



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
Annie PODEUR, Directrice

Sous-direction de l'organisation et
Du système de soins
Bureau des réseaux, complémentarités et
Recomposition des activités de soins (O3)
Personnes chargées du dossier :
Jean MALIBERT
Louis BERTHELOT

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Direction déléguée à la gestion et l'organisation des soins
Jean-Marc AUBERT, Directeur
Direction des Assurés
Catherine BISMUTH, Directrice
Département coordination et efficacité des soins
Jean-François BAYET, Responsable du département
Annie ARPIN-BARBIEUX
Pierre BERGMAN
Gwladys HAYA-BAVIERA

**Le Ministre de la santé et des solidarités
Le Directeur Général de la CNAMTS**

A

Mesdames et Messieurs les directeurs d'Agence Régionale
de l'Hospitalisation et
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Unions Régionales
des Caisses d'Assurance Maladie
(pour mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les Préfets de Région,
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Préfets de Département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Directeurs de Caisses Primaires
d'Assurance Maladie
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux du Service
Médical
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

Résumé : La présente circulaire définit des orientations en matière d'évolution des réseaux de santé.

Mots-clés : réseau, évaluation, financement, médecin traitant, parcours coordonné de soins, coordination, collaborations, mutualisations, découplage, territoires de santé, urgences, dossier médical personnel, télémédecine, permanence des soins, régulation.

Textes de référence :

Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 (article 36)
Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifiée aux articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique,
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie et codifiée aux articles L.162-43 et suivants du code de la Sécurité Sociale,
Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 (article 94)

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé codifié aux articles D.6321-1 et suivants du Code de la Santé Publique

Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 codifié aux articles R.162-59 et suivants du code de la Sécurité Sociale,
Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence, codifié aux article R.6123-1 et suivants, R.6312-28-1 et suivants, R.6412 et suivants du CSP,

Décret 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, codifié aux articles D.6124-1 et suivants du CSP,

Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Textes abrogés ou modifiés :

Circulaire DHOS/O3/DSS/ CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

Annexes :

- 1- Recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux
- 2- Tableau de programmation pluriannuelle de développement des réseaux de santé par région
- 3- Tableau de synthèse régional sur le programme annuel des audits financiers

Trois années après la mise en place de la DNDR, des orientations stratégiques et opérationnelles nationales sont nécessaires pour plus d'efficacité du dispositif et plus d'homogénéité entre régions. Cette circulaire s'appuie notamment sur les recommandations d'un récent rapport de l'IGAS et sur les réflexions des groupes de travail qui se sont réunis dans le cadre de l'Observatoire National des Réseaux de Santé.

Les constats de l'IGAS mettent en évidence la nécessité d'un renforcement du pilotage national et régional notamment par un lien plus étroit avec l'organisation des soins, par une meilleure formulation des objectifs attendus par les financeurs et l'amélioration de l'évaluation permettant d'objectiver les choix de financement entre les réseaux de santé.

La présente circulaire a pour objet :

1. de rappeler et de préciser les objectifs attendus des réseaux de santé, notamment leur nécessaire cohérence avec les principes sous-tendus par la réforme de l'Assurance Maladie et leur inscription dans l'organisation territoriale des soins ;
2. de clarifier le champ d'intervention de la DNDR et de préciser les modalités d'instruction des dossiers en région ;
3. de définir des éléments de cadrage pour la méthodologie de l'évaluation des réseaux qui devra être généralisée sur tout le territoire ;
4. de renforcer le suivi budgétaire et comptable des réseaux.

En complément de cette circulaire, l'élaboration de référentiels d'organisation nationaux thématiques sera poursuivie au niveau national afin de préciser davantage le cadrage du dispositif tant sur les objectifs que sur l'organisation et les modalités de l'évaluation attendue. Le but est de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé.

Le pilotage national et régional des réseaux de santé ne sera pas développé dans la présente circulaire. En effet, le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fusionne la DNDR et le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. L'organisation nationale et régionale de ce nouveau fonds sera précisée dans des décrets à paraître courant 2007.

1/ OBJECTIFS DES RESEAUX, COHERENCE AVEC LES PARCOURS DE SOINS ET INSCRIPTION DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

La première partie de la présente circulaire précise les éléments qui doivent impérativement être pris en considération dans l'instruction d'une demande de financement des réseaux. C'est sur cette base que les ARH et URCAM doivent développer leur communication auprès des promoteurs en vue de mettre en place les conditions d'un véritable pilotage régional afin d'utiliser le dispositif de financement des réseaux de santé au plus près des besoins identifiés dans votre région.

1-1 Objectifs des réseaux de santé

1.1.1. Prise en charge globale des patients et décloisonnement des professionnels

Le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social. A cette fin, a été créée en 2002 une enveloppe fongible au sein de l'ONDAM s'imputant sur les autres enveloppes.

☞ **Il vous est demandé de veiller à ce que les financements accordés dans le cadre de la dotation régionale soient conditionnés à la mise en place effective de ce décloisonnement, vérifiable à travers la composition et le fonctionnement des réseaux de santé. Il est important de rappeler à cet égard que le secteur médico-social est un acteur à part entière des réseaux.**

Les réseaux de santé doivent contribuer également à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé publique définis par les groupements régionaux de santé publique.

1.1.2. Qualité, sécurité et continuité des soins

Les promoteurs de réseaux qui sollicitent des financements pour la création ou la poursuite de leurs projets doivent également intégrer dans leurs objectifs la qualité et la sécurité des soins. L'une des valeurs ajoutées très concrètes des réseaux en cette matière est apportée par les formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles proposées, mais aussi par les démarches de protocolisation, d'utilisation de référentiels et enfin par la mise en place d'évaluations régulières des pratiques et de corrections corrélatives apportées à la prise en charge des patients.

La **continuité des soins** est l'une des dimensions essentielles liée à la sécurité et la qualité des soins. L'implication de tous les acteurs du réseau de santé doit permettre une prise en charge globale.

1-2 Le développement des réseaux de santé doit s'inscrire dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie et de l'organisation territoriale des soins.

L'articulation entre les différents niveaux de coordination est précisée en prenant en compte la relation entre le parcours de soins coordonné et le fonctionnement en réseau. De la même façon, le développement des réseaux de santé ne peut s'envisager qu'en totale adaptation avec l'organisation territoriale des soins.

1.2.1 Les réseaux de santé s'inscrivent en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie

A l'instar d'organisations qui existent dans de nombreux pays, la réforme de l'Assurance Maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 vise à organiser une prise en charge graduée des soins : le parcours de soins.

La réforme incite tous les assurés de plus de 16 ans, à désigner un médecin traitant. Ce dernier assure le premier niveau de recours aux soins, oriente le patient dans le parcours de soins coordonné, contribue à la protocolisation des soins de longue durée, favorise la coordination grâce à la synthèse des informations transmises par les différents intervenants. Il assure également les soins de prévention et contribue à la promotion de la santé. Cette désignation trouve tout son sens pour les patients atteints de pathologies chroniques où le médecin traitant se trouve naturellement en situation de coordonner les interventions dont son patient peut avoir besoin.

En contribuant à la promotion de la coordination et de la protocolisation des soins, les réseaux de santé s'inscrivent, de fait, dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie.

Le parcours de soins coordonné, issu de la réforme de l'Assurance Maladie, emprunte une logique proche de l'organisation territoriale avec, dans les deux cas, deux niveaux concentriques : le premier recours ou niveau de proximité et la mission de référence.

1.2.2 Les réseaux de santé s'inscrivent dans l'organisation territoriale des soins

1.2.2.1 Un réseau doit répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire

- ❑ *Partir des besoins exprimés*

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération incite fortement à développer les réseaux de santé.

Un réseau n'est utile et ne justifie d'être financé que s'il répond à des besoins de santé au bénéfice d'une population donnée. L'un des enjeux du développement des réseaux est **d'assurer le lien entre l'organisation des soins telle qu'elle est prévue par le SROS et les projets médicaux de territoire**. Vous veillerez à ce que les promoteurs du réseau s'appuient sur le diagnostic partagé par les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire de santé dans lequel il s'inscrit.

Il convient de veiller à ce que l'ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers mais également médico-sociaux soient bien associés à ce diagnostic et aux propositions qui en découlent. La conférence sanitaire constitue à cet égard un lieu de dialogue à privilégier.

- ❑ *Proposer une offre répondant à ces besoins*

Le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soins inexistante ou déficitaire.

L'objectif prioritaire est de développer une offre de service aux professionnels de premier recours et notamment aux médecins traitants de patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

Les réseaux de santé doivent à l'avenir être incités à développer une offre de services sur les points suivants :

- proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés en ayant répertorié :
 - les professionnels de santé ressources,
 - les services hospitaliers référents,
 - les prestataires susceptibles, le cas échéant, de délivrer des soins ou des services hors champ du remboursement de l'assurance maladie (pédicures-podologues, psychologues, diététiciennes, ...),
- proposer un même appui aux patients et aux associations de patients,
- développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques : éducation thérapeutique (prévention des complications), suivi de l'observance, et conformément aux recommandations de l'HAS concernant les affections de longue durée, «accompagnement des parcours de soins des patients au sein du système de santé»,
- organiser le maintien à domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation par la mobilisation des personnes ressources et la simplification des démarches administratives (concept de guichet unique).

1.2.2.2 Un réseau doit répondre à une logique d'organisation territoriale

On peut distinguer deux niveaux territoriaux d'organisation des réseaux de santé : le niveau de proximité et le niveau territorial subsidiaire.

□ *Le niveau de proximité :*

Ce niveau correspond d'abord à la demande en soins primaires dans l'environnement le plus proche possible du domicile du patient sur des thèmes généraux choisis parmi des pathologies qui demandent des soins fréquents : gériatrie, douleur, soins palliatifs,...

A ce niveau, il convient de réserver une place primordiale aux intervenants médicaux et paramédicaux à domicile. Pour préserver la réactivité de la prise en charge, vous veillerez à simplifier au maximum la fonction de coordination. De la même façon, c'est à ce niveau que se développent les solidarités locales avec les associations et les collectivités locales.

Le niveau de proximité peut se graduer en fonction de la fréquence des besoins en soins, du caractère itératif de ces derniers, de la facilité d'accès aux soins, de l'urgence.

Les réseaux peuvent également se constituer autour de thématiques nécessitant une inscription territoriale plus large autour du domicile du patient, mais toujours en proximité (santé mentale, addictologie, maladies chroniques,...),

Enfin, les réseaux de proximité constitués sur des thématiques proches (cancer, douleur, gériatrie, soins palliatifs par exemple) doivent être invités :

- d'une part, à développer des réflexions et des pratiques communes dans un souci de meilleure efficacité par la coopération,
- d'autre part à mutualiser les services qu'ils mettent à disposition : orientation, accès à des prestations spécifiques (éducation thérapeutique,...), coordination des acteurs (mise en place de dossiers partagés, retours d'information réguliers,...), gestion de cas complexes (maintien à domicile, prise en charge médico-socio-psychologique,...).

□ *Les niveaux territoriaux subsidiaires :*

Ces niveaux se définissent en fonction de l'offre de soins, en recours ou expertise et pour des pathologies ne relevant pas du niveau de proximité.

Pour certaines thématiques, des activités peuvent en effet justifier d'être organisées à un niveau qui va du territoire de santé à la région, voire à l'interrégional. Ces réseaux apportent un appui aux réseaux de proximité, dans une logique de subsidiarité et peuvent constituer par ailleurs un niveau de recours pour une expertise sur des dossiers complexes.

Ils répondent ainsi à des besoins identifiés comme différents des besoins de proximité. Ils doivent apporter aux patients, aux professionnels et aux financeurs des garanties sur la qualité des prises en charge : ils sont des relais pour la diffusion et l'élaboration de référentiels, pour l'élaboration de procédures et d'outils de liaison entre les professionnels des différents niveaux de recours. Ils peuvent également être des acteurs de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue. Ils identifient les équipes de prestataires appliquant les protocoles et élaborent des programmes de responsabilisation et d'accompagnement des patients dans des pathologies chroniques.

Ces activités peuvent utilement être organisées à un niveau territorial plus large, en liaison le cas échéant avec un pôle universitaire de référence. Les CHU ont d'ailleurs un rôle important dans la formation et la diffusion des protocoles et doivent donc être parties prenantes de ces réseaux de santé.

2/ LE CADRE GENERAL DE LA DECISION DE FINANCEMENT

L'importance des crédits alloués à la politique de développement des réseaux justifie une harmonisation du champ d'intervention de la DNDR entre régions, dans le respect des priorités de santé publique définies par le Ministre de la Santé, et avec l'objectif d'optimiser les moyens alloués.

2.1 Le champ du financement des réseaux de santé

2-1.1 La prise en compte des priorités de santé publique

Les grands plans de santé publique des cinq dernières années comportent un volet sur l'organisation des coordinations et des complémentarités en réseau : plan cancer, plan soins palliatifs, plan périnatalité, plan santé mentale, plan « solidarité grand âge », plan « prise en charge et prévention des addictions », plan « amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ».

A cette fin, des référentiels d'organisation nationaux sont en cours d'élaboration entre le Ministère de la Santé et la CNAMTS avec l'aide d'experts, de professionnels de santé et de représentants des ARH et URCAM. A la suite de la publication du cahier des charges national des réseaux de périnatalité, vous serez bientôt diffusés ceux consacrés aux réseaux de santé « personnes âgées », aux réseaux de soins palliatifs, aux réseaux régionaux de cancérologie. Ils doivent permettre d'appuyer le développement de ces thématiques dans votre région.

Vous voudrez bien prioriser dans vos choix de financement ces orientations nationales logiquement complétées par les priorités régionales prévues par les SROS.

2-1.2 La valorisation des mutualisations entre les réseaux de santé

Au niveau de proximité, la nécessaire optimisation de l'utilisation de la dotation régionale et les questions de taille critique des réseaux de santé doivent vous amener à **favoriser systématiquement l'utilisation mutualisée des moyens**. Ces mutualisations peuvent concerner les moyens humains (fonctions « support », astreinte téléphonique commune ou secrétariat partagé, ...), les locaux, le matériel (équipement bureautique ou système mutualisé (numéro d'appel unique par exemple), des prestations extérieures (formation, expertises, accompagnement de projet, études, ...).

A l'occasion de toute demande de financement (initiale ou renouvellement), il vous appartient, en conséquence, d'inciter les promoteurs à développer de tels regroupements de moyens.

2-1.3 Les dépenses couvertes par la DNDR

Les dépenses financées par la DNDR sont liées aux frais de fonctionnement du réseau (dont l'évaluation). Elles peuvent comprendre des cotisations à des organismes en rapport avec l'objet du réseau : regroupements de réseaux, sociétés savantes, Elles comprennent les coûts d'investissements nécessaires à ce fonctionnement ainsi que la rémunération des prestations dérogatoires.

2.1.3.1. Les dérogations tarifaires

Les dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale doivent rester expérimentales, c'est-à-dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération. Les prestations dont l'efficacité ou le service médical rendu sont avérés ont vocation à devenir des prestations de droit commun afin d'éviter toute iniquité dans l'accès aux soins entre les patients et tout positionnement du réseau sur le mode de la concurrence vis-à-vis des autres prestataires de santé.

Une dérogation tarifaire, doit répondre au moins à l'un des critères suivants :

- la non identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures ;
- la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de profession différente ;
- l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'Assurance Maladie ;
- la non-présence du patient pendant la réalisation de l'acte (ex : réunion de concertation pluridisciplinaire).

L'instruction des demandes de dérogations doit s'apprécier en fonction des référentiels de pratiques existants et doit mesurer, dès cette phase expérimentale, l'impact financier à attendre de leur éventuelle généralisation.

Il est rappelé que le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ du dispositif dérogatoire.

2.1.3.2 Thématiques pour lesquelles des dépenses peuvent être couvertes par la DNDR sous certaines conditions

Certaines thématiques présentées ci-après ne relèvent pas a priori d'un financement sur la DNDR mais peuvent, dans certaines conditions, faire l'objet d'un financement de certains postes de dépenses.

- L'organisation de la permanence des soins et de la réponse aux urgences

Compte tenu des finalités et des objectifs des réseaux de santé, la DNDR n'a pas vocation à financer :

- * la permanence des soins assurée par les médecins libéraux,
- * le fonctionnement et la permanence assurée au sein de maisons médicales de garde ou de centres de régulation des appels y compris lorsque ces derniers sont intégrés au sein des SAMU - Centre 15,
- * les réseaux prévus par les décrets « urgences » du 22 mai 2006 qui ne sont pas des réseaux de santé au sens de la loi du 4 mars 2002.

- La télémédecine

Un équipement de télémédecine peut être financé dans le cadre d'un réseau thématique dans la mesure où il est nécessaire à l'objet et au fonctionnement du réseau mais, en dehors des expérimentations accordées à certaines régions, il ne peut être envisagé de financer un réseau de santé ayant pour unique objet le développement de la télémédecine.

- La prise en charge des adolescents en réseaux de santé

Comme indiqué dans la lettre circulaire DHOS/EB/O2/3059 relative aux modalités de financement des maisons des adolescents, les réseaux de santé dans lesquels s'inscrivent obligatoirement les maisons des adolescents peuvent bénéficier d'un financement DNDR. Une sous enveloppe spécifique de 1 M € a été réservée à cette thématique.

Cette enveloppe abondera votre dotation régionale, dans la limite de 53 000 € par projet, après avis favorable du comité national de pilotage pour les projets soumis de votre région. Vous pourrez exceptionnellement compléter ce montant en cas de besoin réel justifié et après avoir démontré que vous avez su mettre en œuvre les autres priorités de santé publique.

2.2. Modalités d'instruction de financement des dossiers en région

La politique de développement des réseaux de santé doit permettre :

- de suivre et d'accompagner de manière coordonnée et transparente le développement des réseaux ;
- de faire évoluer en conséquence le dispositif afin d'optimiser les conditions de mise en œuvre des politiques en régions.

Les instructeurs s'assurent que le projet répond bien aux orientations définies par la présente circulaire s'agissant notamment de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale des soins et avec le dispositif des parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. A cet égard, ils s'entourent systématiquement des avis des caisses primaires et du service médical de l'Assurance Maladie et si nécessaire des DDASS et des DRASS.

Ils s'assurent également que le projet apporte toutes garanties quant à l'exigence d'évaluation en conformité avec les orientations nationales en matière d'évaluation annexées à la présente circulaire.

Sur ce point, ils vérifient plus particulièrement :

1/ la pertinence des objectifs et des indicateurs proposés pour mesurer les résultats obtenus et l'efficacité du dispositif mis en œuvre ainsi, le cas échéant, que leur conformité aux référentiels d'organisation nationaux existants. Ils contrôlent l'existence dans le dossier des indicateurs correspondant aux quatre champs de l'évaluation prévus au § 3.2.2 ainsi que des indicateurs spécifiques définis dans les référentiels d'organisation thématiques nationaux,

2/ les modalités prévues pour le recueil des données nécessaires à ces mesures et notamment la fiabilité, l'exhaustivité ainsi que la sécurité de ce recueil en termes de respect de la confidentialité des données échangées.

Les instructeurs veillent également à inciter les promoteurs à rechercher des solutions mutualisées avec les réseaux existants sur le même territoire (cf. § 2-1.2) et, le cas échéant, ils proposent de conditionner l'attribution des financements demandés aux résultats de cette recherche.

Enfin, dans un souci de transparence et de bonne gestion, l'instruction des dossiers doit permettre de veiller à ce que le Président du Conseil d'Administration de la structure juridique portant le réseau soit distinct du coordonnateur du réseau.

Sur la base de cette instruction, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM décident ou non du financement du réseau de santé, pour une durée ne pouvant excéder trois ans renouvelables.

2.3. Le suivi des décisions régionales de financement

En vue d'améliorer le suivi du développement des réseaux de santé dans chaque région et d'en rendre compte au Ministre de la Santé, au Directeur de la CNAMTS, au Parlement et aux organismes de contrôle, il vous est demandé de nous adresser sous trois mois le tableau en annexe 2 retraçant les objectifs que vous vous êtes assignés afin d'assurer une couverture de votre région par les réseaux de santé, en fonction des orientations nationales de santé publique et des priorités SROS. **Vous voudrez bien nous adresser chaque année, pour le 31 décembre, ce même tableau complété qui contribuera notamment à l'estimation des besoins de financement.**

Cette programmation nous permettra de suivre l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle doit constituer une exigence qu'il vous appartient de respecter dans vos choix annuels de financement de réseaux. Ces objectifs pourraient être repris dans le contrat annuel d'objectif Etat/ARH, ainsi que dans les contrats pluriannuels de gestion des URCAM. Ils pourront faire l'objet d'une discussion dans le cadre du dialogue annuel de gestion.

3/ L'ÉVALUATION : UNE CONDITION DU FINANCEMENT

Dans une perspective d'amélioration permanente du service apporté aux patients et de meilleure efficacité, l'évaluation fait partie intégrante de tout projet de réseau de santé.

En ce sens, tout dossier de demande de financement, portant sur une première demande ou un renouvellement, comporte nécessairement des précisions sur le champ de l'évaluation envisagée ainsi que sur les modalités retenues pour cette évaluation.

Les réseaux de santé doivent satisfaire à des obligations en terme d'évaluation pour bénéficier de financement sur la DNDR en application de l'article D.6321-7 du CSP. Les recommandations nationales en matière d'évaluation que vous trouverez en annexe 1 précisent l'ensemble des fondamentaux de l'évaluation.

L'évaluation des réseaux de santé se situe à deux niveaux selon les acteurs impliqués et la temporalité :

- une évaluation interne tous les ans,
- une évaluation externe à la fin de chaque période de financement.

3-1 L'évaluation interne

L'évaluation interne ou auto-évaluation est assurée au minimum à l'occasion du rapport d'activité qui vous est transmis par le promoteur du réseau chaque année avant le 31 mars (art. D.6321-7 du CSP). En interne, les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés précédemment.

Précisés dès la phase de conception, les indicateurs retenus pour cette évaluation interne constituent des outils de pilotage simples, mesurables et pertinents.

Cette évaluation en continu doit vous permettre de suivre en routine l'activité et le bon fonctionnement des réseaux financés, par le biais des rapports d'activité ou des tableaux de bord renseignés par les réseaux.

En cas de dysfonctionnement constaté ou d'une activité très insuffisante de certains réseaux, il vous appartient d'effectuer tout contrôle nécessaire afin d'en analyser les causes.

3-2 L'évaluation externe à la fin de chaque période de financement

L'objectif de cette évaluation est de démontrer, à l'issue des périodes de financement, la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport aux dispositifs existants et d'appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnels) peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement. Les évaluations doivent donc mettre en évidence les facteurs de réussite, les freins et les leviers, ainsi que le caractère reproductible des projets.

3.2.1 Régionalisation du choix de l'évaluateur externe

Au sein de chaque région, les guichets uniques retiendront un seul prestataire de l'évaluation par thématique. Celui-ci est cependant susceptible d'intervenir à l'échelle de plusieurs régions.

Ces évaluateurs externes devront posséder obligatoirement des compétences à la fois médicales, organisationnelles et économiques. Ils sont par ailleurs totalement extérieurs aux réseaux qu'ils sont amenés à évaluer et ne doivent pas entrer en conflit d'intérêt tant avec les promoteurs, qu'avec les autres financeurs.

Vous centraliserez la procédure d'évaluation, la mise en concurrence et donc le choix de l'évaluateur (cf. annexe 1 : recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux). Pour ce faire, un cahier des charges, préalable à la mise en concurrence des prestataires externes, sera élaboré au niveau de la région en intégrant les éléments prévus par les recommandations nationales.

Pour le financement de cette évaluation externe, le financement se fera par prélèvement préalable sur la dotation régionale dans la limite du pourcentage précisé par les arrêtés portant détermination des dotations nationale et régionale de développement des réseaux.

3.2.2 Les champs de l'évaluation externe

Afin de vérifier l'atteinte des objectifs des réseaux et d'apprécier leur valeur ajoutée, vous veillerez à ce que les cahiers des charges régionaux de sélection de l'évaluateur prévoient l'évaluation des champs suivants:

- l'organisation du fonctionnement du réseau évalué, en particulier son impact sur son environnement ;
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels) ;
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles ;
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats incluant les dérogations tarifaires.

Ces quatre champs et leurs indicateurs qui guideront l'évaluation externe devront faciliter une synthèse de l'évaluation de chaque réseau au travers d'une cotation à prévoir dans chacun des cahiers des charges. Cette cotation, établie par l'évaluateur, facilitera la remontée vers le niveau national des évaluations régionales (§ 3.2.3 et tableau en fin d'annexe 1) conformément aux recommandations de l'IGAS.

En complément, l'évaluation prendra également en compte des indicateurs de performance spécifiques à chaque thématique de réseau qui sont ou seront définis au sein des référentiels d'organisation nationaux.

3.2.3 Les conséquences de l'évaluation externe

Dans le cadre de l'évaluation d'un réseau, vous vous attacherez à contrôler qu'il a atteint les objectifs prévus.

Si tel est le cas, vous veillerez à tirer les conséquences de cette évaluation en matière de financement et à proposer une poursuite du financement de ce réseau dès lors qu'il s'inscrit dans les priorités fixées pour la région.

Si les objectifs n'ont pas été atteints, plusieurs situations sont à envisager :

- **l'objectif n'était pas le bon** : les objectifs du réseau seront alors redéfinis en concertation avec le réseau (suppression d'un objectif non pertinent, réévaluation d'un objectif trop ambitieux) ;
- **l'objectif était pertinent et le réseau était proche de l'atteindre** : les moyens engagés devront alors être revus (organisation, protocoles, acteurs impliqués,...), adaptés à l'analyse effectuée et au plan d'actions préconisé puis un calendrier d'atteinte des objectifs devra être re-fixé ;
- **l'objectif était bien choisi mais le réseau n'est pas à même de l'atteindre** : il deviendra alors indispensable que vous reconsidériez à la baisse la dotation allouée ou que vous arrêtiez le financement du réseau.

Il vous appartient ainsi clairement chaque année de nous communiquer au 30 juin la liste des réseaux en fin de période de financement qui n'ont pu prouver leur valeur ajoutée et dont vous décidez logiquement de ne pas reconduire le financement.

En revanche, en cas d'évaluation positive des actions d'un réseau, il apparaît fondamental d'envisager une possible reproductibilité des organisations et une capitalisation des bonnes pratiques.

Pour ce faire, vous vous attacherez à **transmettre chaque année au 30 juin à la DHOS et la CNAMTS, un bilan des évaluations**, qui devra mettre en avant et justifier les organisations qui vous apparaissent les plus intéressantes, les plus innovantes, porteuses d'un bénéfice réel dans la prise en charge du patient.

Vous veillerez également à **nous transmettre annuellement au 30 juin, une synthèse de l'évaluation externe de chaque réseau en fin de période de financement** ainsi que des décisions prises par vous à la suite de ces évaluations. Cette synthèse prendra la forme d'un tableau récapitulatif (fin de l'annexe 1) qui sera transmis pour information au Conseil de l'Hospitalisation.

4/ UN SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE S'APPUYANT NOTAMMENT SUR DES AUDITS FINANCIERS

Vous établirez un programme de contrôle pluriannuel qui sera réalisé par vos équipes afin de vous assurer de la régularité de l'utilisation des fonds par les réseaux. Vous nous informerez annuellement de la mise en œuvre effective de ces contrôles dans un tableau qui sera transmis avec le rapport d'activité (voir annexe 3). Ceci n'exclut pas la possibilité de contrôles inopinés en fonction des signalements, **notamment sur la base d'alertes adressées par les caisses pivot.**

En tant que de besoin et notamment en cas de doute sur l'utilisation des fonds par les réseaux de santé, vous devrez vous rapprocher des Missions Economiques et Financières en région, en lien avec les Trésoriers Payeurs Généraux et de la Direction de la CNAMTS afin de mobiliser ses services d'audits pour des enquêtes ponctuelles et sur place de ces réseaux.

**La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins**

Annie PODEUR

**Le Directeur Général de la
Caisse Nationale d'Assurance Maladie**

Frédéric VAN ROEKEGHEM

ANNEXE 1

EVALUATION DES RESEAUX DE SANTE ORIENTATIONS NATIONALES

Mots-clés : réseau, évaluation, médecin traitant, parcours de santé, coordination, projet thérapeutique, évaluation de la prise en charge, collaborations

Textes de référence : Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé codifiée aux articles L.6321-1 et L.6321-2 du code de la santé publique, décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique codifié par les décrets n°2005-839 et n°2005-840 du 20 juillet 2005 aux articles D.6321-1 et suivants et notamment l'article D.6321-7 du code de la santé publique relatif à l'évaluation des réseaux.

INTRODUCTION

I CHOIX DE L'EVALUATEUR

I-1 : L'EVALUATEUR LUI-MEME

I-2. : REGIONALISATION DU CHOIX DE L'EVALUATEUR EXTERNE

II CHOIX DE LA METHODOLOGIE GENERALE DE L'EVALUATION EXTERNE

II.1 : PRE REQUIS

II. 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE

III LES CHAMPS DE L'EVALUATION EXTERNE

III-1 : EVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES RESEAUX

III-2 : EVALUATION DE LA PARTICIPATION ET DE L'INTEGRATION DES ACTEURS

III-3 : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'IMPACT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

III-4 : EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE (EFFICACITE / EFFICIENCE)

IV LES IMPLICATIONS DE L'EVALUATION EXTERNE

IV-1 : POUR LE RESEAU EVALUE

IV-2 : POUR LA POLITIQUE DES RESEAUX EN GENERAL

INTRODUCTION :

L'évaluation s'impose aux réseaux de santé visés à l'article L.6321-1 du code de la santé publique. L'alinéa 2 de l'article D.6321-7 du code de la santé publique précise que pour chaque réseau de santé « *tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :*

1° *le niveau d'atteinte des objectifs ;*

2° *la qualité de prise en charge des usagers, processus et résultats ;*

3° *la participation et la satisfaction des usagers et professionnels du réseau ;*

4° *l'organisation et le fonctionnement du réseau ;*

5° *les coûts afférents au réseau ;*

6° *l'impact du réseau sur son environnement ;*

7° *l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »*

L'évaluation des réseaux s'entend comme l'appréciation de l'atteinte d'objectifs qualitatifs et quantitatifs permettant de mesurer l'impact des réseaux sur la qualité de la prise en charge des patients, les pratiques des professionnels de santé et l'environnement sanitaire du réseau. Elle vise à mettre en évidence la valeur ajoutée du réseau en terme de qualité et d'efficience de la prise en charge du patient par rapport aux dispositifs existants. Cette évaluation requiert une comparaison entre la situation créée par le réseau et la situation pré-existante (ou une analyse de type ici/ailleurs). Elle nécessite donc un état des lieux préalable obligatoire dans le dossier promoteur (offre existante, descriptif des parcours de soins, domaines et objectifs d'amélioration,...). Elle implique des objectifs déclinés en termes de résultats à atteindre quantifiés, de définitions, des instruments de mesure (indicateurs) ainsi qu'éventuellement des référentiels ou des normes.

L'évaluation des réseaux de santé prévue par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé est codifiée à l'article L.6113-4 du Code de la Santé Publique.

L'objet du présent document est de clarifier les modalités de cette évaluation aussi bien pour les acteurs du financement en région que pour les promoteurs des réseaux. Cette démarche permettra en retour que soit appréciée la politique de développement des réseaux en cohérence avec les priorités de santé publique et les objectifs d'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie fixés par le législateur.

L'ensemble des réseaux, toutes disciplines confondues, doit faire l'objet d'une démarche d'évaluation duale et complémentaire :

- une évaluation interne tous les ans : auto-évaluation effectuée par les professionnels eux-mêmes ou quelques représentants du réseau.
- une évaluation externe en fin de période de financement et au minimum tous les trois ans : réalisée par un prestataire extérieur, public ou privé indépendant vis-à-vis du projet à évaluer.

Le présent document abordera tour à tour les questions et alternatives qui se présentent aux promoteurs et aux financeurs des réseaux de santé.

I CHOIX DE L'EVALUATEUR :

I-1 : L'EVALUATEUR LUI-MEME

I-1.1 : Evaluateur interne :

En interne, les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances.

Les critères d'évaluation sont choisis sur la base des indicateurs préalablement négociés entre le promoteur et les autorités de financement régionales (ARH/URCAM) qui maîtrisent les objectifs initiaux conventionnels, peuvent donc en apprécier les résultats et juger des conséquences conformément aux dispositions de l'article D.6321-7 du Code de la Santé Publique

Il est important de mettre l'analyse des indicateurs, véritables outil stratégiques de pilotage, au cœur de la phase d'instruction des dossiers (demande initiale ou de reconduction de financement) en considérant la présence au dossier de demande de financement de la méthodologie d'évaluation qui sera mise en œuvre comme un des éléments nécessaires pour se prononcer favorablement. A ce titre, le promoteur doit, en conformité avec son dossier de demande, préciser : les objectifs déclinés en termes quantitatifs, les indicateurs permettant de mesurer leur atteinte, leur modalité de calcul, les modalités et la fréquence de recueil des données brutes nécessaires à leur construction, les sources d'information utilisées, les tableaux de bords attendus, ainsi que l'organisation qui sera mise en œuvre en interne pour réaliser cette évaluation.

I-1.2. : Evaluateur externe :

Le prestataire externe à qui sera confiée l'évaluation doit disposer de compétences multiples : à la fois médicales, organisationnelles et économiques. Aussi l'équipe d'évaluation doit-elle comporter des acteurs porteurs de l'ensemble de ces compétences.

Au minimum l'équipe comportera :

- sur le plan médical, au moins un membre de l'une des professions médicales mentionnées à la quatrième partie du Code de la Santé Publique, livre premier, et livre II (médecins, chirurgiens dentistes, sage-femmes, pharmaciens) ;
- sur le plan organisationnel et économique, un évaluateur possédant une expérience d'au moins trois ans acquises dans ces domaines.

Le travail de l'équipe est placé sous la responsabilité de l'organisme prestataire de l'évaluation sélectionné par la commission des appels d'offre compétente. Les membres de l'équipe d'évaluation sélectionnée sont totalement extérieurs au réseau qu'ils sont amenés à évaluer. Ils n'ont aucun lien professionnel direct avec les acteurs de la structure évaluée et ne peuvent participer à des évaluations d'un réseau dans lequel ils ont exercé une activité dans les cinq années précédentes, ou avec lequel ils ont, ou ont eu des intérêts directs ou indirects au cours des cinq années précédentes. Cette condition permet de garantir un travail indépendant et impartial. **Plus généralement, il est important de veiller à ce qu'il n'existe aucun conflits d'intérêts, tant avec les réseaux évalués qu'avec l'ensemble des financeurs.**

L'évaluateur rend compte uniquement à la Personne Responsable du Marché.

I-2. : REGIONALISATION DU CHOIX DE L'EVALUATEUR EXTERNE :

Le guichet unique ARH / URCAM centralise la procédure d'évaluation et donc le choix de l'évaluateur.

Pour une thématique donnée, les guichets uniques s'attacheront à ne retenir qu'un seul prestataire de l'évaluation. Rien ne s'oppose également à ce qu'un évaluateur puisse intervenir à l'échelle de plusieurs régions si le nombre de réseaux sur un thème donné est considéré comme trop faible dans une région.

II CHOIX DE LA METHODOLOGIE GENERALE DE L'EVALUATION EXTERNE :

II 1. : PRE REQUIS

Evaluation interne :

L'évaluation interne ou auto-évaluation est assurée par les acteurs des réseaux (organisés éventuellement en cellule d'évaluation).

A l'occasion du rapport d'activité annuel transmis chaque année avant le 31 mars (art. D.6321-7 du CSP), ils passent en revue les objectifs premiers du réseau, les moyens mis en œuvre pour les atteindre ainsi que la réalité de leur implication au sein du réseau. Ils se réfèrent pour cela aux préconisations du guide d'auto-évaluation de la Haute Autorité en Santé (ex. ANAES).

Cette évaluation se distingue du simple accompagnement des réseaux assumé par différents acteurs : cellules régionales, délégués ARH ou URCAM et cellules d'audits conseils.

Evaluation externe:

L'évaluation externe s'appuie notamment sur les éléments fournis dans le cadre de l'auto-évaluation.

Elle utilise des thèmes communs, des indicateurs pour partie identiques. La différence entre les deux types d'évaluation ne s'arrête pas au choix des évaluateurs :

- l'évaluation externe est organisée de façon régionale autour d'une thématique, une pathologie particulière, améliorant ainsi le niveau de l'expertise et les possibilités de comparaison de réseau à réseau ;
- l'évaluation externe comporte nécessairement un volet médico-économique.

II-2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE :

II-2.1. : La période de l'évaluation :

L'évaluation externe doit commencer au plus tard six mois avant la remise du rapport d'évaluation prévu par l'article D. 6321-7, alinéa 2 du Code de la Santé Publique.

L'évaluation doit couvrir l'ensemble de la période de financement du réseau, sur la base des informations recueillies dès le début par le promoteur du réseau.

Les résultats doivent être transmis au plus tard trois mois avant décision de renouvellement de financement. Le rendu des résultats d'évaluation doit permettre un temps d'analyse et l'anticipation des décisions financières.

II-2.2. : La mise en concurrence des évaluateurs :

- *Le cahier des charges de la mise en concurrence :*

Le cahier des charges, préalable à la mise en concurrence des prestataires externes, est élaboré au niveau de la région par le guichet unique ARH/URCAM en intégrant les éléments prévus par les présentes orientations et en prenant en compte éventuellement les spécificités locales ou les attentes éventuelles des représentants des associations d'usagers de la région.

- *La publication :*

La publication respecte les règles de mise en concurrence et de publicité en vigueur.

- *La sélection :*

Le guichet unique ARH/URCAM est chargé d'organiser dans chaque région un comité de pilotage chargé de la rédaction du cahier des charges régional de l'évaluation. Ce comité comporte au moins :

- un ou des représentant(s) de l'ARH
- un ou des représentant(s) de l'Assurance Maladie

La commission des appels d'offres à réunir est celle où la PRM est compétente. Il est donc possible d'utiliser la commission d'appel d'offre de l'URCAM et le Directeur de l'URCAM comme PRM.

Le contrat est signé entre le prestataire choisi et la PRM. La caisse pivot (éventuellement celle de l'URCAM) devra, après transmission des pièces nécessaires aux versements prévus au marché par la PRM, effectuer les versements.

II-2.3. : Le travail des évaluateurs

L'évaluation est réalisée :

- par analyse des indicateurs fournis par les acteurs du réseau ;
- par analyse des dossiers patients anonymisés ;
- par entretien avec les acteurs du réseau, avec les professionnels concernés, éventuellement avec des patients (questionnaire) ;
- par des entretiens avec des acteurs associés au réseau : professionnels de santé, établissements de santé, institutions et autres partenaires significatifs dans l'environnement socio-sanitaire du réseau.
- à partir des rapports d'activité transmis chaque année par le réseau ;
- à partir des comptes annuels et des bilans certifiés selon les cas par :
 - le trésorier et le président de l'association
 - le commissaire aux comptes
 - le comptable du groupement ou de l'établissement

L'évaluation s'appuie obligatoirement sur les indicateurs contenus dans les référentiels nationaux thématiques des réseaux (personnes âgées, périnatalité,...) existants et validés. Elle tient compte des objectifs des plans nationaux et des politiques régionales de santé afin de vérifier que les réseaux répondent aux mieux aux besoins en santé d'un territoire donné.

Les informations recueillies (données quantitatives et qualitatives, indicateurs et tout document fourni par le réseau) sont anonymisées dans le cadre des autorisations demandées à la CNIL en vue de leur transfert au prestataire.

Les grilles d'analyse de cette évaluation prennent en compte à la fois les quatre champs suivants :

- l'organisation et du fonctionnement des réseaux ;
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels, établissements, services sociaux, collectivités etc...) ;
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles ;
- l'efficacité et l'efficience du réseau.

III LES CHAMPS DE L'EVALUATION EXTERNE :

Afin de vérifier l'atteinte des objectifs du réseau et d'apprécier sa valeur ajoutée, l'évaluation devra couvrir l'ensemble des champs suivants.

III-1 : EVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES RESEAUX :

III-1.1 : Le fonctionnement du réseau :

L'objectif est ici d'évaluer le fonctionnement du réseau sur le plan quantitatif et qualitatif conformément à sa charte.

L'évaluation externe doit permettre en premier lieu de s'assurer de la pertinence de l'organisation mise en œuvre, de sa stabilité au regard de la dynamique de pilotage du réseau, de sa capacité à prendre des décisions et à trouver des solutions aux difficultés.

Cette première partie de l'évaluation reposera notamment sur :

- les méthodes et outils utilisés dans le réseau, le pilotage du réseau et la coordination des professionnels (nombre de réunions, fréquence, niveaux de participation, niveaux de participation aux formations, nature des formations) ;
- les actions et leur modalité de mise en œuvre permettant de garantir une vraie pluridisciplinarité ;
- les modalités d'élaboration des protocoles ;
- la coordination opérationnelle de l'ensemble des professionnels auprès des patients ;
- le système d'information mis en place ;
- les ressources sollicitées (personnel salarié, intervenants professionnels...) ;
- l'évolution du fonctionnement du réseau dans le temps.

III-1.2 : Le réseau dans son environnement :

Il s'agit ici d'analyser :

- la nature des partenariats développés localement ;
- les modalités de mise en œuvre des formations : thèmes (pluridisciplinarité, formations aux protocoles de prise en charge,...) et nature des formations (formations magistrales, formations pratiques sur cas concrets,...), catégorie des formateurs, nombre de professionnels formés par catégorie ;
- l'impact du réseau sur son environnement :
 - décloisonnement entre professionnels de ville, entre la ville et l'hôpital, liens tissés avec et entre les structures médicales et/ou sociales,
 - liens entre réseaux ;
 - analyse de la pénétration du réseau sur le territoire ;
 - pertinence de la surface d'intervention (dimension, flux des usagers, comparaison des objectifs quantifiés,...) ;
 - mutualisations avec les autres acteurs et les autres réseaux.

Dans l'optique d'une poursuite de financement, l'évaluation s'assurera que le réseau a maintenu son implantation ou qu'il l'a renforcée et s'attachera à montrer en quoi le réseau constitue une réponse complémentaire aux structures ou aux organisations existantes.

III 2 : EVALUATION DE LA PARTICIPATION ET INTEGRATION DES ACTEURS :

Cette évaluation reposera notamment sur l'analyse quantitative des indicateurs à partir des tableaux de bord réalisés par le réseau (caractéristiques de la démographie médicale du réseau, professions impliquées) tout autant que sur l'appréciation qualitative des professionnels adhérents au réseau.

Dans ce cadre l'évaluateur externe devra mettre en évidence :

- la capacité des acteurs du réseau à s'approprier une démarche commune, à contribuer aux objectifs généraux du réseau ;
- la capacité du réseau à travailler dans la pluridisciplinarité, non seulement par l'intégration de divers professionnels au sein du réseau mais par leur complémentarité et leur coopération ;
- l'évolution du nombre de professionnels participant au réseau ;
- la motivation des professionnels de santé, de leur participation réelle au réseau et aux actions du réseau, de l'adéquation entre les motifs de leur participation et les objectifs du réseau, ...

Une enquête pourrait permettre de vérifier les actions développées pour accentuer la dynamique et la satisfaction que retirent les professionnels du travail en réseau : rencontres, échanges, déontologie, gain de temps dans la pratique quotidienne, absence de fuite du patient vers d'autres confrères, amélioration de la relation professionnel-patient, ...

III-3 : EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DANS LE CADRE DU RESEAU ET DE L'IMPACT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'évaluation doit être l'occasion de mesurer l'évolution de la prise en charge réelle des patients :

- le niveau d'atteinte des objectifs définis préalablement par le réseau dans la convention,
- la qualité de la prise en charge des usagers aussi bien pour ce qui est des processus que des résultats, qu'il s'agisse de l'amélioration de l'état de santé des patients ou de leur satisfaction.

Elle permet aussi l'estimation de l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles

III-3.1 : La prise en charge des patients du réseau :

Cette première partie de l'évaluation reposera notamment sur :

- l'analyse de la file active et des caractéristiques des patients inclus dans le réseau à partir des tableaux de bord réalisés (flux de patients, caractéristiques démographiques, sociales et fonctionnelles de la population concernée) ;
- l'étude de la continuité de la prise en charge : celle-ci est mesurée à partir des actions de coordination entre les structures qui composent le réseau visant au remplacement des acteurs de l'équipe à domicile en cas d'absence, à la mise en place de permanences téléphoniques, au partage de données médicales (papier / informatique) ou d'une fiche de liaison, à l'existence d'un référent médical du patient, à l'existence d'un programme ou d'un plan d'intervention pluridisciplinaire (notamment pour les personnes âgées) ;
- le respect du parcours de soins coordonnés : nombre de patients du réseau ayant désigné un médecin traitant, organisation de la coordination lorsque le médecin traitant du patient n'est pas adhérent au réseau, nombre de patients concernés par ce cas,...
- l'analyse de la conformité des parcours de soins avec les référentiels du réseau ;
- des études directes sur dossier patient anonymisé : l'évaluation externe devra s'assurer de la pertinence des données recueillies au regard de la continuité des soins assurés par les acteurs du réseau ;

l'utilisation d'indicateurs préalablement définis pour mesurer l'impact du réseau sur la prise en charge des personnes d'un point de vue quantitatif et qualitatif (moindre morbidité, moindre dégradation de l'état fonctionnel et cognitif, diminution du recours à l'hospitalisation). Plusieurs méthodes sont ici envisageables : constitution d'un échantillon et suivi avant/après l'inclusion dans le réseau, mesure de l'évolution de la dépendance (GIR des patients du réseau, indice de Karnofsky, comparaison éventuelle avec le suivi de patients hébergés dans un établissement,...) ;

- la quantification des événements indésirables préalablement identifiés ;
- l'observation de la maîtrise des événements indésirables ou dysfonctionnements (analyse et modification) ;
- des enquêtes de modification des comportements et des connaissances des patients bénéficiant des prestations du réseau (observance du traitement, prévention des complications, ...) ;
- l'étude des indicateurs (plaintes et éloges, nombre d'évènements sentinelles, évènements indésirables, dysfonctionnements, données relatives à la sécurité).

III-3.2 : L'évaluation de l'impact du réseau sur les pratiques :

L'objectif second d'un réseau est d'améliorer les pratiques des professionnels qui le composent afin de les mettre en adéquation soit avec une norme de bonne pratique existante ou à créer, soit avec l'objectif de bonne pratique préalablement fixé par le réseau.

L'évaluation vérifiera la présence ou l'élaboration des protocoles organisationnels au sein des réseaux (plan d'intervention, dossiers « patient », référentiels, procédures d'alerte...) ainsi que leur application et analysera leur impact sur les pratiques professionnelles.

Le cas échéant, l'évaluation portera également sur toute action concourant à l'amélioration des pratiques, au regard des objectifs que s'est assigné le réseau en terme de soins (réduction de la polymédication par exemple), de maintien à domicile (par exemple limitation du nombre de placements ou d'hospitalisations, adaptation de l'habitat) et de suivi des bilans médicaux, sociaux ou fonctionnels réalisés (par exemple respect des plans d'interventions, taux de réévaluation).

III-4 : EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE (EFFICACITE / EFFICIENCE) :

III-4.1 : Principes

L'évaluation médico-économique vise à une comparaison coûts/résultats entre l'activité menée par un réseau et une prise en charge par des acteurs non coordonnés ou à une comparaison coûts / résultats entre plusieurs réseaux.

Ce type d'évaluation a pour but de dégager les différences entre la situation avec réseau et une situation d'organisation alternative pour une même thématique, afin d'évaluer le bien fondé des politiques de financement engagées.

Cette évaluation repose donc principalement sur une étude des consommations médicales. Il s'agit, en distinguant les différents types de consommations (dépenses ambulatoires et dépenses d'hospitalisation), d'évaluer l'impact des réseaux sur les dépenses d'Assurance Maladie.

Si cette étude des consommations médicales ne peut être menée pour chaque réseau, l'évaluation triennale obligatoire doit servir de support à une évaluation plus globale de la politique de développement des réseaux mise en œuvre au niveau régional.

III-4.2 : Le mesure des coûts

La mesure des coûts engendrés par le réseau doit permettre d'établir des comparaisons et surtout de garantir un développement maîtrisé des actions financées.

Cette évaluation repose sur les ressources du réseau financées sur la dotation régionale.

Deux types de coûts doivent être appréciés :

- les coûts de fonctionnement :

Ce sont tous les coûts relatifs au fonctionnement de la structure promotrice gérant le réseau : cellule de coordination du réseau (personnel et fonctionnement), charges locatives, système d'information du réseau, formations, investissements, etc. Ces données sont issues de la comptabilité interne de la structure.

- les coûts dérogatoires :

Il s'agit des coûts relatifs aux prestations dérogatoires, rémunérant les différents professionnels médicaux et paramédicaux intervenant auprès de patients du réseau.

A partir de ces deux types de coûts, l'évaluation doit aboutir à un **coût global par patient** (il peut être utile, en plus de ce coût global, de distinguer un coût de fonctionnement par patient ainsi que le coût des prestations dérogatoires par patient).

L'évaluation doit prendre en compte la période de montée en charge du réseau ainsi que l'existence de frais de démarrage. Un coût par patient sur l'ensemble de la période d'évaluation aurait peu de sens. Il est donc important de distinguer ce coût par année, afin d'en connaître l'évolution, la troisième année présentant la donnée la plus pertinente.

L'évaluateur devra apprécier ce coût par patient au regard :

- des objectifs du réseau et de leur atteinte
- des évaluations des autres réseaux de la région

De plus, l'évaluation devra intégrer une projection des coûts isolant les économies susceptibles d'être engendrées par une mutualisation.

IV : LES IMPLICATIONS DE L'ÉVALUATION EXTERNE :

Les conséquences de l'évaluation des réseaux sont multiples et se déclinent en fonction des intérêts en jeu.

IV-1 : Pour le réseau évalué :

La question première est : « le réseau a-t-il atteint ses objectifs ? » :

- Si le réseau a atteint ses objectifs :
Dans ce cas, les conséquences de cette évaluation en matière de financement devront être tirées par le financeur et un renouvellement éventuel des crédits proposé.
- Si les objectifs n'ont pas été atteints, il peut être analysé :
 - Soit que l'objectif n'était pas le bon (ou que son environnement a évolué depuis sa création) : une redéfinition des objectifs du réseau peut alors être proposée (suppression d'un objectif non pertinent, réévaluation d'un objectif trop ambitieux, adaptation de ses objectifs aux évolutions constatées depuis sa création.
 - soit que l'objectif était pertinent et :
 - que le réseau était proche de l'atteindre : il convient alors de revoir les moyens engagés (organisation, protocoles, acteurs impliqués,...), de les adapter à l'analyse effectuée et au plan d'actions préconisé puis de refixer un calendrier d'atteinte des objectifs.
 - que le réseau ne semble pas être à même d'y parvenir et il convient alors de reconsidérer l'investissement financier ou d'arrêter le financement du réseau.

Pendant les périodes pluriannuelles, au même titre que l'évaluation interne, l'évaluation externe peut et doit servir de base à la réflexion pour le financeur. Elle constitue un des critères de renouvellement de l'enveloppe attribuée au réseau ou de son ajustement (mesures nouvelles).

L'évaluation doit comporter également un volet précisant les recommandations **sur les conditions de la poursuite de l'activité du réseau et de son financement par la dotation régionale, notamment en termes d'organisation, de procédures, de formation, d'outils, d'incidence économique, voire réglementaire**. Les évaluations doivent tenir compte des études, expérimentations, plans et actions de santé publique existantes afin de les intégrer dans les recommandations proposées.

IV-2. : Pour la politique des réseaux en général

En cas d'évaluation positive des actions du réseau, il apparaît légitime d'envisager une possible reproductibilité des organisations et une capitalisation des bonnes pratiques. Cette information remonte au niveau national via les ARH/URCAM qui transmettent chaque année un bilan des auto-évaluations et des évaluations externes à la DHOS et à la CNAMTS.

En complément de ce bilan des évaluations, vous veillerez à ce que les évaluateurs externes facilitent une synthèse de l'évaluation de chaque réseau. Pour ce faire, ils décideront d'une cotation par champ obligatoire de la grille d'analyse (§II-23.). Cette cotation doit être prévue dans chacun des cahiers des charges régionaux de l'évaluation par thématique. Le résultat sera reporté par vos services sur le modèle du tableau en infra, vous permettant de nous transmettre chaque année au 30 juin un aperçu annuel simple des résultats des évaluations régionales.

SYNTHESE DES EVALUATIONS DES RESEAUX PAR REGION

Région :

Date :

Les colonnes grises doivent être complétées par l'organisme évaluateur du réseau qui appose une croix pour chacun des 5 chapitres dans les colonnes A, B, C ou D en fonction de la cotation qu'il considère refléter l'évaluation globale du chapitre soit :

A - satisfait aux exigences de l'évaluation

B - satisfait en grande partie aux exigences de l'évaluation

C - satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation

D - ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation

RESEAU	Nom organisme évaluateur	Date évaluation	Organisation et fonctionnement du réseau				Participation et intégration des acteurs				Prise en charge patient par les acteurs et impact sur les pratiques professionnelles				Evolution médico-économique coût/résultats				Evaluation globale du réseau				Décision prise par l'ARH / URCAM
			A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
Nom du réseau Date de création Date fin financement																							
Nom du réseau Date de création Date fin financement																							

Nom du réseau Date de création Date fin financement																								
Nom du réseau Date de création Date fin financement																								
Nom du réseau Date de création Date fin financement																								
Nom du réseau Date de création Date fin financement																								
TOTAL		NOMBRE TOTAL DE COTATION D																			NOMBRE DE DECISION D'ARRET DE FINANCEMENT		% ENTRE COTATION D ET ARRET DE FINANCEMENT	

**TABLEAU DE PROGRAMMATION PLURIANNUELLE
DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX DE SANTE PAR REGION**

Région :

Date :

PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE ISSUES DES PLANS NATIONAUX	Surface de la région actuellement couverte par les réseaux de santé sur la thématique (en %)	Prévision du % de la surface région couvert par les réseaux sur la thématique				
		Année n+1	Année n+2	Année n+3	Année n+4	Année n+5
Cancer						
Soins palliatifs douleur						
Périnatalité						
Personnes âgées						
Santé mentale						
Conduites addictives						
Maladies chroniques						
Nutrition-obésité						
Handicap						

Mutualisations logistiques inter-réseaux mises en œuvre dans le cadre à votre initiative ou financées directement par vous (détailler).

TABLEAU DE PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DES AUDITS DES RESEAUX DE SANTE PAR REGION				
Région :				
Date :				

	Année N-1	Année N	Conclusions	Suites données (en particulier suites financières)
AUDITS URCAM/ARH				
Nombre d'audits programmés pour l'année n-1				
Nombre d'audits réellement réalisés		
Nombre d'audits réalisés suite à alerte				
Structure(s) à l'origine de l'alerte			
Nombre d'audits programmés cette année				
AUDITS EXTERIEURS				
Nombre d'audits demandés				
Nombre d'audits réalisés		
Structure(s) sollicitée(s) pour ces audits				