs ? Comment les avez-vous choisies ?

COORDINATION

1. Existe-t-il un/plusieurs coordonnateur(s) du réseau ?
2. Le coordonnateur remplit-il les missions définies dans sa fiche de poste précisant ses fonctions et compétences ?
3. Son rôle est-il clairement perçu par les utilisateurs du réseau ?
4. Selon quelles formes rend-il compte de son activité ? À qui et comment ?
5. Par quels moyens et par qui est-il informé :
 - en provenance du réseau ?
 - en provenance des organes de pilotage ?
6. Par quels moyens informe-t-il les membres du réseau ? Quel est son rôle dans la définition et l'application des procédures organisationnelles/règles de fonctionnement du réseau ?

ORGANISATION

1. Quelle est la forme juridique de la structure porteuse du projet de réseau ? A-t-elle évolué ?
2. Quel est l'effectif salarié du réseau ?

FONCTIONNEMENT INTERNE

1. Quels sont les circuits d'information entre les membres du réseau ?
2. Comment s'assure-t-on que les procédures organisationnelles/règles de fonctionnement sont respectées ?
3. Existe-t-il une recherche et une analyse des causes du non-respect des procédures/règles ? Qui en est chargé ?
4. Ces procédures/règles ont-elles évolué ? Pourquoi et comment ?
5. Existe-t-il une analyse systématique des mouvements d'adhésion et de départ du réseau :
 - des professionnels ?
 - des usagers ?
6. Les conclusions de cette analyse ont-elles amené des modifications dans le fonctionnement du réseau ? Si oui, lesquelles ?

... / ...

ENVIRONNEMENT

1. Le réseau a-t-il réalisé une analyse de l'offre sanitaire existante dans le territoire de santé ? Est-elle régulièrement mise à jour ? Cela change-t-il les objectifs du réseau ?
2. Quel type de relations entretient le réseau avec les acteurs institutionnels ? (analyse des partenariats mis en place, avec d'autres réseaux par exemple)
3. Quelles relations entretient le réseau avec les professionnels en dehors du réseau ?
4. Existe-t-il un plan d'action futur/plan de développement du réseau ?
5. Par qui et pour quelle durée a-t-il été élaboré ? A-t-il fait l'objet d'une décision formalisée ? De qui est-il connu (le bureau, le comité de pilotage, les membres du réseau, les usagers, les financeurs) ?
6. Quand est prévue sa mise en œuvre ?
7. Le réseau sur la base de son activité entreprend-il des projets de recherche ? (ex. : observance thérapeutique chez les personnes âgées)

• Intérêt et limites

L'analyse du fonctionnement du réseau, au travers notamment du respect de procédures organisationnelles ou de formalisation des circuits d'information, a dans une majorité de cas posé des difficultés aux promoteurs interrogés. La démarche d'auto-évaluation joue par conséquent ici un rôle incitatif important.

La question de la forme juridique retenue semble également être un point important à étudier, notamment quant à la pérennité de l'organisation.

De manière générale, comme dans toute démarche qualité, les items ont vocation à permettre aux promoteurs de s'interroger sur le respect ou le non-respect des modes d'organisation prévus initialement (rôle du comité de pilotage, par exemple). Il ne s'agit en aucun cas de « sanctionner » le non-respect des procédures prévues, mais d'entamer la réflexion sur les raisons des évolutions constatées dans l'organisation du réseau.

• Données quantitatives

Le groupe de travail n'a pas souhaité ajouter de données quantitatives au paragraphe « évaluation du fonctionnement du réseau », celles-ci étant directement liées au contexte sanitaire et social régional et aux exigences des institutions régionales. Ces données sont par ailleurs aisément disponibles dans les rapports d'activité des réseaux.

4. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

• Objectifs

L'appréciation de la qualité de la prise en charge est un élément essentiel de l'évaluation des réseaux. L'enjeu est de mesurer l'apport de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, quand elles existent, ou par rapport à la situation hors réseau.

L'analyse de l'apport du réseau ne relève pas exclusivement du promoteur, mais l'un des objectifs fondamentaux des réseaux étant d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est essentiel que le réseau lui-même s'interroge sur ses pratiques et son impact sur l'état de santé des personnes incluses et sur l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'est constitué.

Les items portant plus spécifiquement sur l'évaluation des pratiques professionnelles sont volontairement peu développés, la démarche d'évaluation structurée des réseaux étant encore trop débutante. Ils devront néanmoins être intégrés à la démarche évaluative globale dans un second temps. La démarche d'évaluation est donc ici focalisée sur l'action du réseau en lui-même.

- **Items retenus**

PROCÉDURES ORGANISATIONNELLES

1. Le réseau a-t-il créé des procédures organisationnelles permettant la prise en charge globale du patient (impliquant l'intervention de personnes de catégories professionnelles différentes) ? Lesquelles ?
2. A-t-il créé des procédures organisationnelles permettant la continuité de la prise en charge (harmonisation du parcours du patient) ? Lesquelles ?
3. A-t-il mis en place des procédures organisationnelles spécifiques en cas de situations à risque ou d'urgence (hospitalisation d'urgence notamment) ? Lesquelles ?
4. Existe-t-il une procédure de gestion des risques ?

RÉFÉRENTIELS DE PRISE EN CHARGE

1. Le réseau applique-t-il des référentiels ou protocoles de prise en charge existants ?
2. Le réseau adapte-t-il des référentiels de prise en charge existants ?
3. Le réseau crée-t-il des référentiels propres/protocoles de prise en charge ?
4. Quelles sont les modalités :
 - d'appropriation des référentiels ?
 - d'adaptation ?
 - d'élaboration ?
 - de révision périodique des référentiels/protocoles ?
5. Existe-t-il des procédures ou des indicateurs « alertes » permettant de s'assurer du respect des référentiels/protocoles ?
6. Qui est en charge du recueil de ces indicateurs et de l'analyse des dysfonctionnements ?
7. Quelles actions correctrices peuvent être mises en place ? Qui en a l'initiative ?
8. Existe-t-il des démarches d'évaluation/auto-évaluation des pratiques professionnelles au sein du réseau ?

ÉCHANGES DES DONNÉES DE SANTÉ

1. Existe-t-il un échange formalisé de données concernant le patient au sein du réseau ?
2. Comment et par qui ont été définis la structure et le contenu de cet échange ?
3. Le contenu et la structure ont-ils évolué depuis la création du réseau ?
4. Quelles sont les modalités d'accès aux données patient ? Quels moyens sont développés pour garantir la confidentialité des échanges ?
5. Le système est-il renseigné par tous les intervenants du réseau ? Si non, pourquoi ?
6. Des actions correctrices ont-elles été mises en place pour améliorer l'efficacité des échanges ? Lesquelles ?
7. Qui est garant de la qualité, de la maintenance, de la mise à jour et de l'hébergement des données ?
8. Quelle coordination existe-t-il dans le partage entre la ville et l'hôpital ? Le réseau améliore-t-il le délai de transfert d'information intra-réseau et/ou extra-réseau ?

IMPACT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ/MODIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE

1. Le réseau a-t-il modifié les principes et pratiques de prise en charge des populations dans son territoire de santé ? Une étude auprès de professionnels permet-elle d'évaluer de façon quantitative ou qualitative ces changements ?
2. Le réseau a-t-il modifié le comportement des usagers du territoire de santé ? Notamment au travers d'actions d'éducation pour la santé ? Si oui, lesquelles ? Des groupes témoins permettent-ils d'identifier ces évolutions ?

... / ...

IMPACT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ/MODIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE (FIN)

3. Existe-t-il des indicateurs recueillis par le réseau permettant d'évaluer les modifications ? Si oui, lesquels ? Comment ont-ils été définis ?
4. Le réseau a-t-il un effet sur son environnement ? (réorientation de l'offre de soins, changement de flux de patients, etc.)
5. De quelles données aurait besoin le réseau pour entamer ou compléter les mesures d'impact sur l'état de santé des patients ? Sur l'environnement sanitaire ?

- **Intérêt et limites**

Les deux sous-chapitres portant respectivement sur les référentiels et l'organisation des échanges de données correspondent à des préoccupations importantes pour les promoteurs de réseaux de santé. Même si les aspects opérationnels font encore parfois l'objet de discussions internes aux réseaux, du moins la réflexion sur ces sujets est-elle réellement développée.

En revanche, l'impact du réseau sur l'état de santé de la population prise en charge n'est que peu renseigné. Il s'agit au travers de ces questionnements d'inciter également les promoteurs de réseaux à mettre en place des études/enquêtes aux différentes étapes du processus de prise en charge.

Il en va de même pour évaluer l'apport en pratique quotidienne du réseau pour les professionnels et les usagers.

Aussi difficile à mettre en œuvre que cela puisse parfois apparaître, la démarche évaluative impose de comparer la pratique à celle de groupes témoins.

Dans certains cas, la satisfaction de l'entourage pourra constituer un critère d'évaluation de l'amélioration de la prise en charge du patient.

- **Données quantitatives**

- [Relatives à la qualité de la prise en charge](#)

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
29	Nombre de séances de formation	Nombre de séances de formation organisées dans l'année par le réseau par catégorie professionnelle et par statut (les réunions d'adaptation ou d'appropration des protocoles et référentiels peuvent également être comptabilisées dans cette rubrique)
30	Nombre de séances de formation pluridisciplinaires	Nombre de séances de formation organisées dans l'année par le réseau où les acteurs représentent des catégories professionnelles différentes ou relèvent de statuts différents
31	Nombre de professionnels formés	Nombre de professionnels ayant participé à au moins une formation organisée par le réseau dans l'année
32	Nombre de professionnels formés de manière pluridisciplinaire	Nombre de professionnels ayant participé à au moins une formation pluridisciplinaire dans l'année
33	Nombre de protocoles de soins documentés par le réseau	Nombre de protocoles de soins ayant fait l'objet au moins d'une formation et/ou d'une formalisation documentaire
34	Nombre de séances d'éducation pour le patient individuelles ou collectives	Nombre de séances d'éducation pour le patient organisées dans l'année par le réseau Cette rubrique convient en particulier pour les pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire, etc.) ; elle nécessite une adaptation et peut, le cas échéant, être inapplicable pour d'autres réseaux (cancer, soins palliatifs, pathologies mentales, etc.)
35	Nombre de patients « éduqués » en séances individuelles ou collectives	Nombre de patients ayant participé à au moins une séance d'éducation organisée par le réseau dans l'année
36	Nombre de critères à renseigner dans le dossier	Nombre de critères, découlant de l'application des protocoles de soins et de procédures organisationnelles documentés par le réseau, à renseigner obligatoirement dans le dossier du patient
37	Nombre de critères renseignés	Nombre de critères obligatoires, renseignés dans le dossier du patient

Taux de formation sur le mode pluridisciplinaire
= 32/31

Taux de patients ayant reçu une éducation à la santé
= 35/34

Taux d'exhaustivité de renseignement des critères
= 37/36

Données relatives à la sécurité

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
38 Nombre d'événements rencontrés correspondant à des « événements sentinelles » définis par le réseau		Les « événements sentinelles » sont des situations que doit éviter le réseau (ex. : hospitalisation en urgence pour un réseau de soins palliatifs)
39 Nombre « d'événements sentinelles » rencontrés et analysés par le réseau	Taux de révision des événements sentinelles = 39/38	Nombre « d'événements sentinelles » rencontrés et analysés avec bilan écrit, documenté, archivé et ayant fait, le cas échéant, l'objet d'une confirmation ou d'une adaptation ou d'une révision du protocole
40 Nombre d'événements indésirables ou d'incidents, déclarés		Tout problème survenu dans la prise en charge d'un patient et non conforme aux protocoles définis, même s'il n'a pas fait l'objet d'une réclamation ou n'est pas défini comme un « événement sentinelle »
41 Nombre d'événements indésirables ou d'incidents, déclarés, et analysés par le réseau	Taux de révision des événements indésirables et des incidents = 41/40	Nombre d'événements indésirables ou d'incidents, déclarés, et analysés avec bilan écrit, documenté, archivé et ayant fait l'objet d'une confirmation ou d'une adaptation ou d'une révision du protocole

Données relatives à l'efficacité

Données brutes	Indicateurs	Commentaires
<p>Le réseau sélectionnera, parmi les données recensées (infra et supra) dans le présent document, celles qui peuvent donner lieu à la création d'un (ou deux) indicateur(s) d'efficacité, sous condition que ces indicateurs permettent de rapprocher et de comparer les résultats atteints par rapport aux objectifs poursuivis.</p>		
<p>Exemple 42 Nombre de professionnels de santé ayant modifié leurs pratiques dans le cadre du réseau</p>	<p>Taux de professionnels ayant modifié leurs pratiques = 42/8</p>	<p>Ce nombre peut être calculé par différents types d'enquête ou dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles</p>
<p>Cette donnée est fournie à titre d'exemple ; elle doit être adaptée pour certaines thématiques, notamment en relation avec l'accès aux soins ou les populations précaires.</p>		
<p>Autres exemples :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - soins palliatifs ; nombre de personnes en fin de vie, accompagnées à domicile jusqu'au bout (ou jusqu'à moins de 72 heures avant le décès) et taux en résultant ; - accès aux soins, précarité ; nombre de personnes bénéficiant durablement d'une prise en charge sanitaire « normalisée » (recours à la médecine de ville avant recours en urgence à l'hôpital, complianc aux traitements, etc.) et taux en résultant ; - diabète ; nombre de personnes ayant modifié leur comportement (hygiène de vie, régime alimentaire, respect des ordonnances, etc.) et taux en résultant ; - cancer ; nombre de personnes ayant fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire à chaque étape importante de la prise en charge de la maladie (diagnostic, traitement, retour à domicile, etc.) et taux en résultant ; - 		

5. ÉVALUATION ÉCONOMIQUE

- **Objectifs**

Il s'agit de déterminer des éléments d'évaluation économique des réseaux, rapprochant leurs coûts et l'atteinte des objectifs opérationnels. Le coût de la prise en charge en réseau devrait, pour des pathologies similaires, pouvoir être rapproché du coût de la prise en charge conventionnelle, ou hors réseau.

- **Items retenus**

FINANCEMENT

1. Quelles sont les sources de financement du réseau ?
2. Quels autres moyens matériels et/ou humains sont mis à votre disposition ?
3. Ces ressources sont-elles identiques depuis le lancement du réseau ?
4. Les ressources sont-elles affectées à des charges particulières ? Pourquoi ? Comment ?

GESTION BUDGÉTAIRE

1. Qui élabore le budget ?
2. Qui valide le budget ?
3. Quels sont les principaux postes de charge du réseau ?

ANALYSE BUDGÉTAIRE

1. Existe-t-il une comptabilité analytique du réseau ?
2. Les frais liés à la fonction coordination de la prise en charge, à la fonction qualité de la prise en charge et à la fonction délivrance des soins sont-ils identifiés ?
3. Qui en a la charge ?
4. Quelle utilisation en faites-vous ?

ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DE L'ACTION DU RÉSEAU

1. Avez-vous déjà réalisé, ou avez-vous en projet de réaliser, des études d'évaluation économique de l'action du réseau ?
2. Si oui, quels types d'études ?
3. Pourquoi avez-vous/souhaitez-vous réaliser ce type d'étude ?
4. Qui est en charge de la réalisation ou de la planification de ces études ?
5. De quels éléments disposez-vous en interne ? À quelles données externes avez-vous recours ?
6. Le réseau est-il capable d'identifier les éléments permettant d'approcher le coût d'un patient pris en charge par le réseau ? Si oui, comment ? Sinon, envisage-t-il de le faire ?
7. Le réseau a-t-il identifié des données internes ou externes dont il aurait besoin pour effectuer une comparaison du coût du réseau avec une prise en charge traditionnelle ?

- **Intérêt et limites**

La contribution des réseaux sur ce volet est relativement faible, et ce quel que soit leur stade de développement.

La dimension comparative de l'évaluation économique est, certes, rendue complexe par l'absence d'étude de coût fiable dans les réseaux, mais également par les difficultés à obtenir des données chiffrées concernant la prise en charge conventionnelle.

L'évaluation économique de la prise en charge en réseau suppose la collaboration de plusieurs acteurs externes au réseau et, en premier lieu, des organismes d'assurance maladie.

Il conviendrait néanmoins, dès la mise en place du réseau, d'envisager les coûts supplémentaires engendrés par la prise en charge au sein du réseau et ceux qu'elle permettra d'éviter.

Dans ce cadre, on peut distinguer :

- les coûts globaux de prise en charge (logiquement comparatifs entre « réseau » et « hors réseau ») ;
- les coûts de la coordination ;
- les coûts d'organisation et de gestion ;
- les coûts de développement et des projets du réseau.

Ces analyses de coûts ne peuvent être dissociées de la mesure de la qualité de la prise en charge, les deux devant être menées conjointement.

- **Données quantitatives**

Données relatives au financement et aux coûts du projet

Données brutes	Commentaires
43 Frais totaux de fonctionnement du réseau	Comptes de la classe 6 du PCG
44 Dont : rémunérations spécifiques allouées aux professionnels de santé exerçant dans le réseau	Rémunérations retracées dans les comptes 65 du PCG
45 Dont : rémunérations spécifiques versées aux autres professionnels exerçant dans le réseau	Il s'agit par exemple des diététiciennes, des podologues, des psychologues ... – comptes 65 du PCG
46 Autres frais de fonctionnement	Autres comptes de la classe 6
47 Investissements corporels et incorporels	Comptes 20 et 21 du PCG
48 Frais liés à la fonction coordination	Ces frais sont obtenus en comptabilité analytique en imputant notamment les frais de personnel et les autres frais de fonctionnement concourant à la coordination du réseau et à la continuité des soins assurés aux patients
49 Frais liés à la fonction qualité	Ces frais sont obtenus en comptabilité analytique en imputant notamment les frais de personnel et les autres frais de fonctionnement concourant à la qualité (formation, adaptation des référentiels, actions de révision, audits, évaluation, etc.)
50 Frais liés à la fonction soins	Ces frais sont obtenus en comptabilité analytique en imputant notamment les rémunérations des professionnels et autres frais liés à des prestations et concourant aux soins fournis par le réseau aux patients

Toutes les données et/ou indicateurs de coût que le recueil pourra recenser en regard des critères d'efficacité définis pourront être intégrés dans une analyse médico-économique du réseau.

II. LA STRUCTURATION DU CAHIER DES CHARGES DE L'ÉVALUATEUR EXTERNE

Le guide d'évaluation est un document, support à la réflexion, qui aide à la préparation du rapport d'évaluation, en liaison avec l'évaluateur externe. Il a pour ambition de préparer les phases d'évaluation externe en anticipant le recueil d'information interne, la mise en place de procédures, le suivi de l'activité et du fonctionnement du réseau. De ce point de vue il constitue un outil de gestion autonome du réseau.

La portée du travail de l'évaluateur externe varie en fonction du moment où l'évaluateur intervient dans le développement du réseau :

- création ;
- montée en charge ;
- stabilisation.

Dès la création du réseau, l'évaluation doit être envisagée par le promoteur. Néanmoins, au cours de cette première phase, le rôle de l'évaluateur externe s'apparente à une mission d'accompagnement de projet. Il doit s'attacher en particulier à préciser ce qu'est l'évaluation et son importance pour la dynamique du projet ; il doit aider le réseau à définir des objectifs précis et situés dans le temps, et accompagner la mise en place concrète des méthodes et outils. Au terme de cette première étape, les « règles du jeu » de l'évaluation doivent être fixées.

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. L'évaluateur externe émet toute recommandation utile si ce n'est pas le cas. Ces recommandations peuvent aussi bien concerner les aspects quantitatifs, notamment le nombre de patients pris effectivement en charge ou le nombre de professionnels de santé actifs dans le réseau, que des aspects qualitatifs, comme le respect de la charte du réseau ou des protocoles mis en œuvre.

Dans la phase de stabilisation de l'activité du réseau, l'évaluateur émet une appréciation documentée sur le fonctionnement du réseau.

Quelle que soit la phase concernée, l'évaluateur externe travaille à partir d'un tronc commun constitué par la grille d'auto-évaluation du réseau (partie I du guide), ce qui facilite la réflexion réciproque des partenaires : réseau (évalué) et évaluateur.

L'évaluateur externe aura également à sa disposition d'autres éléments, plus classiques dans le cadre de son travail ; il s'appuiera notamment sur :

- l'analyse de la documentation interne du réseau de santé : convention constitutive du réseau, charte du réseau, documents d'information du patient, rapport d'activité et d'évaluation, tableau de bord, relevé des décisions des instances de pilotage, comptes rendus des diverses réunions, conventions conclues avec les financeurs, les autres institutions, les divers partenaires, etc. ;
- l'analyse de la production externe du réseau : documents de communication, interventions diverses, participation à des manifestations publiques, colloques, formations, etc. ;
- l'observation du fonctionnement des instances de pilotage et des groupes de travail les plus importants dans le fonctionnement ;
- des entretiens avec des acteurs du réseau, des patients, des associations partenaires (notamment des associations de patients) ;

- des entretiens avec des acteurs externes du réseau : professionnels de santé, établissements de santé, institutions, autres partenaires significatifs dans l'environnement socio-sanitaire du réseau.

L'ensemble de ces éléments doit permettre à l'évaluateur externe d'apprécier notamment :

- la réalité de l'existence et du fonctionnement du réseau, et l'adéquation aux objectifs initiaux ;
- la sécurité et la qualité des soins fournis aux patients ;
- la qualité de la coordination permettant d'assurer la prise en charge continue et globale des patients, et les bénéfices potentiels en termes de santé publique ;
- l'optimisation des ressources allouées au réseau et l'impact du réseau sur l'organisation de l'offre de soins (y compris sur le plan économique) ;
- l'adaptabilité du dispositif mis en œuvre.

1. APPRÉCIATION DE LA RÉALITÉ DU RÉSEAU

L'existence du réseau doit reposer sur un besoin ressenti ou exprimé dans le territoire de santé concerné et répondre à une demande des professionnels, ou s'appuyer sur leur mobilisation. Les objectifs du réseau devront être cohérents avec les besoins et les demandes constatés. La réalité du réseau doit être ancrée tant chez les professionnels que chez les patients. Enfin, son fonctionnement doit être le plus transversal possible selon la nature de la prise en charge réalisée.

- Concernant les professionnels, l'évaluation externe doit s'attacher à vérifier :
 - que le réseau correspond à un besoin structurel, et non conjoncturel, reconnu par les professionnels et les établissements de santé ;
 - que le réseau est bien implanté dans le milieu professionnel, qu'il repose sur une assise stable de professionnels et/ou d'établissements, qu'il dispose d'un crédit auprès des professionnels, qu'il ne s'agit pas d'une organisation marginale avec peu de prise sur son environnement ;
 - que le réseau couvre le territoire donné avec les compétences nécessaires, qu'il y a pertinence entre objectifs et moyens ;
 - que le réseau s'est doté des méthodes et moyens pour organiser la coopération des professionnels et la coordination de leurs compétences respectives ;
 - enfin que le réseau permet la mobilisation des professionnels ville-hôpital, diffuse les outils nécessaires à la coordination et en permet l'appropriation par l'ensemble des professionnels qui souhaitent travailler en réseau.
- Concernant les patients, l'évaluation doit faire ressortir la capacité du réseau à inclure un nombre significatif de patients et à organiser leur prise en charge dans le temps à travers un document de suivi, ce qui suppose :
 - une définition cohérente des critères d'inclusion (besoins, capacités du réseau) ;
 - le respect des critères d'inclusion en fonction de l'organisation mise en place, des protocoles de fonctionnement et de prise en charge définis, de la capacité des professionnels à suivre les patients ;

- la coordination des acteurs par le réseau afin que le parcours du patient soit conforme à ce qui est prévu dans les différents protocoles de prise en charge ;
- le « reporting » régulier de la situation des patients dans le réseau.

2. SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE

L'évaluateur externe doit vérifier que le réseau est en mesure d'assurer la sécurité des patients, la continuité sans rupture de la prise en charge ainsi que la qualité de cette prise en charge (qualité des soins et globalité).

L'évaluateur externe doit être en mesure d'apprécier que les protocoles ont fait l'objet d'une information ou d'une formation, quelle qu'en soit la forme, qu'ils ont fait l'objet d'une appropriation par les acteurs du réseau, qu'ils sont appliqués (en tout ou partie), et régulièrement discutés.

- Concernant l'utilisation des protocoles de soins et d'organisation, l'évaluateur doit analyser :
 - les modalités d'adaptation ou d'élaboration des protocoles de soins et d'organisation, puis les modalités de validation par les instances de pilotage du réseau ;
 - les modalités de diffusion de ces protocoles aux acteurs concernés, la place et le rôle de la formation dans ce cadre, particulièrement lorsque la pluridisciplinarité est importante ou nécessaire ;
 - l'information faite aux usagers de l'existence de ces différents protocoles, notamment sur l'importance de leur respect afin d'assurer la meilleure prise en charge par le réseau ;
 - les modalités de révision de ces protocoles, quelle qu'en soit la cause (adaptation aux données scientifiques, à l'environnement, faible utilisation par les professionnels, mauvaise application, analyse d'un dysfonctionnement, accident, etc.) et les modalités d'information sur les modifications ou les corrections apportées ;
 - les conséquences réelles pour les acteurs du réseau qui n'utilisent pas ou peu, et de manière récurrente, les protocoles définis par le réseau (remarques, observations, formation spécifique, injonctions, exclusions, etc.) et, selon la nature de ces conséquences, qui est chargé de les mettre en œuvre et comment ;
 - les éléments motivants du travail en réseau, les actions développées pour accentuer cette dynamique et la satisfaction qu'en retirent les professionnels : rencontres, échanges, déontologie, gain de temps dans la pratique quotidienne, service rendu pour le patient, certitude de l'absence de fuite du patient vers d'autres confrères, amélioration de la relation professionnel-patient, convivialité, etc ;
 - l'impact du réseau sur les pratiques médicales, notamment :
 - la généralisation de l'application des référentiels,
 - l'utilisation en routine des procédures,
 - le recours au réseau pour la recherche d'informations générales ou la soumission de problèmes particuliers,
 - le développement des relations transversales (entre professionnels, entre la ville et l'hôpital, etc.),
 - la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles.

- Concernant la sécurité des patients, l'évaluateur externe doit montrer :
 - que le réseau a défini les principales situations critiques possibles, qu'il en a analysé les conséquences et les mécanismes ;
 - qu'il a introduit dans la définition de ses protocoles et procédures tous les indicateurs d'alerte nécessaires pour anticiper les situations à risque et les moyens pour gérer ces situations le cas échéant.
- Concernant le fonctionnement et l'organisation pratique du réseau, l'évaluateur externe doit s'attacher :
 - à vérifier la formalisation et le contenu des conventions conclues avec l'ensemble de ses partenaires ;
 - à contrôler l'aspect opérationnel de ces conventions et leur mise en œuvre pratique et systématique.
- Concernant la valeur ajoutée par rapport aux modalités existantes, l'évaluateur externe doit révéler la capacité du réseau :
 - à tracer le parcours du patient, qu'elles qu'en soient les difficultés pratiques cas par cas ;
 - à innover dans le sens d'une meilleure organisation de la prise en charge et du parcours du patient.

La qualité du réseau doit, par ailleurs, refléter des qualités administratives et de gestion du réseau. Dans cette optique, l'évaluateur doit porter une appréciation sur les outils utilisés et la méthode de gestion employée, notamment sur la définition et le suivi des indicateurs de fonctionnement, de résultats, de satisfaction.

Enfin, adoptant une vision plus large, l'évaluateur doit être en mesure d'identifier les conséquences de la prise en charge en réseau sur l'organisation de la prise en charge des patients dans le territoire de santé concerné.

3. OPTIMISATION DES RESSOURCES

D'un point de vue économique, l'évaluateur doit apprécier le rapport coût/qualité de la prise en charge par le réseau et notamment :

- concernant les coûts globaux de fonctionnement, établir toutes les projections ou les comparaisons nécessaires ;
- concernant les coûts analytiques, procéder à une analyse des principales fonctions du réseau :
 - fonction coordination : frais afférents à la coordination des professionnels, à la coordination générale du réseau et aux moyens d'assurer la continuité et la globalité de la prise en charge des patients,
 - fonction qualité : frais afférents à la formation, la mise au point des protocoles et des procédures organisationnelles, les actions de révision, d'amélioration de la qualité, les méthodes de l'évaluation, etc.,
 - fonction soins : frais afférents à la rémunération des professionnels, aux prestations concourant aux soins fournis aux patients, etc.

À partir de ces analyses, l'évaluation externe pourra s'interroger sur les économies potentielles de gestion ou de réorganisation de la structure, le cas échéant procéder à d'éventuelles comparaisons avec des structures similaires ou comparables.

4. ADAPTABILITÉ DU DISPOSITIF

Une fois que l'évaluation aura apporté la garantie de la réalité du réseau, de sa qualité de prise en charge, de sa qualité de coordination et de son optimisation des ressources, elle devra fournir une vision prospective.

Il s'agit pour l'évaluateur de s'assurer que le réseau peut évoluer et s'adapter aux besoins de son environnement, et non se figer comme une nouvelle organisation au sein du système. Il devra successivement :

- constater les insuffisances (démonstration des points faibles) et formuler des recommandations ;
- identifier les aspects modélisables et définir des scénarii possibles d'évolution ;
- s'assurer de l'aptitude du réseau à concrétiser ces scénarii d'évolution.

CONCLUSION

Le contenu de ce document devra être adapté au fil du temps afin de tenir compte du déploiement de l'évaluation dans les réseaux de santé. Le groupe de travail s'est placé dans une attitude pragmatique, prévoyant d'ores et déjà des modifications du guide à intervalles réguliers en fonction des évolutions du contexte de développement des réseaux de santé.

Ce guide d'évaluation n'est ni définitif ni exhaustif. Il participe du développement des réseaux de santé et de la montée en charge des processus d'évaluation de la qualité de la prise en charge de la population. Reposant par construction sur les réseaux auditionnés, il a vocation à être enrichi de toutes les expériences des acteurs des réseaux de santé, qu'il s'agisse des promoteurs, des financeurs, des usagers ou des évaluateurs.

Achevé d'imprimer en août 2004
Imprimerie Moderne de l'Est
Dépôt légal – septembre 2004