

L'évaluation des réseaux de soins et de santé

Actes du séminaire des 7 et 8 juin 2002

**Co-organisé par la CNR, le CREDES et le Groupe IMAGE de l'ENSP
avec le soutien du CNPS**

Rapport n° 521 (biblio n° 1501)

Novembre 2003

Avertissement

Ce document regroupe les interventions présentées lors du séminaire « L'évaluation des réseaux de soins et de santé », qui s'est tenu les 7 et 8 juin 2002.

Les interventions ont été recueillies en direct par sténotypie et validées par leurs auteurs, à une exception près, après corrections.

Les différents textes constituant le chapitre « Analyses du séminaire sur les réseaux de soins et de santé » n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et non celles de l'ensemble des co-organisateur du séminaire.

Sommaire

SOMMAIRE

Introduction	9
Pourquoi un débat sur le thème de l'évaluation ?	11
Analyse du séminaire sur l'évaluation des réseaux	13
1.1. Des indéterminations préoccupantes sur les enjeux des réseaux et de l'évaluation des réseaux	15
1.2. Les apports de ces deux journées sur l'évaluation	19
1.3. Conclusion : clarifier les différents niveaux de l'évaluation	22
Interventions introductives	25
1.1. Raison d'être et avenir des réseaux (Didier MENARD)	25
1.2. Retour sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (François MAIGNIEN)	28
Expériences d'acteurs de terrain	31
1. Le point de vue d'un spécialiste de la santé communautaire	33
1.1. L'évolution des réseaux en Communauté française de Belgique	34
1.2. Les réseaux appliqués à la santé : les leçons à en tirer	35
1.3. Indications pour l'évaluation	36
1.4. Des paradoxes...	38
Questions/Débats	40
2. Le point de vue d'un promoteur de réseau	43
2.1. L'origine du projet	43
2.2. Description du quartier	44
2.3. La mise en commun, les actions concrètes	45
2.4. Ce qui a changé...	46
2.5. Si on est sur l'exemplarité, qu'est-ce qui peut être exportable ?	48
3. Le point de vue de deux institutions régionales	49
3.1. Qu'est-ce qu'un réseau ?	49
3.2. Quelle procédure régionale de coordination et de concertation autour des réseaux en Bourgogne ?	50
3.3. Comment aider le promoteur de réseau à formaliser son projet ?	51
3.4. Quelle évaluation des réseaux ?	52
Questions/Débats	55
Expériences d'évaluateurs	61
4. Le point de vue de trois guides méthodologiques	63
4.1. Présentation des documents	64
4.2. Définitions et enjeux des réseaux : quelle évaluation	65
4.3. Les conséquences de ces définitions et enjeux sur l'évaluation des réseaux	67
4.4. Précision des différents modes d'évaluation proposés par chaque document	69
4.5. Conclusion	79
Questions/Débats	80
5. Le point de vue d'un économiste évaluateur de réseaux	83
5.1. Introduction	83
5.2. Qu'est-ce qu'un réseau ?	84
5.3. L'évaluation	85

5.4. Les guides : un modèle commun derrière une différence d'approche	87
5.5. Les limites du modèle de l'évaluation des programmes de santé appliqué aux réseaux	88
Questions/débats	92
6. Le point de vue d'un spécialiste de l'évaluation des politiques publiques	97
6.1. Quelle division du travail en matière d'évaluation des réseaux de soins et de santé ?	97
6.2. La constitution des données	99
6.3. Quelle contribution de l'évaluation des réseaux à une évaluation de politique publique ?	100
Questions/débats	101
Expérience de recul	109
7. Le point de vue d'un spécialiste québécois des systèmes de santé	111
7.1. Définition de l'évaluation	112
7.2. Les réseaux de soins et leurs finalités	112
7.3. Les réseaux et l'intégration des soins	115
7.4. Évaluation, intégration et changement	118
Débat avec la salle	121
Restitution des ateliers et discussion	125
1. Synthèse des débats du groupe n° 1	127
2. Synthèse des débats du groupe n° 2	131
3. Synthèse des débats du groupe n° 3	137
4. Discussion générale de clôture	145
Epilogues	151
1. Le point de vue des chercheurs (CREDES et IMAGE)	153
2. Le point de vue de la Coordination Nationale des Réseaux	157
2.1. Quelles leçons tirer de ce séminaire ? (P. CHOSSEGROS)	157
2.2. Leçons provisoires d'une journée de rencontres autour de l'évaluation des réseaux (C. LAGUILLAUME)	159
Annexe 1	
Liste des participants	163
Annexe 2	
Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins et de santé	169
première étape : l'organisation d'un séminaire de travail sur le thème	
1.1. Une des enjeux et méthodes d'évaluation des réseaux de soins	170
1.2. Une seconde étape : accompagner la mise en œuvre du processus d'évaluation et collecte de données à des fins de capitalisation	170
1.3. Une troisième étape : capitaliser cet accompagnement sous des formes diverses	173
Liste des abréviations	175

Introduction

Pourquoi un débat sur le thème de l'évaluation ?

Le séminaire, dont nous publions les actes ici, a été co-organisé par la CNR (Coordination Nationale des Réseaux), le CREDES (Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé) et le Groupe IMAGE de l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique), avec le soutien du CNPS (Centre National des Professions de Santé).

Ce séminaire est conçu comme la première phase d'un projet plus vaste qui a été accepté pour bénéficier d'un financement du bureau national du FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) : le projet Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins et de santé.

Ce projet est né d'une rencontre entre des acteurs de terrain et des chercheurs, et d'une constatation commune qu'il existait un besoin impérieux d'animer des échanges sur le thème de l'évaluation des réseaux, d'accompagner les réseaux dans leur évaluation et de capitaliser les travaux effectués autour des questions, des méthodes, des enjeux et des difficultés posés par l'évaluation.

Le séminaire est conçu comme la première étape du projet AAC ; il a pour objectif d'animer des échanges sur le thème de l'évaluation des réseaux. Cet espace d'échange nous était apparu comme nécessaire parce que l'évaluation pose de nombreuses questions à de nombreuses personnes, qu'elles soient promoteurs, financeurs, donneur d'agrément, consultants, bureaux d'études, chercheurs, etc. Mais nous avons également le sentiment que l'évaluation pouvait contribuer à préciser le sens que doit prendre l'objet « réseau » dans le système de santé ; sens qui ne semblait pas très clair à l'époque.

La première journée est une présentation de points de vue divers et de travaux méthodologiques sur l'évaluation des réseaux. L'objectif est de déclencher des débats afin de faire émerger des zones de convergence et de divergence entre des promoteurs de réseaux, des chercheurs, des institutionnels et des consultants. La seconde journée est conçue comme un espace de discussion en petits groupes. L'idée est de prendre du recul par rapport à tout ce qui a pu s'exprimer au cours de la première journée, de débattre des questions qui seront apparues pertinentes et importantes, des axes sur lesquels il faudrait réfléchir, des points à approfondir, etc. Afin de ne rien perdre des discussions, nous proposons ici la retranscription complète des interventions et des débats.

Un an plus tard, le projet AAC a été abandonné. Dans le premier chapitre de ces actes, les chercheurs co-organisateur du séminaire apportent leur version de cet échec et livrent leur analyse des débats qui se sont tenus au cours de ces deux journées de juin 2002. En particulier, ils construisent l'hypothèse que les réseaux sont des instruments de transformation du système de soins et que l'évaluation, loin d'être une contrainte externe, participe légitimement à cet enjeu.

L'intervention introductive de Mr Ménard revient sur l'histoire des réseaux avant d'exposer la conception de la CNR sur les enjeux actuels des réseaux et sur le rôle de l'évaluation. La seconde intervention introductive permet à Mr Maignien de rappeler le cadre d'intervention du FAQSV, qui devait financer le projet AAC¹.

¹ Le projet AAC ayant été abandonné, le financement du séminaire a été supporté par les deux groupes de recherche CREDES et IMAGE.

Sept interventions se sont succédées au cours de la première journée. Les chapitres suivants reprennent ces interventions, pour la plupart relues et validées par les auteurs, et les débats qui leur ont succédé. Nous avons choisi de ne pas présenter les interventions dans l'ordre chronologique réel, mais en fonction de leurs affinités.

Les trois premiers textes se placent dans la perspective de l'action de terrain. Les deux interventions de Mme Bantuelle, spécialiste belge de santé communautaire, et de Mr Fhima, promoteur d'un réseau de proximité à Lyon, sont très proches. Ils permettent d'introduire une question qui sera prégnante tout au long du séminaire sur les enjeux des réseaux : quel est le champ d'action légitime du réseau entre soin, santé au sens médico-social et santé au sens communautaire. Ces deux intervenants s'inscrivent dans la troisième approche. La troisième intervention offre le point de vue conjoint de Mr Jaffre et de Mme Pélissier, deux représentants de l'ARH et de l'URCAM de Bourgogne. Leur expérience montre comment certaines instances régionales ont anticipé les réformes en se structurant en un conseil régional des réseaux, ce qui peut être interprété comme le signe que les institutions sont dans une démarche de questionnement et d'apprentissage sur la gestion de projet et les problématiques d'organisation des soins et des actions de santé.

Les trois interventions suivantes abordent plus directement la question de l'évaluation. Mme Jaglin-Grimonprez analyse trois guides méthodologiques sur l'évaluation des réseaux parus en 2001². Ce travail, très élaboré, permet de mettre à jour certains excès ou au contraire certaines lacunes dans ces ouvrages à destination des différents acteurs intervenant dans l'évaluation des réseaux de soins et/ou de santé. Dans les deux interventions suivantes, les points de vue de Mr Dervaux, économiste de la santé, et de Mr Le Bouler, évaluateur de politiques publiques, permettent de sentir combien les cadres d'évaluation classiques sont trop étroits pour aborder les réseaux.

La dernière intervention se situe dans une perspective particulière. Le point de vue développé par Mr Contandriopoulos, spécialiste du système de santé québécois, permet de prendre du recul en explicitant certaines des différences de point de vue qui avaient émergés au cours de la journée, mais surtout en légitimant ces différences. Il ne s'agit pas de dire qui a raison ou tort, mais de montrer les articulations, parfois grinçantes, qui existent dans un système tel que le nôtre.

La seconde matinée s'est déroulée en petits groupes ; le cahier des charges portait sur des questions précises : à qui est destinée l'évaluation ? Quels sont les niveaux de responsabilité ? Comment définir des priorités entre les différents critères possibles ? A l'issue de la matinée, deux rapporteurs par groupe étaient chargés de faire la synthèse des débats et le dernier chapitre de ces actes restitue ces trois synthèses. Malgré des discussions parfois tendues, le séminaire s'est conclu sur une proposition concrète et consensuelle en matière d'évaluation : il n'existe pas une évaluation mais trois niveaux d'évaluation avec des objectifs différents. La confusion entre ces trois niveaux est à l'origine d'exigences d'évaluation auprès des réseaux parfois excessives de la part des chercheurs, des financeurs et des tutelles. La distinction de ces niveaux permet de recadrer la responsabilité de chacun.

Ces actes se concluent par trois textes présentant les points de vue des différents co-organisateurs sur le déroulement de ces deux journées.

² « Guide pour l'évaluation des réseaux », FAR et URCAM Aquitaine, 2001
« Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique » ANAES, 2001. www.anaes.fr
« L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations » CREDES, IMAGE, 2001. www.credes.fr

Analyse du séminaire sur l'évaluation des réseaux

Analyse du séminaire sur l'évaluation des réseaux

**Yann BOURGUEIL, Aude DEVELAY, Groupe Image (ENSP)
et Fabienne MIDY, Dominique POLTON, CREDES**

En 2002, l'ensemble des acteurs de réseaux de soins et/ou de santé font face à un édifice complexe de procédures (Conseil Régional des Réseaux, Comité d'Orientation des Filières et des Réseaux Expérimentaux de Soins), d'outils (circulaires, SROS, FAQSV), de cadres et de références (cahier des charges de la CNAM, dossiers promoteurs, guides méthodologiques).

L'hypothèse sur laquelle se fonde notre réflexion est que cette complexité est à l'origine d'une incertitude générale sur les enjeux des réseaux et sur ceux de l'évaluation. Cette incertitude s'est concrètement exprimée tout au long de ces deux journées par des questionnements sur la place des réseaux dans notre système, sur leur domaine d'action légitime, sur la frontière entre évaluation interne et évaluation externe, etc. L'objectif de ce chapitre est de présenter une analyse transversale des discussions qui ont eu lieu sur ces questions. Le but de clarification de ce séminaire est atteint car des réponses concrètes ont été apportées. Nous concluons que l'évaluation des réseaux ne doit pas être considérée comme univoque, croyance qui peut conduire à exhorter les réseaux à tout mesurer sur tout. L'évaluation des réseaux est au contraire une démarche stratifiée où chaque acteur (promoteur réseau, financeur, législateur, évaluateur, chercheur) a des responsabilités et des légitimités précises et limitées.

1.1. Des indéterminations préoccupantes sur les enjeux des réseaux et de l'évaluation des réseaux

1.1.1. Les enjeux des réseaux

Les discussions porte principalement sur des réseaux dont l'enjeu fondamental est de créer une dynamique de changement. Elles mettent en évidence, pour ces réseaux, des divergences sur les moyens de parvenir à ce changement. Cependant, il ne faut pas oublier que l'objet « réseau » ne renvoie pas uniquement à cette ambition spécifique et que l'on observe sur le terrain une grande variété d'expériences. Des réseaux se sont développés sans manifester cette intention de transformer le système ; il s'agit alors pour les professionnels de mettre en place, pour une population particulière, une organisation différente de la prise en charge, afin de résoudre des dysfonctionnements dans leurs pratiques.

Les réseaux : rénover le système et/ou réorganiser les prises en charge

Selon l'intervention de D. Ménard, les réseaux ont historiquement occupé une place à la marge du système de santé. La crise du système de soins et l'émergence de pathologies organiques et sociales, telles que le sida, ont créé un espace de liberté, dont certains acteurs militants ont profité pour inventer une nouvelle façon de fonctionner. Aujourd'hui, le positionnement des réseaux par rapport au système de soins apparaît comme flou : le guide FAR-URCAM le définit comme un complément à une offre de soins existante ; le guide CREDES-IMAGE parle d'une innovation organisationnelle qui change la règle du jeu dans le système de soins (C. Jaglin-Grimonprez).

Du point de vue réglementaire, la cinquième enveloppe constitue une assise du rôle complémentaire des réseaux dans le système : les médecins recevront des rémunérations complémentaires pour les nouveaux services qu'ils vont offrir dans le cadre d'un réseau. Les interventions de différents membres de la CNR montrent que cette orientation ne correspond pas à leur revendication de transformation du système. D. Ménard expose plusieurs éléments qui montreraient que les réseaux se sont développés selon des principes en complète opposition avec le système traditionnel : une gouvernance horizontale plutôt que hiérarchique, la coopération plutôt que l'individualisme libéral, etc. Ils redoutent que l'institutionnalisation ne conduise à une absorption des réseaux par le système, ce qui aura pour conséquence de les amputer de leur ambition fondamentale. Au contraire, d'autres professionnels, qui n'ont pas l'ambition d'inventer le système de soin de demain, refusent les changements profonds des modes de rémunération que cela implique (forfaitarisation, capitation).

L'enjeu fondamental de transformation du système, porté par la CNR, n'est donc pas partagé par tous, il suffit d'observer toutes les expériences de terrain qui fonctionnent et se développent dans une perspective différente pour s'en convaincre. Ces deux journées n'ont pas permis de répondre de manière consensuelle sur ce que doit être les réseaux.

Le domaine d'action des réseaux est-il le soin ou la santé ?

Une première façon d'aborder l'ambiguïté entre réseau de soins et réseau de santé est de les présenter comme l'antithèse l'un de l'autre. Plus sérieusement, il semble qu'il s'agit moins d'une opposition fondamentale de leurs démarches, que d'une différence d'échelle dans leurs objectifs. Concrètement, ces réseaux diffèrent dans le degré de coordination qu'ils impliquent : le réseau de soin a pour objectif de coordonner les intervenants sanitaires, le réseau de santé a pour objectif de coordonner les intervenants sanitaires et sociaux, et les réseaux communautaires, ou de proximité, se donnent pour objectif de coordonner les différents secteurs de la vie de la communauté (A. Fhima).

Les promoteurs des réseaux de santé communautaire mettent en avant l'argument selon lequel l'état de santé ne peut pas être pris en charge indépendamment de « l'état de vie » des individus : conditions de travail, cadre économique et social, environnement, etc. « On n'aura jamais la possibilité de soigner les gens correctement s'ils n'ont pas des logements décentes » (P. Chossegros). Il est difficile de ne pas reconnaître l'impact des conditions de vie sur l'état de santé, mais A. P. Contandriopoulos traduit cette discussion en termes de priorité et de responsabilité : « Pour donner aux réseaux une légitimité suffisante pour qu'ils puissent obtenir des ressources, il faudrait d'abord créer des réseaux de soins et montrer qu'ils contribuent à réduire la durée, l'intensité et les conséquences de la maladie. (...) Une fois cela acquis, il sera peut-être possible, en concertation avec les autres instances sociales et politiques, d'améliorer les conditions de vie de la population. Mais ce n'est pas le Ministère de la santé qui devrait être responsable de cette démarche, elle devrait être assumée par l'ensemble de la société ». Cette vision est cohérente avec le rôle des médecins dans les réseaux de proximité, tel qu'il est décrit par un médecin promoteur d'un tel réseau à Lyon : « Nous, les docteurs, on sert simplement d'interfaces entre les populations et les décideurs, en ce sens qu'on apporte une certaine caution par la notabilité que l'on représente auprès des institutions » (A. Fhima).

1.1.2. Les enjeux de l'évaluation

Le premier enjeu de toute évaluation est de générer de la connaissance afin de construire un jugement, dont l'objectif ultime est l'engagement d'une action. Mais les discussions animées que nous avons connues sur l'évaluation des réseaux montrent que poser ces objectifs généraux est loin d'être suffisant. Un second enjeu est mis en avant : l'évaluation n'a pas pour seul objectif d'analyser ce qui est fait au sein du réseau, elle doit également aider le réseau à se construire.

Premier enjeu de l'évaluation : la connaissance, le jugement et l'action

Sur ce premier enjeu, il apparaît vite que la frontière entre l'évaluation interne et l'évaluation externe n'est pas nette. Elle devient plus claire lorsque l'on a précisé : à qui est destinée l'évaluation et ce que l'on cherche à montrer.

Qui est le destinataire de l'évaluation ?

Le premier point qu'il est impératif d'éclaircir est celui du destinataire de l'évaluation. Une opposition s'est exprimée entre les membres de réseau et les financeurs/législateurs. Les premiers reprochent aux seconds d'être trop intrusifs et de vouloir tout connaître des réseaux ; les seconds insistent sur la nécessité pour eux de connaître les effets de leurs investissements ou les effets des expériences sur le fonctionnement du système local.

Il existe un consensus fort sur la nécessité pour les professionnels du réseau de s'approprier l'évaluation pour savoir ce qu'il font. Quant à elle, la légitimité des financeurs est décrite comme réelle, pour savoir ce qu'ils financent, mais limitée. Enfin, concernant la légitimité du législateur, les promoteurs de réseau expriment leur agacement : cette légitimité s'accompagne du devoir de tirer les enseignements de toutes ces informations. Les expériences de Lubersac en milieu rural et de Saint-Nazaire en milieu urbain sont cités comme des contre-exemples.

La question est explicitement posée par D. Polton : « est-ce que l'on veut, au-delà des premières expérimentations et des mécanismes incitatifs, généraliser [et accompagner] des formes [innovantes] de rémunération ou d'organisation ? ». Il n'existe actuellement pas de réponse à cette question. Cependant, quelques initiatives montrent qu'il y a un investissement réel de certaines institutions locales. Par exemple, la mise en place d'un guichet unique pour soutenir les réseaux, ou la publication de guides pratiques à leur intention (ARH et URCAM Bourgogne, URCAM Aquitaine associée à la FAR), peuvent être la marque de leur engagement dans l'apprentissage de la gestion de projet et des problématiques d'organisation des soins et des actions de santé. Il n'en reste pas moins que ces expériences sont le fait de volontés institutionnelles locales. Il est incontestable que l'on ne s'est pas donné, jusqu'à présent, les moyens qui peuvent permettre de répondre à la question de la pertinence qu'il y aurait à passer d'une dimension d'expérimentation locale à celle d'une politique publique.

Les objectifs de l'évaluation ne sont pas les mêmes en fonction des différents demandeurs, c'est évident, mais sont-ils pour autant disjoints, voire incompatibles ? Certainement pas. La solution se trouve vraisemblablement dans la négociation entre les réseaux et les autres acteurs. Au cours des interventions et des débats, les discours récurrents sur la place centrale du patient se retrouvent, mais force est de constater qu'il reste beaucoup de travail à faire pour trouver le moyen de concrétiser cette idée fédératrice.

Qu'est-ce que l'on cherche ?

Cette question renvoie directement à celle du destinataire de l'évaluation dont on vient de traiter. En aval, elle détermine le modèle d'évaluation à solliciter.

Le réseau veut savoir ce qu'il fait, et en particulier, il s'agit pour les professionnels du réseau de répondre du mieux possible aux besoins des patients. Il s'agit donc principalement d'une démarche de gestion de projet. Quant à lui, le financeur veut savoir ce qu'il finance, ce qui renvoie plutôt au modèle de l'évaluation médico-économique d'un calcul de rapport entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus³. Enfin, le législateur s'intéresse à l'articulation du réseau dans le système de santé, ce qui devrait conduire à une évaluation en rupture avec la vision du réseau individuel qui prévaut dans les deux premières approches.

L'inadaptation des modèles traditionnels de l'évaluation à l'objet « réseau » est particulièrement argumentée par B. Dervaux. Il propose d'abandonner le modèle de l'évaluation des programmes de santé (auquel appartient l'évaluation médico-économique) pour développer celui de l'évaluation des organisations de santé. Le premier modèle porte la recherche sur la production de service et la réalisation des objectifs. Le second élargit ces deux champs au processus d'adaptation, c'est-à-dire à la capacité du réseau à trouver des ressources financières et humaines, et à la préservation d'un système de valeur.

Second enjeu de l'évaluation : aider à construire le réseau

L'évaluation peut aider le réseau à se construire à deux moments de sa vie. L'aide apportée par l'évaluation au réseau au fur et à mesure de son développement, pour repérer et corriger ses dysfonctionnements, est largement reconnue et acceptée. Mais l'évaluation peut également aider le réseau à se construire très en amont, au moment même de sa conception. Par exemple, les discussions autour des questions de critères et d'indicateurs peuvent aider le réseau à poser correctement ce que seront ses objectifs. On peut considérer ce soutien apporté par l'évaluation de deux manières différentes. Le premier point de vue, assez négatif, est que la contribution de l'évaluation dans la conception en amont du réseau vient palier l'absence préjudiciable d'une doctrine sur les réseaux. Le second point de vue, cette fois positif, consiste à considérer que cette intrication de l'évaluation et des réseaux est parfaitement légitime dans un processus d'innovation.

L'évaluation doit donc « permettre : d'une part, d'apprécier comment s'organise au cours du temps l'intégration dans les réseaux ; et d'autre part, de favoriser les transformations requises pour que l'intégration des soins se développe » (A.P. Contandriopoulos). Elle pourra favoriser ces transformations en créant un espace d'échange et de débat entre le système de soins, le système collectif de représentation et de valeurs et le réseau de soins, qui est lui-même constitué d'un système de financement, d'un système de gestion, d'un système d'information et d'un système clinique (A.P. Contandriopoulos).

Si on adopte cette seconde version – ce que nous faisons – une conséquence importante doit être tirée : le financement de l'évaluation devrait faire partie intégrante du financement du réseau ; elle ne devrait pas faire l'objet d'une recherche de financements dispersés, comme c'est le cas trop souvent.

³ Les différents guides et les différents intervenants ont mis en avant la limite de la démarche médico-économique lorsqu'elle est utilisée comme *unique* référence méthodologique. En particulier, le modèle de l'essai clinique est souvent jugé inadapté à l'évaluation des réseaux.

1.2. Les apports de ces deux journées sur l'évaluation

Nous avons précédemment développé la thèse selon laquelle le réseau est une innovation organisationnelle, et que les discussions sur l'évaluation peuvent contribuer à structurer cette innovation (Bourgueil et al., 2001). Dès lors, il n'y a pas de séparation entre l'enjeu du réseau et celui de l'évaluation. L'enjeu des réseaux étant de créer une dynamique de changement, l'évaluation doit s'inscrire dans cet enjeu. Une fois reconnu ce point conceptuel fondamental, ces deux journées ont permis d'éclaircir plusieurs questions pragmatiques.

Comment tenir compte de la spécificité des réseaux ?

Deux types de spécificité sont à considérer : la spécificité de l'organisation en réseau versus une autre forme d'organisation, et la spécificité des réseaux les uns par rapport aux autres.

L'organisation en réseau a de nombreuses spécificités qui ont été décrites et commentées par ailleurs. Les échanges qui se sont déroulés sur ce thème lors du séminaire portent principalement sur l'importance, dans cette organisation, des valeurs partagées et sur les changements culturels qui sont derrière les changements de pratique. Par conséquent, l'évaluation qualitative prend une place particulière, principalement les méthodes de l'entretien semi-directif. Par ailleurs, l'ouverture de l'évaluation sur des méthodes non quantitatives doit se doubler d'une pluridisciplinarité des approches (économie, gestion, médecine, sociologie, etc.) : « l'évaluation des réseaux ne peut pas se faire d'un seul point de vue disciplinaire et il faut bien croiser des disciplines différentes » (B. Dervaux). Enfin, les promoteurs de réseaux font remarquer que la spécificité de l'organisation en réseau devrait inciter les évaluateurs à s'imprégner de ce qu'est un réseau ; ils doivent admettre qu'un processus d'apprentissage leur est nécessaire, comme les acteurs de réseaux ont admis qu'ils avaient besoin d'un apprentissage sur l'évaluation.

Les réseaux sont tous différents, cela a été dit à de nombreuses reprises. D'où l'idée que l'on n'évalue pas de la même façon, par exemple, un réseau de soins palliatifs et un réseau global d'exercice. Certes. Mais que faut-il en conclure ? De nouveau, deux types de réponses co-existent : les uns s'appuient sur ces spécificités pour dire que l'évaluation doit « coller » à l'individualité des réseaux et que l'on ne peut pas les comparer entre eux ; les autres affirment qu'il est possible de définir des indicateurs et des méthodologies qui soient suffisamment partagés pour que la comparaison fasse sens. En fait, il s'agit de nouveau d'une fausse polémique, liée à la confusion précédemment évoquée entre évaluation interne et évaluation externe. Effectivement, les acteurs de réseau ont besoin d'une évaluation qui soit capable de rendre compte du fonctionnement de leur réseau, mais cela n'interdit pas de produire des indicateurs assez généraux, qui pourront aider à construire un point de vue global sur ce nouveau mode d'organisation que sont les réseaux.

En attendant, l'adaptation de l'évaluation à la taille du réseau est une volonté consensuelle. « La mise en œuvre de l'évaluation doit être en cohérence parfaite avec les objectifs et la taille du projet » (ARH-URCAM Bourgogne). Il est inutile de « plomber » les réseaux avec des exigences trop lourdes en matière d'évaluation, sous peine de faire de l'évaluation le fossoyeur des réseaux. C'est le retour de la simplicité et du pragmatisme. Les réseaux ne sont pas en mesure de répondre à toutes les exigences, c'est entendu. La nécessité de définir des priorités sur les éléments qui doivent constituer l'évaluation est évoquée dans les débats dès la première matinée. C. Jaglin-Grimonprez relève d'ailleurs qu'en n'établissant pas ces priorités de manière explicite, les guides d'évaluation, dont elle fait la synthèse, ont contribué à la confusion. Ils doivent être pris comme des boîtes à outils, et non pas comme des *check-lists*.

Que faut-il évaluer ?

L'interrogation porte sur ce qu'il convient de favoriser, entre les processus et les résultats, dans une évaluation des réseaux.

La réponse est dans un premier temps consensuelle : l'évaluation doit absolument privilégier l'analyse des processus puisque les changements organisationnels sont au centre des réseaux. Cette approche est particulièrement développée dans le cas des réseaux communautaires : « priorité à l'évaluation de processus (...) : comment cela marche et pourquoi cela marche de cette façon là » (M. Bantuelle). D'autres arguments sont évoqués pour justifier cette position. Premièrement, l'évaluation des résultats est confrontée à un problème de temporalité. Les changements attendus en termes de résultats peuvent s'inscrire dans un horizon temporel différent de celui de l'évaluation : « demander à ce que l'on juge des résultats au moment où les dispositifs n'ont pas encore eu le temps de produire lesdits résultats pose problème (...) » (S. Le Bouler). Deuxièmement, l'évaluation des résultats est confrontée à l'évolutivité du réseau ; fonder l'évaluation des réseaux sur les résultats attendus peut masquer l'émergence d'impacts non prévus.

La satisfaction des patients est un critère que l'on n'a pas beaucoup évoqué. Peut-être parce l'évaluation de la satisfaction est admise par tous comme un élément incontournable de l'évaluation de la qualité des processus. Cependant, les évaluations de la satisfaction ne sont pas forcément discriminantes. Dans la plupart des cas, les patients sont satisfaits, ou très satisfaits, par les soins qu'ils ont reçu. L'évaluation de la satisfaction est un domaine où les méthodes d'entretiens semi-directifs ont toute leur légitimité.

Dans un second temps, les discussions reviennent sur des indicateurs de santé publique plus classiques, tels que la mortalité ou la morbidité. S'interroger sur les résultats n'est pas incompatible avec la temporalité des réseaux dès lors que l'on fait appel à des résultats intermédiaires et à des méthodes de modélisation adaptées. Par ailleurs, R. Launois fait remarquer que les critères de résultat ne se limitent pas à la morbidité et à la mortalité ; il évoque le contrôle des symptômes et la qualité de vie. Les méthodes d'évaluation sont aujourd'hui suffisamment validées pour que la qualité de vie soit reconnue comme un critère de résultat à part entière. Enfin, il existe une contradiction fondamentale dans le « tout processus » : si l'évaluation de la qualité repose sur des critères qui permettent de comprendre comment un processus permet d'obtenir certains effets, il faut bien se donner les moyens de connaître lesdits effets.

Lors de ces discussions, certaines lacunes sont soulignées dans le champ des critères explorés par les différents guides. En particulier, rien n'est dit sur la dimension éthique des expériences et les critères de pertinence sociale.

Cette question des critères à évaluer renvoie nécessairement à celle des données disponibles. Nous abordons ici une autre lacune soulignée à propos des guides. Pour les réseaux qui font l'objet d'un partenariat avec l'Assurance maladie, la question de la disponibilité des données de consommation est relativement facile à résoudre, même si des limites dans la fiabilité de ces données sont évoquées. La disponibilité de variables médicales ou organisationnelles est par contre un problème pour tous les réseaux. La source de l'information est bien entendu les professionnels des réseaux, mais il est hors de question qu'ils soient submergés par des questionnaires de toute sorte. Les guides n'abordent pas les méthodes de modélisation qui existent et qui permettent de palier certains problèmes de disponibilité des données, ou de taille de l'échantillon, par des méthodes de simulation.

Qui va décider de l'ordre de priorité ?

Au cours de ces deux journées, des tensions fortes apparaissent entre les chercheurs/évaluateurs et les promoteurs de réseau : le manque d'un langage commun peut créer des incompréhensions, la crainte de voir l'évaluateur « quasiment manipuler le cahier des charges » (Mme Guilloux)..., bref : « les évaluateurs sont sur la défensive et les promoteurs sont frustrés » (R. Launois). La conséquence directe de ces tensions est l'abandon du projet qui réunissait la CNR au deux groupes de chercheurs CREDES et IMAGE. L'évaluation apparaît petit à petit dans les débats comme un outil de pouvoir.

L'origine de cette tension se trouve également dans la confusion qui existe à l'époque sur les enjeux des réseaux. A ce sujet, M. Brémond évoque « une sorte de transivité » où le législateur, co-constructeur légitime d'une doctrine des réseaux, abandonne totalement cette responsabilité aux réseaux, qui ont des idées de transformations mais qui confient la maîtrise d'ouvrage à des sociétés de services, faute d'outils techniques adaptés.

Le rôle structurant – légitime – de l'évaluation se serait reporté sur un rôle, cette fois illégitime, de l'évaluateur-technicien comme maître d'œuvre. Or, délégation ne veut pas dire dessaisissement : d'une part, le tiers évaluateur n'est pas toujours indispensable ; d'autre part, son rôle doit se limiter à offrir aux véritables pilotes du projet les outils de clarification et de mesure indispensables à la navigation. Pour poursuivre cette image, l'évaluateur ne doit en aucun cas décider de la direction à prendre. Il est urgent de redéfinir la légitimité de chacun.

Trois acteurs peuvent légitimement prétendre à des informations sur les réseaux : le réseau lui-même, les financeurs et le législateur. De cette légitimité découle celle de définir les critères de l'évaluation. Les premiers acteurs qui doivent se réapproprier l'évaluation sont bien entendu les promoteurs de réseau ; ils doivent décider des critères qui leur sont nécessaires pour fonctionner. Les financeurs sont également légitimes dans leur volonté de retour sur ce qu'ils financent, mais il n'en reste pas moins qu'ils ne peuvent revendiquer un droit de regard sur tout. La définition des critères qui seront évalués par le réseau au bénéfice du financeur devrait faire l'objet d'un processus de négociation locale systématique. Enfin, il est essentiel que le législateur connaisse ce qui est mis en place sur le territoire dans la mesure où il prend des décisions sur l'organisation du système de soins ; le processus de négociation serait alors à une échelle nationale.

Les promoteurs du réseau doivent donc gérer une collaboration avec les financeurs de leur réseau, avec le législateur et avec des évaluateurs. Cela implique qu'ils aient une maîtrise de l'évaluation suffisante pour négocier avec les deux premiers interlocuteurs et pour garder la main avec les troisièmes. Il est évident qu'ils ne peuvent s'approprier une expertise pointue sur l'évaluation, ce n'est pas leur métier. Comme gérer cette asymétrie dans la connaissance ?

La solution se situe peut-être dans le développement d'un métier nouvellement créé : le coordinateur réseau. Il apparaît comme un intermédiaire possible : à la fois intégré comme acteur-réseau, il doit également avoir une bonne connaissance des techniques de l'évaluation.

1.3. Conclusion : clarifier les différents niveaux de l'évaluation

Une lecture rapide des différentes interventions et débats, qui se sont déroulés sur ces deux journées du mois de juin 2002, pourrait conduire à surestimer la divergence des avis sur l'évaluation des réseaux. Or, cette divergence n'est pas fondamentale, elle provient de ce que les règles du jeu ne sont pas claires sur ce que l'on demande aux réseaux de faire eux-mêmes, et sur la transparence qu'on leur demande pour que d'autres puissent mener des évaluations au long cours. Une fois que le diagnostic est posé, une thèse consensuelle émerge de ces deux journées : l'évaluation des réseaux se structure en trois niveaux, non disjoints. Ils se déterminent selon leurs objectifs, selon les acteurs auxquels l'évaluation est destinée et selon les acteurs qui ont la responsabilité de l'évaluation.

Le premier niveau est celui de « l'évaluation accompagnement ». L'évaluation est dirigée (voire réalisée) par et pour les acteurs du réseau ; elle leur donne les éléments d'une meilleure compréhension et d'une meilleure maîtrise de ce qu'ils font. Ce niveau de l'évaluation mobilise des critères de processus et d'adaptation aux besoins. Le cadre d'évaluation qui est mis en place peut être très différent d'un réseau à un autre ; l'objectif n'est pas la comparabilité, mais la gestion quotidienne du projet. L'évaluation accompagnement est plutôt axée sur les processus.

Le deuxième niveau est celui de « l'évaluation institutionnelle ». L'évaluation est dirigée (voire réalisée) par le réseau à destination de ses financeurs. La restitution de comptes est quelque chose qui se négocie entre le réseau et son financeur. Cette évaluation porte plutôt sur des actions et des interventions ; son objectif n'est pas l'analyse détaillée du processus mais plutôt de savoir si le service attendu est bien rendu. Ce niveau d'évaluation mobilise donc principalement des critères de performance et d'efficience.

Le troisième niveau est celui de « l'évaluation systémique ». Ce niveau d'évaluation repose sur l'hypothèse qu'il est possible de produire une connaissance commune sur les réseaux à partir d'évaluations menées de façon isolée. La question qui est en jeu est celle de la diffusion à l'ensemble du système, d'innovations ayant démontré leur intérêt dans le cadre d'expérimentations locales. La direction et la réalisation de ce type d'évaluation, très complexe et lourde, n'incombe pas aux réseaux. Les critères pertinents dans ce niveau de l'évaluation sont très divers et recouvrent, mais pas uniquement, les critères travaillés dans les deux autres niveaux de l'évaluation.

Ces différents niveaux de l'évaluation n'engagent pas le même besoin de faire appel à un évaluateur extérieur. L'intervention de ce tiers évaluateur est optionnelle dans une évaluation de premier niveau ; elle peut être un élément catalyseur dans les négociations entre promoteur et financeur dans le second niveau ; par contre, elle est indispensable dans l'évaluation de troisième niveau.

Accepter l'existence de ces trois niveaux d'évaluation revient à accepter le rôle structurant de l'évaluation, tant au niveau du réseau qu'au niveau de la politique publique. Depuis deux décennies, des réseaux de soins et de santé ont vu le jour, d'autres sont morts. Ils ont fait l'objet d'investissements publics non négligeables, des rapports d'évaluation ont été produits, sans d'aucun enseignement n'ait été tiré de ces expériences à un degré systémique. Les évaluations de niveau trois organisent l'osmose entre les innovations locales et le système de santé. Il est temps aujourd'hui de rassembler les travaux existants et/ou de mener d'autres investigations, dans le cadre d'une évaluation systémique.

Interventions introductives

- Didier Menard (CNR)
- François Maignien (CNPS)

Interventions introductives

Didier MENARD ; François MAIGNIEN

1.1. Raison d'être et avenir des réseaux (D. MENARD)

Didier MENARD est membre de la fédération de réseaux CNR (Coordination Nationale des Réseaux) et promoteur du réseau ville hôpital 93 Ouest. En 2002, Didier Ménard était président de la CNR.

Ce texte n'a pas fait l'objet d'une relecture par son auteur.

Au nom de la Coordination Nationale des Réseaux, je vous remercie d'être présents. Nous allons tenter de voir ensemble s'il est possible de trouver une méthode ou une manière d'évaluer les réseaux. Mais avant de nous interroger sur cette question, je souhaiterais revenir sur une dimension importante que, j'espère, nous aurons à l'esprit pendant ces deux journées de travail et qui en fait, repose sur une question.

Pourquoi devons-nous évaluer ces réseaux ?

Vous allez dire que c'est une question stupide. Il y a beaucoup de réponses avec l'avantage que chacun peut y retrouver ce qui l'intéresse.

- On peut évaluer le réseau parce que c'est une demande institutionnelle, voire une injonction.
- On doit évaluer le réseau, parce que lorsque l'on est acteur de réseau, on a intérêt à essayer de comprendre ce que l'on fait.
- On a intérêt également à faire une démonstration assez rigoureuse, voire scientifique, du travail produit pour essayer de diminuer le scepticisme qui reste encore largement dominant lorsque dans ce système, on parle de réseaux.

Toutes ces raisons d'évaluation des réseaux sont pertinentes. Il y en a d'autres, dont une qui me semble fondamentale et que l'on oublie trop souvent, sur laquelle je voudrais introduire ces deux journées : c'est d'essayer de comprendre pourquoi, à travers les réseaux, nous sommes aussi engagés à essayer de conquérir ou à être à la quête du sens de l'exercice professionnel et du sens que nous voulons donner aujourd'hui à nos métiers. Cette question pose une autre question.

Pourquoi a-t-on fait les réseaux ?

Après tout, cela ne s'est pas décidé un jour comme ça... Il y a à essayer de comprendre pourquoi. Il me semble qu'il y a là, trois réponses essentielles pour lesquelles les réseaux ont vu le jour, donc trois éléments qui ont permis aux réseaux d'exister.

Le premier élément, c'est évident, c'est que nous sommes face à un système en crise et le paradoxe veut que nous nous situions par rapport à cette crise, mais c'est grâce à cette crise qu'un espace a été développé dans lequel nous nous sommes construits.

On ne va pas revenir sur la crise du système de distribution des soins. Là encore, les facteurs sont multiples : crise du financement de la protection sociale, crise de l'adaptation des institutions gestionnaires, difficulté à maîtriser le progrès technologique, déficit de débat et de réflexion, crise que tout système rencontre surtout lorsque c'est un système qui prétend s'occuper de la vie des gens.

Tout système qui a cette prétention-là, se trouve en difficulté lorsque la société évolue et qu'il faut s'adapter à cette évolution. Et c'est souvent marqué immédiatement par une sorte de repli sur soi ou d'un certain conservatisme et, en tous les cas, dans notre système, par un conservatisme qui s'est largement alimenté de tous les corporatismes. Enfin, la confusion quasi-permanente qui existe, et qui est toujours d'actualité, entre les systèmes de distribution des soins et les systèmes de santé. Cela dit, le système de santé est tellement peu visible que l'on comprend que la confusion existe.

Lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé a affirmé que le système de santé français était le meilleur au monde – si l'on regarde bien, cela veut surtout dire qu'il est le moins mauvais – peut-être que cela n'a pas contribué à poser au bon moment les bonnes questions.

On a donc là, un système en crise qui a permis que se développent à côté de lui et à sa marge, des expérimentations nouvelles.

Les animateurs gestionnaires du système ont toléré que se fasse là, quelque chose d'un peu nouveau. Tolérer ne veut pas dire que, dans cet espace, il y avait beaucoup de tolérance. On ne va pas revenir sur tous les sujets qui fâchent depuis 15 ans, mais cela a été toléré avec la mise en place de dispositifs d'accompagnement où la politique du « croc en jambe », la politique de la « peau de banane » était fortement répandue. Je ne reviens pas sur la défunte commission d'accréditation sur les réseaux. Mais on ne peut pas dire que notre expérimentation sur cet espace a été aisée et facile.

La deuxième raison pour laquelle un réseau peut exister et s'est construit, c'est qu'il fallait un support, un substrat. L'émergence de pathologies organiques ou sociales qu'ont été le sida, l'explosion de la toxicomanie et derrière elle, les addictions et l'augmentation de la précarité, a été ce support qui nous a permis d'apporter et d'expérimenter nos innovations : d'une part, parce qu'il y avait là, effectivement, les limites d'action du système en place et d'autre part, parce que nous étions positionnés immédiatement sur cette nouveauté qui est l'approche médico-psycho-sociale.

Troisième élément, il fallait des gens pour le faire, donc des acteurs militants de la cause qui se sont, dès les années 1990, mobilisés pour construire les réseaux. Ces acteurs, qu'ils soient de l'hôpital, de la ville ou de différentes catégories socioprofessionnelles, ont tous en commun d'être plus ou moins – et souvent plus – en rupture déjà avec le modèle d'exercice de leur profession.

Sur ces trois conditions à mon sens, les réseaux ont mis en place des éléments – et j'appelle cela les invariants des réseaux – que l'on retrouve dans tous les réseaux qui perdurent. Ces invariants ont permis le travail en réseau : la formation pluri-professionnelle, l'approche médico-psycho-sociale ou l'accompagnement de la personne, les pratiques coopératives non-hiérarchiques entre les acteurs, plus le diagnostic communautaire, la promotion de la santé avec l'éducation sanitaire, la prévention et autres.

Ce sont tous ces invariants qui ont permis le travail en réseau. Mais lorsqu'on les regarde, et qu'on les regarde avec le système de distribution des soins, on s'aperçoit assez vite – et on est dans cette difficulté aujourd'hui – que presque tous ces invariants sont calqués quasiment en opposition avec le modèle existant.

- La médecine libérale s'est construite dans l'exercice solitaire, dans la concurrence entre les professionnels, dans la responsabilité stricte individuelle, dans la séparation des tâches entre le médical et le social et souvent dans des processus d'infantilisation de la personne malade.

- L'hôpital s'est construit dans un modèle d'organisation complètement hiérarchique, avec une absence structurelle de coordination, une séparation complète entre la ville et l'hôpital...
- On pourrait multiplier les exemples, même dans les systèmes sociaux qui sont des immenses mille-feuilles de complexité invraisemblable.

On a construit, à la marge d'un système, des réponses qui sont en fait complètement dans l'opposition structurelle à l'existant. Je pense que c'est la raison pour laquelle nous avons fortement attaché des valeurs et une culture à ces invariants. On nous a assez reproché, à un moment donné, de formuler, à propos de ce travail en réseau, des valeurs que certains ont trouvées très idéologiques. Le problème pour nous aujourd'hui, c'est quel est l'avenir des réseaux dans cette situation, parce que l'on est dans une situation qui n'est pas simple ?

Quel avenir pour les réseaux ?

Notre seul avenir, c'est de trouver notre place dans un système qui est lui-même en refondation. On revendique que l'on veut notre place dans le système, alors que nous n'avons eu de cesse de démontrer que ce qu'il faisait n'était pas ce que l'on souhaitait faire. C'est un peu comme si l'on voulait emménager dans une maison et que la première chose que l'on faisait, c'était de déplacer les meubles.

On est dans une difficulté particulière et on avance l'idée – parce que c'est là-dessus que nous nous sommes effectivement construits et que nous avons montré que c'était possible – qu'il faut trouver un objectif commun pour ce système et pour se transformer.

Il faut changer quelque chose d'essentiel : le système a pour mission objective, non pas de solutionner sa crise ou la crise des professionnels en son sein, mais bien de tenter d'apporter des réponses aux besoins exprimés par les populations. C'est la raison pour laquelle nous disons que nous ne voulons plus construire des réseaux de soins, mais bien des réseaux de santé ; nous pouvons trouver notre place et participer à la réforme du système de distribution des soins, à condition que ce système se transforme enfin en authentique système de santé.

Nous sommes donc dans une période difficile et c'est la raison pour laquelle je pense que nous ne pouvons échapper à la question du sens de nos métiers, de nos exercices professionnels et que nous avons absolument besoin d'une évaluation. Cette évaluation pourra démontrer ce qu'est concrètement le travail en réseau, ses technicités, ses méthodes, ses valeurs ajoutées pour les professionnels et pour les personnes malades. Mais, dans cette évaluation, il ne faut pas perdre de vue que nous sommes aussi sur la construction du changement profond de valeurs et de culture.

Je souhaite effectivement, que l'évaluation permette d'avancer sur ces questions-là, d'enrichir et surtout de permettre aux acteurs de terrain, qui sont les artisans de ces changements, de trouver là une aide importante.

Pour en terminer, je voudrais voir avec vous, s'il est possible, pendant ces deux jours, de prendre un peu de recul et, à la limite, sortir de la vision que nous avons du système dans lequel on est aujourd'hui, pour regarder le système de la santé tel que nous souhaitons le reconstruire. Il y a un certain type de turbulence en ce moment et il faut donc se poser la question de ce travail de reconstruction et de refondation par rapport à cette turbulence. En tous les cas, au sein de la Coordination Nationale des Réseaux, nous avons déjà contribué à quelque chose qui paraît important : montrer que l'on peut faire ensemble, agir ensemble, montrer ce que l'action pluri-professionnelle avec les personnes malades a apporté comme réponses face à un élément de la crise de la société qui est l'augmentation considérable de l'approche individualiste des choses. Je pense que les acteurs des réseaux partageront ce point de vue. D'une certaine façon, c'est notre contribution à cette sorte de thérapie sociale que nous devons aussi entreprendre.

1.2. Retour sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F. MAIGNIEN)

François MAIGNIEN est kinésithérapeute libéral exerçant en province, membre du bureau national du comité de gestion du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) et vice-président du CNPS (Centre National des Professions de Santé) qui regroupe l'ensemble des syndicats représentatifs des professionnels de santé exerçant en ville à titre libéral.

C'est la loi du 23 décembre 1998 sur le financement de la Sécurité Sociale pour 1999 qui a créé le FAQSV en s'inspirant des travaux du groupe de réflexion sur la modernisation des soins de ville. Ce Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville a été mis en place avec quelque retard par le décret du 12 novembre 1999 et il a été installé par le Comité national de gestion le 4 mai 2000. On est donc dans les prémices.

Selon le législateur, le FAQSV participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement des formes coordonnées de prise en charge, et notamment des réseaux de soins, liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé. Comme le confirment donc les orientations d'attribution du FAQSV définies par le Comité de gestion et dans le respect des textes législatifs et réglementaires en vigueur, le projet AAC (Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins et de santé), que nous initions aujourd'hui, entre bien dans le champ de financement du FAQSV.

L'évaluation des projets est l'une des grandes difficultés auxquelles restent confrontés les promoteurs des actions et les instances du FAQSV, mais cette évaluation est incontournable pour plusieurs raisons.

D'abord, rappelons que le décret de 1999 stipule que l'attribution de l'aide est subordonnée à l'engagement du (des) promoteur(s) d'établir une évaluation de l'action financée. Cette évaluation est transmise au Comité de gestion compétent, un an après la date d'attribution et elle est renouvelée chaque année lorsque l'aide porte sur une période supérieure à un an.

L'évaluation des réseaux est primordiale puisque ce sont ces derniers qui sont les principaux bénéficiaires des aides du FAQSV au titre de la coordination. Ainsi en 2001, 90 projets de réseaux ont obtenu un financement du FAQSV, soit 63 % de l'aide totale allouée, quelle que soit la nature de l'action. Le montant total de ces aides représente plus de 13 millions d'Euros, soit 76 % des aides accordées de façon globale au titre de la coordination.

Certes, l'implication du FAQSV dans le financement des réseaux va progressivement diminuer, puisque la loi de financement de la Sécurité Sociale 2002 prévoit une enveloppe spécifique pour les réseaux. Cependant, le FAQSV continuera à financer des projets innovants et son intervention se concentrera à titre de test sur les études de faisabilité, les aides au démarrage, à l'installation et à l'évaluation des actions de coordination inter-professionnelles.

Mais l'évaluation ne concerne pas uniquement le financement des actions. L'évaluation est surtout nécessaire pour mesurer les retombées effectives des réseaux sur la qualité des soins de ville et sur les pratiques des professionnels. Tels sont les objectifs du projet AAC. A l'évidence, pour optimiser la qualité des soins de ville dans l'intérêt des malades, l'implication des professionnels de santé libéraux est indispensable. C'est pourquoi le décret de 1999 précise que les aides financières du FAQSV sont attribuées à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un regroupement de ces professionnels. C'est pourquoi le FAQSV a émis un avis favorable au financement du projet AAC présenté par la Coordination Nationale des Réseaux avec la contribution du CREDES et du Groupe IMAGE de l'ENSP, à la condition expresse que les professionnels de santé exerçant en ville à titre libéral, soient associés à la promotion du projet, qu'ils participent à l'action et qu'ils bénéficient des retombées pour leur pratique.

Dans ce cadre, le Centre National des Professionnels de Santé apporte sa contribution au projet AAC et ce partenariat sera prochainement formalisé dans la convention prévue par le décret de 1999 afin de définir les engagements et les obligations du financeur et du promoteur et de garantir la bonne exécution de l'action.

Expériences d'acteurs de terrain

- Le point de vue d'une spécialiste de la santé communautaire
- Le point de vue d'un promoteur de réseau
- Le point de vue des institutions régionales

1. Le point de vue d'un spécialiste de la santé communautaire

Martine BANTUELLE

Martine BANTUELLE travaille en Communauté française de Belgique dans le champ de la promotion de la santé. Depuis 5 ans, elle préside la Commission d'Avis sur les Projets d'Action et de Recherche en Promotion de la Santé en Communauté Française, dont la mission est d'évaluer des projets ayant fait une demande de subvention.

Je voudrais tout d'abord, remercier les organisateurs de m'avoir invitée parce que c'est toujours une chance de pouvoir échanger des points de vue. Comme à l'image des réseaux, on gagne toujours beaucoup plus par les échanges que ce que l'on a pu donner.

Mon travail est dans le champ de la promotion de la santé et ce, depuis 22 ans. Ma formation de base est mon premier lien avec le développement communautaire, puisque j'ai une formation socio-politique avec une orientation de développement communautaire. J'ai ensuite transféré cette approche dans le champ de la santé.

Mes liens avec l'évaluation sont basés sur mon expérience personnelle ; je ne suis en rien une spécialiste. Je suis quelqu'un qui a entrepris beaucoup de choses pendant toutes ces années et qui a essayé de réfléchir, avec d'autres, sur ce qui s'est passé et comment cela s'est passé. J'ai donc eu l'occasion de travailler dans des réseaux et de porter un regard d'évaluation sur ce que je faisais. Par exemple, une expérience intéressante pour moi a été la collaboration avec une équipe étrangère qui initiait aussi des réseaux. Chacun portait un regard sur les activités de l'autre pour ensuite échanger ces regards. Avoir un regard croisé sur nos propres expériences et nos propres activités a été pour moi une expérience très enrichissante.

Par ailleurs, depuis 5 ans, je préside la Commission d'Avis sur les Projets d'Action et de Recherche en Promotion de la Santé en Communauté Française. Ces actions et recherches font l'objet de demandes de subventions. La Commission a travaillé à l'élaboration de critères d'appréciation et s'exerce deux fois par mois à appliquer ces critères par rapport aux projets qui lui sont soumis. Ce travail s'effectue en collaboration avec des collègues issus de différents secteurs.

Au cours de cet exposé, je tenterai de répondre à des questions en lien avec mon expérience : comment la notion de réseaux a évolué en Communauté Française de Belgique ? Où en sommes nous actuellement ? Quel regard je porte sur cette évolution ?

Ce regard je le porte au travers de trois dimensions : celui du support de la communication et de son fonctionnement, celui de la promotion de la santé car c'est dans ce champ que je travaille, et celui de l'action sociale, de l'intervention sociale et de l'engagement social, qui sont des aspects plus personnels et militants.

1.1. L'évolution des réseaux en Communauté française de Belgique

La Belgique est traditionnellement un pays de réseaux ; ils sont les piliers de la vie socio-politique.

Au départ, il s'agissait de regrouper des acteurs autour d'un intérêt commun et on a vu se former des coalitions. Puis, des collectifs d'intérêts sont apparus, avec des points de vue différents face à des choix d'une dimension plus macro et avec une préoccupation de développement social. Les réseaux se sont progressivement multipliés et institutionnalisés.

La caractéristique stratégique de cette nouvelle forme de réseau se trouve sans doute dans la prolifération de connexions entre les acteurs et entre les ressources disponibles sur le terrain. Finalement, l'action en réseau s'est caractérisée par une multiplication des formes d'actions et par une concentration des ressources autour d'un, ou de plusieurs enjeux.

De plus en plus, on a vu l'hétérogénéité se créer au sein des réseaux – hétérogénéité idéologique et méthodologique. Cela multiplie, bien évidemment, le nombre de connexions et probablement aussi le nombre de difficultés.

L'action en réseau, quand on l'examine, est une action qui est centrée sur la recomposition d'une forme d'identité qui est basée sur des enjeux différents, sur une diversité d'acteurs, d'actions et de points de vue. On pourrait dire que le réseau, en tant qu'organisation d'action collective, sert à augmenter les façons d'aborder les questions qui se posent ainsi que les formes d'interventions qui pourront être mobilisées. Ce mode d'organisation permet alors d'augmenter l'intensité des actions menées par la multiplicité et la diversité des comportements. Enfin, elle permet l'expérimentation de la créativité sociale et dans certains cas, la réactivité sociale.

On peut établir une analogie et considérer *a priori* que le réseau est un support — et donc un outil.

Pendant une période relativement longue, j'ai pensé, de façon un peu rapide peut-être, qu'il était acquis que le développement des réseaux était intéressant, productif et que, finalement, cette seule connexion, qui permettait l'agrégation et le croisement de différentes ressources était un gain en soi. Mais petit à petit, on s'est rendu compte que la multiplicité des réseaux devenait problématique en termes de fonctionnement et peut-être également en termes de contrôle.

Si j'établis là encore une analogie avec les systèmes de communication, on pourrait dire qu'un réseau téléphonique, s'il ne comporte qu'un seul abonné, n'a pas tellement d'intérêt. Il n'a d'intérêt que s'il comporte beaucoup d'abonnés, que l'on peut multiplier les connexions. Mais s'il n'y a pas un répertoire, une traçabilité, pour retrouver les abonnés et ce que l'on cherche, cela ne peut pas fonctionner. Et c'est sans doute pour cette raison que l'on a vu progressivement une institutionnalisation des réseaux.

On a vu apparaître chez nous, ce que l'on a appelé des forums, des maisons, des associations, des réseaux de réseaux, des fédérations. On a vu apparaître aussi des agréments donc une forme de récupération de réseaux et de leur financement.

Je pense que c'est à ce moment-là que les choses ont basculé et qu'est apparue parallèlement l'injonction d'évaluer – ce qui ne veut pas dire que l'évaluation n'existait pas. De tout temps, l'évaluation a existé parce que de tout temps, tout acteur et tout groupe d'individus se posaient la question de ce qu'ils faisaient, de ce qui se passait sans trop savoir peut-être pourquoi ils le faisaient. Mais par cette institutionnalisation des réseaux, on est arrivé à cette obligation d'évaluation.

1.2. Les réseaux appliqués à la santé : les leçons à en tirer

L'aspect communautaire – puisque c'est le sujet que l'on me demande de traiter – est sans aucun doute plus marqué dans le domaine de la santé et du social. En Communauté Française de Belgique, c'est en 1960 qu'ont émergé les réseaux dans ce domaine.

Nous avons eu l'occasion, plus récemment, de travailler avec sept réseaux qui se sont développés surtout dans deux grandes villes : Bruxelles et Liège. Nous avons travaillé avec les acteurs de ces réseaux, afin de voir comment ils caractérisent leur réseau.

C'est là, mon deuxième parti pris : dans la démarche communautaire, le point de vue qui prédomine est celui des acteurs, des partenaires, des membres de ce réseau. Toutes les initiatives, les émergences de réseaux sont parties des constats de professionnels, d'un groupe d'acteurs particuliers qui, à partir de ce constat, se sont dit que le réseau pouvait les aider à aller plus loin ou, en tous cas, à réfléchir ensemble.

Ces acteurs disent – et c'est une forme de postulat d'une certaine façon – qu'il n'y a pas de bonne pratique et donc, qu'il est indispensable de se questionner sur les pratiques. Mais ils croient en leur capacité d'améliorer ces pratiques et je pense que c'est là, un point assez permanent. Ils se déclarent en recherche de pratiques plus efficaces, mais surtout plus acceptables. Ils sont en souci de voir comment les mécanismes qu'ils mettent en place fonctionnent.

Le réseau est considéré par les acteurs comme un lieu où s'établissent des relations de confiance entre tous les membres. Les membres de la communauté et les habitants sont particulièrement mis en évidence là où la collaboration s'établit entre les groupes d'acteurs.

Comment les acteurs qualifient-ils leur réseau ?

Ils le qualifient comme un système souple, comme un système ouvert, comme un système non structuré, comme un lieu qui vit, comme un lieu qui bouge, comme un lieu qui s'adapte, comme un lieu qui s'agrandit – ou qui disparaît –, comme un lieu où ils s'impliquent de façon forte, comme un lieu où ils entretiennent des relations de communication forte.

Ils considèrent donc le réseau comme un lieu de participation réelle, un lieu d'interaction horizontale et en cela, ils se mettent en difficulté ou parfois en opposition avec le système hiérarchique vertical.

Ils le voient comme un lieu de solidarité des ressources humaines.

Donc on pourrait dire que les réseaux naissent tous d'une volonté collective, mais qu'ils ont une identité spécifique. Ils sont donc tous différents.

Les acteurs ont un souci démocratique dans le fait d'animer leur action. Ils revendiquent la liberté dans la définition des orientations des politiques de leur réseau et des approches qu'ils vont utiliser. Ils estiment que tous les acteurs y compris – et surtout – les habitants doivent participer et même doivent revendiquer leur participation.

Enfin, ils ont la maîtrise de la gestion d'un processus qui va impliquer des activités, qui va impliquer des ressources, qui va impliquer des interactions, des personnes et des valeurs. C'est là une dimension forte, à partir de laquelle on peut définir des fondements et des indications pour l'évaluation.

1.3. Indications pour l'évaluation

Dans ce contexte, l'évaluation de réseau doit adhérer de façon implicite et explicite à l'identité du réseau. Il n'y a pas deux réseaux identiques. La reconnaissance de l'autonomie des réseaux est un point qui revient souvent dans la parole des acteurs et accompagne toute préoccupation évaluative.

La volonté des acteurs est de comprendre comment cela se passe et donc l'évaluation est orientée vers une meilleure compréhension du fonctionnement des réseaux. L'évaluation est conçue comme un outil qui va favoriser l'adaptation, le développement de la formation collective. On apprend tous ensemble par la participation au réseau.

Enfin, les coûts de cette évaluation sont examinés en fonction des ressources des réseaux et des ressources affectées aux activités menées par le réseau.

Comment s'y prendre : priorité à l'évaluation de processus

On privilégie (parce que souvent, la question des coûts et des moyens va être posée), l'évaluation de processus et de fonctionnement. A partir de là, on peut commencer à réfléchir à la méthodologie de l'évaluation, à la façon de s'y prendre. Cela pourrait prendre des heures et des journées de travail. J'ai retenu quelques priorités.

Dans le contexte évoqué plus haut, la définition des critères, des indicateurs et des méthodes, sont définis par les acteurs du réseau. On tablera sur la capacité d'auto-évaluation.

Quelle est la bonne question à se poser ?

Dans le processus, on donnera priorité à la qualité. La qualité – dans le sens où je la propose ici – est une recherche qui est liée à l'amélioration de ce que l'on est en train de faire.

Dans cette recherche, la question qui est posée le plus souvent est « est-ce que cela marche ? » et « qu'est-ce qui marche ? ». Or la réponse à cette question apporte en fait peu d'éléments. Il faut surtout se poser la question : « comment cela marche et pourquoi cela marche de cette façon-là ? ».

De la même manière, à trop nous préoccuper des résultats, les effets des étapes intermédiaires du processus sont souvent négligés. Ces effets intermédiaires ne sont pas liés seulement au processus interne au réseau, mais aussi au contexte dans lequel il se développe. Ce sont des éléments qui sont liés à l'existence d'autres réseaux ou d'autres programmes ou à d'autres types d'activités qui ont nécessairement une influence sur la communauté ou encore à des contextes environnementaux qui vont également influencer ce qui se passe à l'intérieur des réseaux.

En se limitant aux seuls effets attendus, espérés ou définis, une énorme part de la réalité nous échappe, particulièrement les effets qui ne sont pas attendus, quels qu'ils soient. Dans la plupart des cas, ils nous informent beaucoup plus que les effets attendus eux-mêmes sur la façon dont cela a fonctionné et pourquoi cela a fonctionné de cette manière-là.

Donc pour évaluer la qualité, nous devons définir des critères qui nous permettront de comprendre comment un processus permet d'obtenir certains effets.

Les critères de l'évaluation de la qualité du fonctionnement des réseaux

Comment choisir les critères ? Quand il s'agit de coller au processus spécifique de chaque réseau et au choix effectué par chaque réseau, y- a-t-il de bons ou de mauvais critères ?

Premièrement, entre la complexité scientifique et la nécessité politique, le critère de pertinence sociale de ce qui est en train de se faire doit prendre sa place et se développer.

Deuxièmement, c'est à tous les acteurs de définir les critères de l'évaluation. Chacun des acteurs apporte sa vision de la qualité et la vision de ses attentes ou l'expression de ses attentes. Entre des critères historiques qui sont fondés sur l'expérience, des critères comparatifs qui sont basés sur des groupes témoins, des critères absolus qui sont établis à partir de situations idéales à atteindre, il y a une place à construire et à prendre pour des critères négociés qui peuvent d'ailleurs être la combinaison de certains autres critères.

Enfin, ces critères demandent à être opérationnalisés. Cette opérationnalité, que l'on peut définir comme indicateur éventuellement, doit aussi se faire par les acteurs.

Que va-t-on observer ?

Dans ce cadre-là, quel rôle ont toutes ces grilles qui existent déjà ? Tous ces critères de qualité proposés ont-ils une utilité ?

On pourrait dire que dans la mesure où la réalité est complexe, qu'il y a peu de pratiques d'évaluation de ce type, que les acteurs sont peu préparés à le faire, cela peut avoir un intérêt indicatif. Les critères généraux de qualité ont une certaine utilité, dans la mesure où ils peuvent soutenir une réflexion pour aller vers des critères spécifiques qui sont établis par les acteurs eux-mêmes.

L'enjeu est de laisser la place à des caractéristiques qualitatives qui sont actuellement difficilement définissables. Il y a donc tout un travail à faire avec les acteurs sur la définition de ces critères dits qualitatifs et que l'on voit très peu apparaître dans les grilles qui nous sont proposées actuellement. Les indicateurs qui nous sont proposés, le sont souvent en termes de nombre et là aussi, il y a un travail de créativité à avoir pour définir des critères qui correspondent à la vraie réalité de la vie des réseaux.

Les critères propres à la démarche communautaire

Je reprends ici quelques catégories de critères généraux en mettant en évidence ceux qui sont plus propres à la démarche communautaire et qui devraient être explorés de façon plus approfondie par les acteurs de telles démarches.

1. Les critères relatifs aux activités prévues par le réseau

Outre la nature des activités, leur déroulement, etc., un point important est l'adéquation des activités avec les besoins et quand on parle de besoins, il s'agit de besoins en termes d'attentes et d'aspirations, la plupart du temps peu ou mal exprimées. Un travail est à faire dans ce domaine pour mieux les comprendre et mieux les saisir.

2. Les critères concernant les intervenants en termes de compétences et d'interactions entre eux

Là aussi, il faut envisager les capacités qu'ont les intervenants à favoriser l'émergence des besoins, des attentes et des aspirations de la communauté, et leur capacité à soutenir les actions au sein de cette communauté.

3. Les critères relatifs à la communauté

Outre la qualité des participants, leurs délais de participation et leur satisfaction, il y a toute la question de la légitimité. Est-ce qu'ils sont là en place de la communauté ou de ce qu'ils disent représenter ? Quelle est leur appartenance ?

4. Les critères d'utilisation des ressources de la communauté

Cela s'attache à la capacité à mobiliser les ressources propres de la communauté et, si elles sont absentes, à essayer de les initier ou de les développer.

5. Les critères d'interaction

Il y a les interactions entre les différentes étapes, les processus et les parties du programme : comment se font la communication et l'information ? Comment les approches verticales – qui sont les plus courantes dans le domaine de la santé actuellement, parce qu'elles sont axées sur une pathologie ou sur une problématique – sont progressivement complétées par des approches transversales qui sont plus axées sans doute vers les publics ou vers les milieux de vie ?

Il y a les critères relatifs aux choix de valeur et aux paramètres qui sont sous-jacents à ces choix. C'est la question de l'acceptabilité, la question de l'équité. Ce que nous sommes en train de faire, ne renforce-t-il pas les inégalités ? Les méthodes et les techniques retenues sont-elles adaptées aux choix philosophiques établis au départ ?

Enfin, la question se pose de savoir si les limites sont toujours respectées entre : participation et manipulation, santé de la communauté et santé publique (donc santé du public), intérêt de l'individu et intérêt de la collectivité, et si on n'est pas en train de basculer d'un côté plutôt que de l'autre (d'un côté ou de l'autre).

En finale de la question de l'évaluation, je dirais que l'évaluation est extrêmement importante parce qu'extrêmement utile. C'est un outil fondamental entre les mains des acteurs des réseaux. Elle est tellement importante que cette évaluation ne doit pas être laissée entre les mains des techniciens-évaluateurs.

1.4. Des paradoxes...

Je voudrais poser trois questionnements sous-jacents à la question de l'évaluation, sous la forme de plusieurs ambiguïtés.

1. L'ambiguïté réseau de soins/réseau de santé

Déjà, si cette ambiguïté-là n'est pas levée, la question de l'évaluation va rester tout aussi floue.

Comment à partir d'une notion de soins, qui est un objectif de type négatif visant à évaluer la prévention de pathologies, ou de risques, à en contrôler les conséquences, qui fait référence le plus souvent à la résolution de problèmes et qui amène des réponses médicales et techniques, glisser sur le concept de santé qui, lui, est un concept positif visant au développement de la qualité de la vie ?

Comment promouvoir ces aspects positifs ? Comment va-t-on pouvoir nous amener à observer des situations sans nécessairement les voir dans une vision négative, si on fait référence à des modèles qui ne fonctionnent qu'à partir d'une vision négative ?

Comment, si l'on reste dans la vision « soins », y intégrer toutes les étapes intermédiaires qui font intervenir les secteurs qui ne sont pas des secteurs de la santé, qui font intervenir d'autres facteurs et d'autres déterminants qui, dans beaucoup de situations et beaucoup de problématiques, sont bien plus importants que la question médicale et que la question du soin lui-même ?

2. L'ambiguïté acteurs/citoyens

Au niveau des acteurs eux-mêmes, c'est le paradoxe entre la construction d'une typologie d'acteurs (selon les modèles, la nécessité d'avoir des professionnels, des habitants, des institutionnels, des décideurs) et la notion de citoyenneté.

Dans beaucoup de cas, le choix de la typologie des acteurs, pour analyser ce qui se passe dans le réseau, reste dans une dynamique d'acteurs qui s'affrontent. Cependant, ces conflits sont des sources de négociations intéressantes et c'est à partir de ces différences que l'on va construire une nouvelle identité.

Au contraire, si l'on réfléchit à la participation aux réseaux, à l'adhésion aux réseaux et au travail en réseau, sous l'axe citoyen, cela signifie que l'on repositionne les acteurs dans un rôle qui est le rôle de citoyen, quelle que soit la place qu'ils occupent par rapport à ce rôle, ce qui, d'entrée de jeu, les reconnaît dans cet apport citoyen.

La question qui reste entière, est de savoir ce qu'est un rôle citoyen qui ne peut se définir que dans un projet politique.

3. L'ambiguïté réseau naturel/réseau institutionnel

Cette ambiguïté est liée à la conception du réseau lui-même. Dans la mesure où l'on dit que le réseau est un lieu d'action collective, un lieu qui développe sa dynamique vers un changement, lorsqu'il s'institutionnalise à un moment donné et devient prestataire de service, est-ce que l'on peut toujours l'appeler « réseau » ?

Lorsque l'on parle de définition de réseau de soins et de santé et que l'on parle d'évaluer des prestations de service, est-ce bien le réseau que l'on évalue ? Est-ce que l'on n'est pas là, en train d'évaluer un service, ou une prestation de service quelle qu'elle soit ?

C'est une question sur laquelle on doit réfléchir en permanence. On peut se demander si le réseau a abouti à l'objectif qu'il s'était fixé et le cas échéant le réorienter.

Ce service étant en place, le réseau ne doit-il pas disparaître pour voir l'émergence, ou la réorientation, dudit réseau vers un autre objectif, pour voir la modification ce que l'on vient de construire en cohérence et pertinence avec la vie sociale et le mode social.

Questions/Débats

M. JASSO-MOSQUEDA

Je travaille dans l'ingénierie. En France, la plupart des réseaux sont tournés vers les maladies chroniques. Le problème, c'est que n'est parfois pas compatible avec les critères robustes que l'on se fixe et qui sont en général liés à la mortalité, à la morbidité, disons à l'état de santé de la personne.

Vous avez fait une grande place à la santé des gens, à tous les aspects qualitatifs. Est-ce que les autorités en Belgique sont sensibles à ces indicateurs ? La tutelle accepte-t-elle que l'on ne travaille dans un premier temps que sur les hypothèses possibles, c'est-à-dire avec des indicateurs plutôt intermédiaires et que d'ici 10 ans ou 20 ans, lorsque le réseau sera complètement établi, on arrive à trouver des modifications de ces indicateurs robustes ?

Mme BERNARD

Je voudrais vous remercier pour votre intervention parce que je me suis vraiment reconnue dans ce que vous avez dit, c'est-à-dire que j'ai retrouvé toutes les questions que se posent les acteurs de réseau quand il s'agit d'évaluer. C'est d'ailleurs de toutes ces questions que nous sommes partis pour faire le guide qui a été présenté tout à l'heure. Une question en particulier n'a pas cessé de nous accompagner tout au long de la rédaction de ce guide, à savoir : quels indicateurs ?

Vous avez souligné que les indicateurs doivent coller au processus spécifique de chaque réseau. C'est vraiment un point que l'on a gardé à l'esprit en permanence, parce qu'il y avait plusieurs réseaux de différentes natures autour de la table pour rédiger le guide en question. Les critères d'évaluation pour un réseau de prévention ne seront pas les mêmes que pour un réseau qui fait du soin, ou pour un réseau qui accompagne les personnes en fin de vie, etc.

Donc, votre position allant dans le sens d'un champ de critères très large, que chaque réseau doit s'approprier, colle tout à fait aux questions que posent les acteurs de réseaux qui doivent s'évaluer.

Mme BANTUELLE

Je ne suis pas spécialiste de tout ce que vous faites. Mais je pense quand même qu'il est très important de « connaître », ce qui implique qu'il y ait un bon système de connaissance et de surveillance de la santé dans un pays. Et la Belgique n'a pas à être fière dans ce domaine là.

Pourquoi se baser sur un bon système de surveillance ? Parce que c'est à partir de ces informations, entre autres, que se définissent les grandes orientations. A la morbidité, à la mortalité dans certains types de problèmes, peuvent venir s'ajouter des informations telles que le nombre potentiel d'années perdues, etc. ; c'est notamment très important pour agir dans le domaine de la prévention des accidents.

Il s'agit vraiment de définir des priorités de santé publique et ces indicateurs servent à orienter, de façon générale, les priorités.

Dans un deuxième temps, il faudra chercher des indicateurs pour définir ce que l'on doit faire ou comment on doit faire.

Pour l'instant en Communauté Française de Belgique, on a un important programme de prévention du cancer du sein. Effectivement, les chiffres montrent qu'il s'agit d'une priorité et les indications européennes disent qu'il faut faire du dépistage à partir de 50 ans. C'est une décision gouvernementale qui a été prise, de rendre ce dépistage gratuit pour toutes les femmes de plus de 50 ans dans la mesure où la mammographie est réalisée dans un centre agréé.

Mais, malgré la gratuité et malgré le fait que toutes les femmes de 50 ans vont recevoir une lettre les invitant à se rendre dans un centre agréé, on sait qu'une partie de ces femmes – et dans certaines régions, c'est une partie importante – ne vont pas aller au dépistage. D'où l'intérêt d'avoir une connaissance très précise de ce qui se passe pour activer d'autres politiques qui ne sont pas nécessairement des politiques de prévention au sens strict, mais des politiques sociales, des politiques culturelles, des politiques d'éducation permanente, des politiques économiques, des politiques d'intégration..., que sais-je encore.

A ce niveau, le secteur de la santé a un rôle à jouer pour activer les politiques dans les autres secteurs de la vie sociale.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question.

M. JASSO-MOSQUEDA

Lorsque l'on dépose un dossier, l'analyse dit que l'évaluation finale doit intervenir à 3 ans, ou 4 ans. Or c'est difficile de faire monter en charge un réseau et cela peut demander des années. Si l'on se fixe des critères purs et durs pour répondre au bout de 5 ans, on va dans le mur.

Ce qu'il faut expliquer aux autorités, c'est qu'il y a une série d'indicateurs intermédiaires de bon sens, qui montrent que l'on va dans la bonne direction. C'est tout un faisceau de circonstances qui vont dire que l'on va peut-être arriver à atteindre l'objectif.

Il y a des pathologies pour lesquelles c'est plus facile : par exemple, en soins palliatifs, est-ce que l'on respecte le désir du malade de mourir à l'hôpital ou à domicile ? Mais au niveau de la prévention du cancer ou de la prise en charge d'une personne diabétique, pour que le réseau puisse montrer son efficacité en termes de morbidité ou de mortalité, c'est quelque chose de plus difficile.

Donc est-ce que les indicateurs disant : on travaille bien, on va dans le bon sens, on respecte de mieux en mieux les protocoles, ne sont pas aussi intéressants que les indicateurs concernant des valeurs en tant que telles ?

Mme BANTUELLE

On a déjà répondu ce matin d'une certaine façon. Mais je pense que votre question conduit à s'interroger sur : « c'est quoi le service rendu ? ». Il ne faut pas confondre le réseau (avec son fonctionnement et tout ce qu'il porte), avec le service et la prestation de service qui lui est liée.

Un réseau, c'est un support de communication et d'action collective destiné à la mise en place d'une activité ou d'un service. Quand le service est mis en place, il devient, d'une certaine façon, autonome.

D'autres l'ont dit : pourquoi fait-on porter cette évaluation du service rendu à un membre du réseau ? Ce n'est pas leur travail de faire cela. Son rôle est de s'évaluer pour ce qu'il est, à savoir le support d'un processus. Il aurait donc intérêt à regarder : comment il fait son travail de mise en connexion et qui est mis en connexion ? Comment se passent ces connexions ? En quoi elles apportent une satisfaction à l'ensemble des participants ? Qui sont ces participants et quelle place on donne à la communauté dans le réseau.

Qu'ont à dire les membres de la communauté sur la place de ce réseau et la qualité de ce réseau ? Qu'est-ce que cela leur apporte en plus ? En quoi cela répond mieux à des demandes qu'ils ont, qui ne sont pas nécessairement des demandes de soins ou des demandes d'interventions de prestations de soins et comment ils peuvent activer eux-mêmes ce réseau ?

2 Le point de vue d'un promoteur de réseau

Albert FHIMA

Le docteur FHIMA est médecin généraliste, il est installé sur la pente de la Croix Rousse à Lyon. Il apporte ici son témoignage sur une pratique de réseau de proximité, développée depuis 20 ans.

Ce texte n'a pas fait l'objet d'une relecture par l'auteur.

2.1. L'origine du projet

On est dans un quartier extraordinaire qui est classé au patrimoine de l'humanité et on en est très fier : les pentes de la Croix Rousse. Lorsque j'y suis venu en tant que professionnel, j'y avais déjà vécu comme enfant, depuis l'âge de 9 ans et j'ai vraiment l'impression d'être accroché à ce terrain.

On a eu la chance de démarrer avec un constat qui était le recensement de 1980, qui a permis de connaître un certain nombre de chiffres :

- le plus bas revenu par habitant du département du Rhône ;
- 34 ethnies différentes ;
- 2 % de la population âgés de 70 ans et plus ;
- 18 % de la population âgés de moins de 7 ans ;
- des logements non décents, un logement décent étant un logement avec un nombre de pièces convenable par rapport au nombre de personnes qui l'habitent, avec sanitaires à l'intérieur du logement.

En tant que professionnel, je suis arrivé avec une formation hospitalo-universitaire, avec un diplôme de Docteur en Médecine et une connaissance très importante de ce quartier puisque j'y ai vécu et j'y partage encore la vie des habitants. Quand on s'installe comme médecin généraliste et que l'on est du quartier, qu'est-ce que l'on voit ? On se retrouve là d'un seul coup, confronté à des problématiques : une forte précarité, des personnes âgées, une forte population, la toxicomanie, etc.

Un point est important concernant les personnes âgées : en tant que médecin, je suis formé à prendre en charge les pathologies et non pas les personnes âgées, ce qui peut paraître un peu paradoxal. Il faut aussi rappeler, concernant la toxicomanie, qu'il n'y avait pas d'enseignement de base pour les généralistes dans le début des années 1980 et, en particulier, pour ma génération. Cela n'a pas beaucoup changé d'ailleurs.

Je suis amené en tant que professionnel, à essayer de trouver des réponses à toutes ces problématiques. Et c'est là que l'on se dit : est-ce que je suis outillé ? Est-ce que je suis équipé ? Est-ce que j'ai une formation adaptée à ces réalités ? A l'époque, je réponds : pas vraiment.

Faisant ce constat, je propose à des professionnels libéraux sur ce secteur de 26 000 habitants – on était 120 professionnels libéraux, toutes professions confondues – de se rencontrer pour mieux se connaître.

L'idée d'un réseau, c'est d'abord une histoire d'individus qui se rencontrent, qui partagent ensemble et qui sont en capacité de travailler ensemble. Ensuite, il s'agit de cerner les problèmes et les besoins de la population locale.

Dans ces besoins, il y a aussi nos besoins à nous bien évidemment, en tant que professionnels. Il n'y a pas que la problématique de la population. Il y a aussi la problématique des professionnels que nous sommes.

Mieux organiser l'offre de soins

Effectivement, lorsque l'on regardait la situation en 1981, on était évidemment confronté à la précarité et donc aux problèmes d'accès aux soins. On se heurtait à la toxicomanie, à la prostitution, au trafic de drogue, aux jeunes qui vivent dans les caves, dans les greniers..., sachant que l'arrivée du sida est venue aggraver encore le processus.

C'était la réalité de l'époque.

Essayer d'être cohérent

On savait bien que l'on n'aurait pas des ressources inépuisables. Donc il fallait gérer le mieux possible les ressources humaines bien sûr, mais également les ressources en termes économiques.

2.2. Description du quartier

De ma position de gamin du quartier, d'habitant du quartier, je me retrouvais en position de notabilité, parce qu'un titre de Docteur en Médecine dans un tel quartier, cela donne une notabilité.

Des problèmes se posaient bien évidemment : le quartier était complètement asphyxié au niveau économique et avait des difficultés pour équilibrer ses activités. L'activité du textile avait une portée économique importante ; le quartier était surnommé « Le petit sentier ». Cela a périclité depuis, du fait de la conjoncture économique internationale mais cette disparition avait été préparée, au moins sur notre secteur pour continuer à vivre sur le quartier.

Et puis on avait la vie des habitants, la richesse de cette vie des hommes, dont voici quelques images simples.

Aucun trottoir n'était disponible pour marcher. Il y avait dessus des voitures et des camions en permanence, les rues étaient complètement encombrées. On a vu des gens qui rentraient et sortaient d'une cabine de camion avec une poussette pour pouvoir sortir ou rentrer chez eux. C'était la vie réelle de ces habitants dans ce contexte-là.

J'ai eu l'occasion de mesurer les dangers dans lesquels on vivait. On avait des difficultés pour faire appel aux services de secours et aux pompiers qui régulièrement nous demandaient d'écrire aux différentes instances concernées pour signaler les risques qu'il y avait en cas d'incendie du fait de l'inaccessibilité.

Il y a eu un accident dans ce quartier qui a fait 9 morts parce qu'une boîte a sauté, pour des problèmes de racket et que l'on ne pouvait pas accéder dans l'immeuble ; les pompiers n'ont pas pu intervenir.

Quand on vit dans un tel quartier, on se pose des questions des très concrètes, par exemple : comment organiser la vie sociale et culturelle ? Il n'y avait pas de centre socio-culturel, aucune activité organisée collectivement sur ce secteur, pas d'équipements collectifs.

Je crois qu'il est important de revenir sur les réalités contextuelles des réseaux, en ne se limitant pas au contexte sanitaire. C'est ce que l'on a fait : en tant que professionnel, en voyant les problèmes en particulier des jeunes ou des personnes âgées, on s'est reposé des questions très concrètes du type : où on est ?

2.3. La mise en commun, les actions concrètes

On a donc mixé des groupes de professionnels et de populations. Il n'y a pas eu l'ensemble de tous les professionnels sur les 120 professionnels, bien qu'à la première réunion, il y ait eu 110 personnes qui sont venues. On s'est retrouvé à la fin, un petit noyau de professionnels libéraux. Il y en avait une trentaine au début et on s'est retrouvé à une dizaine à vouloir travailler sur des projets collectifs. Il y a eu 400 habitants qui se sont organisés et on s'est retrouvé à une quarantaine d'habitants à l'arrivée.

On était donc une cinquantaine de personnes décidées à travailler ensemble et à organiser quelque chose. On s'est organisé autour de cinq thématiques : la santé communautaire, les personnes âgées, les jeunes, l'environnement et la prévention, en sachant qu'elles ont évolué au cours du temps.

Les personnes âgées

Pour les personnes âgées, on a développé la restauration à domicile et la restauration de foyer. Ce sont les habitants qui sont aujourd'hui gestionnaires de ces restaurants, dans le cadre d'une association Loi 1901. On a organisé un voyage en Autriche pour des personnes âgées qui n'avaient pas quitté leur quartier depuis 20 ans. Faisant tout cela, on est arrivé à une division par 5 de la consommation de psychotropes.

Les jeunes et la toxicomanie

Pour les jeunes, nous avons créé des activités ludiques : des centres aérés, des soutiens, des lieux d'accueils, des centres sociaux et on a approché les toxicomanes.

Je suis coordinateur du premier réseau de l'hôpital agréé par la DGS et la DGH, qui travaille sur la toxicomanie spécifiquement. On est parti sur un travail d'acteur et on a mis en place des outils réels d'évaluation sur nos pratiques.

On est arrivé en collaboration avec la Caisse d'Assurance Maladie à mettre en place un projet d'évaluation qui fonctionne. C'est une expérimentation avec des tarifs forfaitaires pour les professionnels de santé que sont les généralistes et les pharmaciens, une évaluation socio-médico-économique et on évalue aujourd'hui l'implantation de tout cela. On note des résultats intéressants.

Sur le processus de recueil, on peut travailler avec les acteurs (professionnels, Assurance maladie) qui sont en capacité de construire des outils fiables. Lorsque l'on a eu à évaluer ce qu'était le montant du forfait, on notait qu'il y avait un décalage important avec le nombre de consultations pour un usager de drogue. La Caisse d'Assurance Maladie estimait un total de 14 consultations par an alors que l'analyse faite par les généralistes de leurs propres pratiques totalisait 24 consultations par an. Il n'y a pas eu besoin de discuter pendant trois jours avec la Caisse d'Assurance Maladie pour faire valider les forfaits. Elle a joué le jeu sans problème.

On parle de pérennisation des réseaux. Mais il faut être sérieux. On a un budget au niveau de des directions du Ministère de la santé de 150 000 Frs (les réseaux de toxicomanie de l'hôpital reçoivent 300 000 Frs la première année, 225 000 Frs la deuxième année et 150 000 Frs la troisième année). Or, ces 150 000 Frs représentent simplement la prise en charge de l'évaluation socio-médico-économique. Il a fallu trouver 4 MF pour le projet réseau : suivre 300 patients dans les réseaux, 150 avec un forfait et 150 avec la prise en charge. Cela nous a demandé deux ans et demi de travail, trois ans de bagarre avec les institutions publiques et nationales.

L'environnement

Pour l'environnement, on a classé ce quartier en DSQ. Un centre-ville classé en DSQ, cela n'existait pas. Quand on a dit aux élus que l'on voulait travailler là-dessus, ils ont refusé. On avait tous les critères, on s'est battu et on a été classé. Quand on est classé à ce niveau-là, on a plus de moyens.

On passe dans une zone d'éducation prioritaire pour l'Education Nationale et on obtient plus de moyens en termes humains et financiers.

On passe des contrats avec l'Etat permettant de dégager des moyens financiers pour restructurer l'organisation du quartier et là, on peut travailler sur le développement économique du quartier, et on peut travailler avec des outils qui sont très importants, qui sont de la pertinence des Pouvoirs Publics, c'est-à-dire l'implication sur l'organisation sociale.

On s'est bagarré pour avoir des parkings de proximité. Ceux qui visitent Lyon aujourd'hui, ont la chance de pouvoir bénéficier d'un ensemble de parkings en centre-ville. C'est grâce aux habitants qui se sont mobilisés, qui ont fait des manifestations dans les rues, pour obtenir la remise à l'ordre du jour des projets qui avaient été enterrés, comme le parking des Terraux qui est la place centrale devant l'hôtel de ville.

A l'époque, on nous disait que la pente de La Croix Rousse allait « se casser la gueule » si on faisait un parking dessous. Mais en 1987, le parking est redevenu d'actualité au niveau de la communauté urbaine et une réflexion complète sur le réaménagement du centre-ville a été acceptée. Plus de 4 000 places de parkings ont été créées.

Cela montre que l'on peut vraiment mobiliser les populations et elles peuvent travailler.

L'accès au logement, l'accès au travail

Là aussi, on a fait des choses. Il y a des équipements collectifs qui existent et qui fonctionnent. Les réseaux de proximité ont créé des établissements qui fonctionnent.

2.4. Ce qui a changé...

Le décloisonnement médico-social

Là aussi, il faut arrêter de se raconter des vœux pieux. Il y a encore une grosse résistance au changement – peut-être aussi de notre point de vue. Mais on n'a pas atteint l'objectif et ce n'est pas un bon résultat pour nous car on n'a pas réussi à les associer à un projet collectif parce que l'on est dans une difficulté de complémentarité.

Le changement de pratique professionnelle

Il n'y a plus d'acteur libéral sur ce secteur qui ne participe pas à l'activité du réseau. Les 10 % qui étaient résistants et farouches ont cédé il y a un an, sur deux projets de réseaux. L'un sur l'organisation du soin à domicile et l'autre sur la prise en charge des suicides.

Bien évidemment, le degré d'engagement n'est pas le même pour tous les acteurs. Il ne faut pas se faire d'illusion. Tout le monde ne travaille pas sur le même fonctionnement, ni sur le même investissement. Mais aujourd'hui, sur les procédures, sur l'organisation, sur la mise en place, les gens adhèrent à un projet collectif et ils participent à ce projet collectif.

Pourtant, il existe certaines propositions pour lesquelles les collectivités locales ne sont pas toujours en capacité de répondre. Il y a encore des problèmes de culture et on nous a demandé d'appuyer fortement sur le frein. On a commencé mais quand on appuie trop fort sur le frein, on passe dans le pare-brise et cela pose des problèmes.

L'implication des populations sur la problématique santé

On a commencé avec des réunions de quartier, avec des réunions « pratico-pratiques ». Les jeunes voulaient savoir, par exemple, pourquoi il faut s'assurer, quel est l'intérêt de prendre une assurance complémentaire, pourquoi assurer la mobylette, le logement... Comme vous le voyez, on a travaillé sur des choses pratiques et très simples.

L'impact économique local

Aujourd'hui, on est en train de se transformer. Le textile a quasiment disparu. On a une activité qui a été construite avec les habitants et les collectivités locales.

On est sur un programme aujourd'hui où l'on est passé d'une fonction économique à une autre fonction économique, accompagnée par les institutions et par le secteur industriel. C'est une réussite parce qu'aujourd'hui, c'est une réalité et que cela fonctionne.

La reconnaissance des personnes, des dispositifs et de leur développement

C'est ce que l'on essaie d'installer dans l'évaluation.

L'organisation des systèmes

On peut être à différents niveaux : si l'on reste sur les soins, il faut coordonner les soins, si on travaille dans un système médico-social, il faut coordonner les actions médicales et sociales. Au niveau de la politique communautaire, il y a encore d'autres systèmes de coordination. Donc il faut définir le cadre et la coordination dont on parle.

Qu'est-ce que l'on coordonne entre une municipalité du secteur de premier arrondissement et la municipalité de l'Hôtel de Ville ? Ce que l'on a mis en place comme modèles d'outils, ce sont des choses que la ville reprend dans le programme politique et qu'elle essaie d'étendre à l'ensemble des arrondissements de la ville : formation professionnelle, guichet unique à défaut d'une fongibilité des enveloppes.

Sur la fongibilité des enveloppes, on s'est bagarré au niveau national pour parler d'une enveloppe spécifique et dédiée au réseau. On l'appelle la cinquième enveloppe parce que l'on a travaillé à d'autres niveaux dans la présentation, on s'est bagarré avec d'autres pour que ce soit une réalité. Mais c'est une réflexion que l'on a menée sur le terrain depuis longtemps.

2.5 Si on est sur l'exemplarité, qu'est-ce qui peut être exportable ?

Il faut :

- des promoteurs de projets sinon on ne fait pas vivre les réseaux ;
- un cadre opérationnel ;
- une adhésion et une participation des professionnels et de la population
- la reconnaissance et le soutien des élus et des institutions.

Si cela n'existe pas, les réseaux n'existent pas et ne se développent pas.

Les enjeux sont la viabilité des dispositifs, l'évolution des pratiques professionnelles, la souplesse et l'adaptabilité des structures mises en place.

L'évaluation

On est parti sur l'adéquation de l'offre aux besoins. Cela a toujours été l'un des modes de réflexion des groupes de travail, des institutions, des professionnels et des habitants pour être toujours dans une cohérence.

Par ailleurs, à chaque fois que l'on a déposé un projet, que l'on a essayé de construire quelque chose, on a essayé de justifier les ressources et de montrer l'utilité de l'organisation pour ces ressources-là.

J'ai rapidement dressé là, mon expérience sur les systèmes d'évaluation et on pourra rentrer plus dans le détail à partir de cette expérience sur des éventuelles questions.

3 Le point de vue de deux institutions régionales

Didier JAFFRE, Fanny PELISSIER*

Didier JAFFRE est Secrétaire Général de l'ARH Bourgogne et Fanny PELISSIER est chargée de mission du FAQSV à l'URCAM Bourgogne.

On a choisi d'articuler notre présentation autour de quatre grandes questions : qu'est-ce qu'un réseau ? Quelles procédures de coordination et de concertation autour des réseaux en BOURGOGNE ? Comment aider le promoteur de réseau à formaliser son projet ? Quelle évaluation ?

3.1. Qu'est-ce qu'un réseau ?

Pour nous, un réseau repose sur quatre piliers :

1. un projet qui lie les professionnels. Un réseau est composé d'acteurs qui coopèrent sur la base du volontariat et qui adhèrent à des objectifs communs ;
2. une coordination médicale ou médico-sociale avec une interaction plus forte des professionnels ;
3. une formation et une information des acteurs, notamment pour l'apprentissage des pratiques de réseaux, sous le respect des référentiels et le retour d'informations sur le résultat des réseaux ;
4. une évaluation des pratiques en réseau mais aussi de la qualité des soins et des coûts.

Quatre grands principes définissent également un réseau :

1. le libre choix du patient, qui doit être informé. C'est une composante à part entière de la relation soignant/soigné ;
2. le partage de l'information en préservant la confidentialité ;
3. l'élaboration d'un dossier partagé standardisé, médical ou médico-social, pour les différents acteurs du réseau. Il peut s'agir d'une version papier, voire d'une version informatisée ce qui est parfois plus compliqué ;
4. un système d'information qui doit permettre de connaître, à tout moment, l'état de santé du patient, les actes réalisés et leur conformité aux références médicales en vigueur.

Plusieurs enjeux sous-tendent la mise en réseau :

1. replacer le patient au cœur du système de santé dans le but d'optimiser l'accès à des soins de qualité et de proximité, tout en prenant en charge ce patient de façon continue et globale ;
2. décloisonner le système de santé entre la ville et l'hôpital, entre une prise en charge médicale et une prise en charge du social et même, parfois, entre spécialités médicales ;

* Par ordre alphabétique

3. accroître les compétences des acteurs. En particulier, le réseau permet la mise en place de nouveaux modes de transmission d'informations, d'échanges au niveau des pratiques, l'élaboration et l'appropriation de référentiels, et la formation pluridisciplinaire ;
4. évaluer, enfin, l'efficacité d'une nouvelle organisation des soins, ce qui est un enjeu important si on considère que les réseaux sont amenés à prendre une place de plus en plus importante dans le système de santé.

3.2 Quelle procédure régionale de coordination et de concertation autour des réseaux en Bourgogne ?

Une cellule d'appui aux réseaux a été créée en Bourgogne. Nous allons vous en présenter les partenaires, les objectifs et la place qu'occupe cette cellule dans le nouveau dispositif de régionalisation.

3.2.1. Les partenaires

La cellule d'appui aux réseaux est composée de quatre membres fondateurs qui sont l'URCAM, l'ARH, la DRASS et le service médical de l'Assurance maladie. Ces membres fondateurs peuvent associer des institutions variées comme la CRAM (Caisse Régionale de l'Assurance Maladie), l'UPMLB⁴, les DDASS (Directions Départementales des Affaires Sociales), les Conseils Généraux, etc. Il est important de préciser à ce stade de l'intervention, qu'il s'agit de représentants techniques de chacune des instances.

Ce n'est pas une instance politique.

3.2.2. Les objectifs de cette cellule

Il s'agit de constituer un point régional d'accueil et de conseil : d'une part, pour apporter un soutien méthodologique au montage et à la finalisation du projet de réseau et d'autre part, pour favoriser l'examen des projets de façon concertée entre les membres, dans l'intérêt conjoint du promoteur et des institutions.

Cette cellule d'appui aux réseaux permet d'anticiper la régionalisation par un travail technique sur les dossiers, par un partage de l'information, par l'émergence de critères d'examen partagés entre les différents membres.

Des outils ont été créés dans le but d'informer les institutions pour la prise de décisions (grille de lecture, formalisation des avis, etc.).

A ce stade, il est important de mentionner que l'on illustre notre expérience en Bourgogne mais que, dans la plupart des régions, ce type d'instance a été mis en place sous des appellations différentes, avec les mêmes objectifs de soutien et de concertation.

⁴ Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne (nom spécifique de l'URML de notre région)

3.3. Comment aider le promoteur de réseau à formaliser son projet ?

Pour aider le promoteur de réseau à formaliser son projet, un guide pratique du promoteur à été élaboré et diffusé.

Il paraît légitime de s'interroger sur l'intérêt d'un livre supplémentaire, alors que l'on a vu qu'il y en a déjà au moins trois. On avait envie de donner aux promoteurs de notre région un guide pratique – et on insiste sur le terme « pratique » –, qui soit reconnu et utilisé par les diverses institutions régionales.

Ce guide a été élaboré en partenariat par l'URCAM, l'ARH, la DRASS, les services médicaux des trois régimes de l'Assurance maladie (Régime général, MSA et régime des professions indépendantes), la CRAM, l'UPMLB et avec la participation d'un expert du Conseil Général de l'YONNE.

Le principe général appliqué, pour construire un cahier des charges commun, repose sur la mise en commun des besoins d'information de chaque institution, qui a été invitée à dire ce qu'elle souhaitait voir dans le cahier des charges. Des outils et des réflexions existants ont également été mobilisés, que ce soit le cahier des charges CNAMTS pour les réseaux expérimentaux, les travaux d'autres régions, les travaux du groupe de suivi SROS personnes âgées, les publications récentes, etc.

Ce guide a pour objectif d'apporter une aide méthodologique pour monter un projet, pour la rédaction du cahier des charges et pour la recherche de financement de l'évaluation.

Il s'agit d'avoir un document unique, commun pour toutes les institutions concernées et validé par chaque institution. On notera que le Comité Régional du FAQSV a décidé pour l'année 2002, au même titre que les autres financeurs de la région, d'adopter ce guide comme cahier des charges, se substituant ainsi au cahier des charges du FAQSV bien qu'il s'en soit inspiré.

Il s'agit pour ce guide, d'accompagner pas à pas le promoteur.

Le guide a été composé de façon pédagogique avec un avant-propos qui présente le contexte législatif – qu'il conviendra de remettre à jour d'ici peu – ainsi que la définition et les enjeux du réseau. Il présente ensuite le cahier des charges à remplir pour formaliser le projet. Les annexes présentent notamment les principaux financements, les procédures d'instruction et d'agrément, et les propositions d'indicateurs pour le suivi des évaluations.

Le guide identifie également les correspondants possibles d'un réseau, pour que les promoteurs aient des contacts auprès des diverses institutions.

De manière plus détaillée, le cahier des charges se compose de quatre grandes étapes : l'opportunité du projet, la définition des objectifs, les moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs et enfin, le suivi et l'évaluation dudit projet.

Toutes ces étapes sont déclinées en questions. Il s'agit donc d'un outil qui se veut très pédagogique pour aider le promoteur à remplir son dossier et à formaliser sa demande avec des clefs de réponses, des commentaires et des conseils.

3.4. Quelle évaluation des réseaux ?

Ce qui nous a guidé dans la réalisation du guide, c'est d'avoir une approche pragmatique qui soit utile pour le promoteur et pour le financeur à la fois.

On n'a pas réinventé les choses. On s'est inspiré de ce qui a été fait en région Aquitaine, de ce qu'avaient fait le CREDES et le Groupe IMAGE et également de ce que l'on a pu récolter dans la région pour ce qui est des réseaux, dans un seul et même souci : avoir un guide pratique qui permette au promoteur de réaliser une certaine évaluation de son travail et au financeur de pouvoir utiliser les résultats de cette évaluation dans son attribution d'allocation de ressources.

Dans le guide, nous avons souhaité répondre à plusieurs questions principales concernant l'évaluation.

3.4.1. Pourquoi évaluer un réseau ?

Il y a trois grandes réponses à cela.

Premièrement, pour garantir le fonctionnement du réseau dans la durée en valorisant l'acquisition des savoirs-faire entre les acteurs et le réseau, en facilitant la capacité d'échange et de diagnostic entre les acteurs et puis la réactivité des professionnels.

Deuxièmement, pour identifier les effets du réseau en termes d'avantages et d'inconvénients tant pour les professionnels que pour les patients.

Troisièmement, pour justifier l'utilité du financement demandé par les réseaux et sa reconduction.

3.4.2. Quoi évaluer dans un réseau ?

Nous avons simplifié les axes d'étude en mettant en avant les actions mises en œuvre et les résultats.

L'attention porte donc en premier sur les actions mises en œuvre pour répondre aux objectifs que se sont fixés les promoteurs en termes d'organisation de la structure et les modalités de fonctionnement du réseau. Quels sont les protocoles de soins ? Combien de réunions ? Comment s'organise la coordination ? Etc. Tout cela a été vu ce matin.

En second lieu, on s'intéresse aux résultats obtenus et notamment en termes de satisfaction – c'est peut-être là, un mot que l'on n'a pas beaucoup entendu – en termes de satisfaction des professionnels qui travaillent au sein de ce réseau mais également du patient et du bénéficiaire.

Les résultats obtenus sont également analysés du point de vue des activités médicales au sein du réseau. Comment s'organiser mieux ? Est-ce que cela apporte des choses en plus sur l'organisation administrative ? Est-ce que cela simplifie ?

Enfin, n'oublions pas les résultats, en termes financiers et médicaux, qui sont peut-être plus difficiles à évaluer.

3.4.3. Quand évaluer ?

On a distingué, pour notre part, deux temps dans l'évaluation.

L'évaluation dans l'action que l'on qualifie d'évaluation intermédiaire, ou de suivi, ce qui sur la sémantique n'est peut-être pas vraiment de l'évaluation. C'est plutôt dans le cadre du rapport d'activité annuel du réseau.

Et puis l'évaluation après l'action et là, on parle d'évaluation finale des résultats tant départementaux, que sanitaires, qu'économiques – et l'évaluation de la satisfaction des patients.

3.4.4. Comment évaluer un réseau ?

Il est important que, dès le départ, le promoteur définisse les modalités pratiques de suivi et d'évaluation du réseau et cela, en fonction de la taille et de l'importance du réseau et des objectifs du réseau.

On ne peut pas appliquer un même modèle d'évaluation à chaque réseau. Par exemple, un réseau gérontologique local n'a pas les mêmes objectifs qu'un réseau régional de natalité.

Il s'agit également, dès le départ, de désigner qui va être responsable de l'évaluation, qui va assurer le suivi, avec la désignation d'un comité de pilotage, de groupes de travail, etc. Est-ce que ce sera en interne ou en externe, ou les deux ?

Enfin, il faut déterminer dès le début – et c'est important – quel va être le coût d'évaluation pour le promoteur du réseau. Il ne s'agit pas, pour le promoteur, de s'engager dans un système très compliqué s'il n'est pas certain d'avoir des financements pour assurer cette évaluation.

3.4.5. Quels indicateurs d'évaluation du réseau ?

On a distingué les indicateurs qualitatifs et les indicateurs quantitatifs.

Les indicateurs qualitatifs recouvrent, par exemple, le degré d'implication des différents partenaires, l'existence de cofinancement, la satisfaction des bénéficiaires... Autant d'exemples que l'on peut retrouver dans le guide.

Les indicateurs quantitatifs sont, par exemple, le nombre de patients pris en charge, le nombre de complications à éviter, etc.

Les indicateurs doivent être facilement mesurables.

Il nous importe, en tant que financeur, d'avoir quelques indicateurs simples à mesurer, qui soient importants, qui montrent la pertinence du réseau plutôt qu'un système extrêmement complexe d'indicateurs qui, en finale, ne seraient pas mesurables facilement et donc inutilisables.

Enfin, les indicateurs doivent mettre en lumière, l'atteinte ou les écarts avec les objectifs fixés au départ par le promoteur.

3.4.6. L'évaluation finale : les questions à se poser

Plusieurs questions nous apparaissent fondamentales. Est-ce que le réseau atteint ses objectifs ? Quelle est la qualité des actions mises en œuvre et la qualité des résultats obtenus ? Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau par rapport à un système promotionnel ? Les personnes prises en charge et les acteurs du réseau sont-ils satisfaits de ce nouveau mode d'organisation ? Quels sont les coûts et les économies générées par le réseau ? Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par la pratique en réseau ?

Ce sont là autant de questions qui nous semblent importantes et il faut que le promoteur y réponde pour les institutionnels que nous sommes.

Il me reste à rappeler que : d'une part, il est important que l'évaluation et les modalités de mise en œuvre de cette évaluation soient prévues dès le montage du projet du réseau ; d'autre part, que le système d'évaluation doit être en cohérence parfaite avec les objectifs et la taille du projet.

Les indicateurs d'évaluation doivent être facilement mesurables et parlants pour nous, institutionnels.

L'ensemble des acteurs, aussi bien promoteur que financeur, doit être sensibilisé à l'évaluation. Même nous – et on le reconnaît tout à fait. Tous nos agents ne sont pas forcément sensibilisés à l'évaluation d'un réseau. Et c'est la raison pour laquelle on organise à la rentrée, une journée formation des fameux référents-réseaux pour les sensibiliser à ces problèmes.

En conclusion, je dirais que l'évaluation doit être une approche pragmatique, utile pour le promoteur, l'idée du guide étant de l'aider, de l'accompagner dans cette démarche d'évaluation.

Elle doit être également utile pour le financeur dans sa décision de financement ou de reconduction de financement ; l'idée étant pour nous, que le point crucial dans l'évaluation d'un réseau, c'est qu'il doit permettre d'apporter un PLUS pour le patient.

C'est vraiment là, le point crucial de tous réseaux de soins.

Questions/Débats

M. CHOSSEGROS

Je voudrais souligner une petite contradiction entre votre conclusion, d'une part, qui était de dire que ce qui est important pour vous, finalement, ce sont les patients ; et l'un des éléments de votre présentation, d'autre part, qui a été de dire que les indicateurs devaient être parlants pour l'Assurance maladie.

Il est globalement intéressant de dire que les indicateurs ont un sens pour les usagers, les professionnels et aussi, éventuellement, pour les personnes qui paient. Mais la question est ailleurs : il y a un discours et il y a une réalité.

On entend tout le temps ce discours qui dit : « on met les patients au sein du réseau » et dès que l'on parle de la réalité de ce que l'on fait, tout d'un coup, ils ne sont plus là. C'est la même chose pour les professionnels.

M. MENARD

Lorsqu'il y a un désaccord sur les enjeux, sur les modes opérationnels et sur la manière de faire l'évaluation entre un promoteur et votre comité, est-ce que vous avez prévu une instance de médiation et de conciliation ?

Est-ce que quelqu'un qui n'est pas d'accord avec ce que vous avez présenté, ne peut pas prétendre à un financement ? Est-ce que vous imposez, par exemple, la contractualisation des patients dans le réseau ? Est-ce que vous expliquez comment on peut mesurer l'implication du patient dans les réseaux dont la finalité est la modification des pratiques des professionnels et non pas la prise en charge spécifique d'un patient à un moment donné ?

Ma question essentielle est celle-ci : dans le cas où l'on n'est pas d'accord avec le schéma que vous avez présenté, et notamment sur les enjeux, est-ce que cela veut dire qu'il n'est pas possible d'avoir un financement du FAQSV ?

Parce que la présentation que vous faites correspond à la vision que vous avez du réseau et je note au passage que, dans votre instance, il n'y a aucun représentant des réseaux. C'est tout à fait votre légitimité et votre droit. Mais vous avez une vision particulière de la finalité et du rôle du réseau.

Après, vous déclinez cette idée – et c'est cohérent – pour arriver à une évaluation qui correspond au projet que vous avez. Mais *quid* de ce que je considère comme un authentique travail en réseau ? *Quid* d'autres promoteurs de réseaux qui ne sont pas dans votre logique ?

M. JAFFRE

Je vais répondre en ce qui concerne la partie ARH parce que je ne veux pas me prononcer sur le financement du FAQSV.

Vous semblez relever une contradiction entre le choix de nos indicateurs et la prise en compte des besoins du patient. J'ai bien insisté sur la nécessité de prendre en compte les indicateurs de satisfaction des patients et des professionnels. Cela semble indispensable d'avoir cela et il ne me semble pas avoir fait une contradiction dans mes propos.

Deuxième point : vous demandez si on oppose un refus systématique à un promoteur qui nous soumet un projet qui ne rentre pas dans notre cadre. Je réponds non. On n'est pas là pour créer un moule dans lequel tout le monde doit rentrer. Au contraire. Le guide se veut être un document utile d'accompagnement. Tout est discutable.

On est dans une démarche partenariale avec le promoteur. Si le promoteur propose autre chose qui est cohérent, pourquoi on lui refuserait le financement ? Je ne vois pas.

L'enjeu du projet est bien d'apporter un PLUS pour le patient et pour l'organisation des professionnels éventuellement. Il n'y a pas contradiction.

Vous avez noté également qu'il n'y avait pas de professionnels au sein de notre instance. Madame Pélissier a fait remarquer que c'est une instance institutionnelle pour l'instant, une instance technique. On envisage, actuellement, de l'élargir pour avoir une représentation des professionnels au sein de cette instance de réseau qui deviendra, je pense, d'une autre nature puisque l'on va rentrer dans une nature plus politique que technique.

Actuellement, on a une instance qui est de conseils, de décideurs, de financeurs même si on a introduit l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) par exemple.

Mme PELISSIER

Sur les critiques qui sont souvent adressées au FAQSV dans les régions : c'est vrai qu'il y a des limites. On en est conscient. Mais on essaie de faire le maximum pour soutenir nos promoteurs.

Et pour reprendre ce qu'a dit Monsieur Jaffre, le dossier a été créé dans un souci de simplification pour aider les promoteurs. Si quelqu'un présente un projet qui ne correspond pas exactement à ce cadre, mais qui tient la route, on l'étudie en concertation et on regarde ce que l'on peut faire. On a essayé d'avoir une vision assez souple et une démarche d'encouragement pour les promoteurs – notamment pour la partie évaluation. Si l'on avait voulu avoir une vision stricte, très peu de dossiers auraient pu être financés. Il ne s'agit pas là, de défendre la façon dont on a pu gérer, en Bourgogne, les dossiers déposés au FAQSV, mais on a décidé d'être assez large et assez souple pour offrir à un maximum de projets des chances de réussite, en les soutenant de façon assez large.

Le FAQSV est un premier outil. C'est un premier pas. Il est perfectible. Je trouve que l'on est quand même un peu sévère avec cela. Il a été difficile de se faire une vision sur les dossiers. Cela a été quelque chose d'assez compliqué pour les URCAMs, de monter cela. Néanmoins dans notre région, on a soutenu énormément de réseaux et on n'a pas eu de plaintes.

M. BREMOND

En fait, ce que vous êtes en train de présenter, c'est une méthodologie d'évaluation connue et qui n'est pas spécifique au travail en réseau. Par contre, ce qui est intéressant, c'est de voir comment l'Assurance maladie apprend à réfléchir sur l'organisation des soins et à finaliser l'évolution de l'organisation des soins.

En effet, ce qui est très positif dans le fait que l'URCAM s'engage dans l'élaboration d'un cahier des charges, ce n'est pas la méthodologie de l'évaluation en elle-même, c'est le fait que l'URCAM finalise, progressivement, des objectifs en termes de transformation dans l'organisation des soins. Le réseau oblige l'Assurance maladie à travailler à la finalisation de l'organisation des soins, au travers de ses financements partagés ville/FAQSV. C'est, pour moi, un énorme progrès.

Si les URCAMs arrivent à faire avancer, au sein de l'Assurance maladie, une culture de projet en matière d'organisation des soins, tant mieux pour les professionnels. Ce n'est pas de la démagogie que d'évoquer cela. Ce sera probablement un bénéfice notable pour les professionnels parce qu'ils auront des partenaires qui pourront être leur *alter ego*. Depuis ce matin, on entend dans la salle que d'un côté, il y a des acteurs de terrain qui sont capables de finaliser des projets par rapport à des enjeux de transformation dans l'offre de service, et que de l'autre côté (côté Assurance maladie), il n'y avait pas un regard suffisamment étoffé sur ce point. Votre cahier des charges est, d'un certain point de vue, un premier pas vers une transformation culturelle.

Une participante

Vous avez parlé de l'intérêt du dossier médical. Dans notre réseau, c'est un problème qui est important parce que l'on ne travaille pas du tout avec des dossiers partagés et que cela paraît même impossible étant donné qu'il ne s'agit pas d'un réseau médico-médical. On travaille beaucoup avec des institutions et des centres de soins pour toxicomanes, avec des éducateurs, des assistantes sociales, etc. Dans ce cadre, le dossier médical n'a pas sa place. Cela nous pose problème, parce que tout le monde nous renvoie dans l'évaluation à ce dossier médical, qu'il soit sur papier ou informatisé.

Or, le réseau, ce n'est pas le dossier médical. Ce sont des professionnels qui se connaissent entre eux, qui échangent sur la façon de prendre en charge les gens ou sur la possibilité de donner accès aux soins aux personnes ; ce n'est pas du tout un échange de dossier médical. Il n'y a pas que le côté médical dans le fonctionnement du réseau.

M. BOURGUEIL

J'aimerais poser une question à laquelle vous n'avez peut-être pas la réponse. Vous démontrez très bien qu'il y a aujourd'hui un processus de régionalisation de ce qui avait été mis en place par l'ordonnance de 1996. Or, on peut se poser des questions sur l'avenir de ce processus quand on voit les résultats de la négociation conventionnelle de la semaine dernière, puisque, finalement, tout repart au niveau national quand il s'agit de parler d'institutionnalisation.

Madame Bantuelle a posé tout à l'heure, une question importante sur l'institutionnalisation des actions innovantes qui sont produites par les réseaux : comment l'évaluation peut aider à sortir de l'expérimentation ?

Est-ce qu'au niveau de votre cellule d'appui, vous avez réfléchi à ce qui se passe après l'évaluation. Qu'est-ce que l'on va faire du résultat de l'évaluation ? Est-ce que c'est négocié, éventuellement d'emblée ?

Je pense que c'est une question de fond. Pourquoi on évalue ?

Mme CONARD

Je ne voudrais pas que les gens partent d'ici en pensant que toutes les URCAMs et ARHs aident les réseaux, parce que ce n'est pas vrai dans toutes les régions.

En Languedoc Roussillon, c'est complètement l'inverse. On n'arrive pas à discuter avec eux. On ne nous informe pas des dates de réunions, il faut aller à la pêche aux informations, il faut téléphoner trois fois pour avoir un rendez-vous... Et je pense qu'il faut que ce soit clairement dit.

En ce qui concerne le cahier des charges, il s'agit simplement du cahier des charges national qui est recopié. Il n'y a aucune indication pour nous aider à présenter un dossier et on nous répète que le FAQSV n'a pas été fait pour financer les réseaux et que de toutes les façons, l'Assurance maladie ne s'occupe que du soin et pas de la santé et donc : « vos réseaux médico-sociaux, allez vous les faire financer ailleurs ! ». Il faut que ce soit connu quand même !

La question que je pose est la suivante. Cette cellule que vous avez mise en place – la cellule d'appui et d'instruction pour aider les réseaux –, s'intègre-t-elle dans une démarche qui a été discutée à un niveau national ? Est-ce qu'il y a des échanges entre les régions, entre les URCAMs ? Est-ce qu'il en est un peu tenu compte de ces échanges ? Est-ce qu'il y a un suivi ? Est-ce qu'il y a une évaluation de l'application du FAQSV dans les régions prévue ?

J'ai une autre question, cette fois très pratique. Vous dites : d'une part, qu'il faut que le projet d'évaluation soit mis en place dès le début du fonctionnement du réseau ; et d'autre part, que ce projet d'évaluation soit en cohérence avec la taille du réseau. Or, par définition, le réseau évolue – et cela a été dit plusieurs fois aujourd'hui. Il évolue en particulier au niveau des professionnels qui s'y impliquent : il paraît donc difficile que cette notion de taille et d'implication des professionnels puisse être définie à l'avance. Bien sûr, on a toujours l'objectif d'en impliquer le maximum. Mais définir une taille, c'est un peu difficile.

Mme PELISSIER

Concernant le problème des financements entre régions, c'est sûr que chaque région a géré le FAQSV à sa façon. J'ai bien conscience que, dans d'autres régions, cela ne se passe peut-être pas aussi bien. On se félicite du partenariat qui existe entre les différentes institutions et du dialogue qui s'est ouvert entre les représentants de l'URCAM et des professionnels de santé. Cela se passe relativement bien. Peut-être que ce n'est pas le cas dans la région que vous évoquez, qui est le Languedoc Roussillon. Cela dépend aussi des personnes qui y sont. On n'a pas voulu parler au nom de toutes les régions. On a essayé simplement de montrer ce qui s'est passé chez nous.

Concernant votre deuxième question, c'est plutôt à la Caisse Nationale de répondre puisqu'elle gère la partie nationale du FAQSV. Il est prévu une évaluation des actions du FAQSV pour l'année 2005, de ce qui se sera passé dans l'ensemble des régions et de l'ensemble des dossiers financés par le FAQSV.

M. JAFFRE

La question « pourquoi on évalue ? » est tout à fait importante. Une fois que l'on a un rapport d'évaluation, qu'est-ce que les financeurs en font ? En fait, on se penche principalement sur deux points. On regarde d'une part, si cela apporte quelque chose en matière de prise en charge des soins, et d'autre part, cela nous sert aussi à allouer des moyens aux différents partenaires. C'est cela l'utilité du rapport d'évaluation pour nous.

M. BOURGUEIL

Qu'est-ce que vous voulez dire par « allouer des moyens » ? Le questionnement porte-t-il sur la façon dont les ressources ont été allouées pour embaucher des personnes, pour mettre en place un secrétariat, pour financer les postes de coordinateurs, etc., ou sur les ressources nécessaires pour financer des activités non financées ?

Par ailleurs, si l'on constate des résultats, comment cela perdure ? Comment ces bons résultats sont-ils relayés dans un dispositif hospitalier, ou de ville, ou au Conseil général ?

M. JAFFRE

Je crois que cela dépend avant tout de l'origine du financement. Quand l'agence va financer, aider au financement d'un réseau, le financement est pérenne, comme par exemple le financement d'un poste d'infirmière de réseau. Donc, à l'issue de l'évaluation, soit on maintient la structure réseau et l'affectation du poste au réseau, soit on remet en cause le réseau et le poste va être réaffecté dans la structure hospitalière.

Votre question renvoie à la fameuse enveloppe spécifique pour financer les réseaux au niveau régional. Or, on attend le décret d'application de la loi du 4 mars 2002 pour pouvoir répartir cette enveloppe selon des finalités qui seront définies conjointement par l'URCAM et l'ARH. On verra ce que l'on fera. La cellule a été créée pour préparer cette évolution législative.

Maintenant, est-ce qu'au niveau national, on tient compte de nos travaux ? La réponse est oui. Les différents guides élaborés dans les régions servent à élaborer le fameux cahier des charges national qui sera prévu dans le décret d'application sur les réseaux.

Expériences d'évaluateurs

- Le point de vue de trois guides méthodologiques
- Le point de vue d'un évaluateur de réseaux
- Le point de vue d'un spécialiste de l'évaluation des politiques publiques

4. Le point de vue de trois guides méthodologiques

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ

Actuellement Directrice d'hôpital au centre hospitalier de VERSAILLES, Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ a été l'un des acteurs de la mise en place d'un bureau Réseau et Coopération à la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins).

Le sujet de cette présentation est l'analyse et la synthèse de trois travaux publiés en 2001 sur l'évaluation des réseaux de soin et de santé.

- « Guide pour l'évaluation d'un réseau » élaboré par des réseaux de la Fédération Aquitaine des Réseaux en collaboration avec l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie d'Aquitaine. Publication en septembre 2001.
- « Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique » réalisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Publié en octobre 2001 et disponible en ligne⁵. « L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations » élaboré par le Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé et le groupe Image de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Publié en mai 2001 et disponible en ligne⁶. Cet ordre de présentation ne correspond ni à un jugement de valeur, ni à un ordre chronologique. J'ai pensé qu'il était plus logique de partir du document FAR-URCAM qui est un document écrit par des professionnels pour des professionnels, pour passer ensuite par le document ANAES, qui a été écrit par un établissement public à la demande des directions du ministère de la santé et qui a un point de vue plus institutionnel, et de terminer par le document CREDES-IMAGE qui a été écrit par des gens qui ont un positionnement de chercheur, même s'ils l'ont fait en lien avec des acteurs de l'Assurance maladie.

En introduction, je dirais que ces trois documents partent du même constat. Au moment où les travaux ont commencé, des réseaux de formes et objectifs très divers coexistent dans un cadre législatif et réglementaire extrêmement hétérogène. Celui-ci décrit une typologie de réseaux qui ont parfois assez peu à voir les uns avec les autres :

- les réseaux relevant du code de la Santé publique ;
- les réseaux relevant du code de la Sécurité sociale ;
- des réseaux, plus émergents et pas forcément bien décrits par les textes, que l'on voit décrits dans la circulaire de 1999 qui part du terrain, pour essayer d'en tirer les enseignements pour des réseaux pérennes ;
- les réseaux financés par le FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) et qui sont des réseaux unissant des acteurs de ville avant tout.

⁵ www.anaes.fr

⁶ www.credes.fr

Les trois documents essaient de proposer une méthodologie d'évaluation des réseaux en partant des deux principes suivants : d'une part, il n'existe pas de structures comparables dans les pays étrangers sur la base desquelles on pourrait fonder une évaluation des réseaux en France ; d'autre part, il n'y a pas non plus de boîte à outils, disponible dans le monde de la recherche, en termes d'évaluation des réseaux.

Il y a donc lieu de construire des boîtes à outils complètes, à disposition des professionnels, de ceux qui les jugent ou de ceux qui les financent.

4.1. Présentation des documents

Les trois documents sont présentés dans l'ordre suivant : FAR-URCAM, ANAES et CREDES-IMAGE.

1. Je commence par vous présenter le « guide pour l'évaluation d'un réseau » qui est produit par la FAR et l'URCAM Aquitaine et qui a été publié en septembre 2001.

Ce guide est réalisé à l'initiative de professionnels qui ont, au cours de réunions régionales régulières, fait émerger le thème de l'évaluation des réseaux, comme posant des problèmes auxquels ils ne trouvaient pas de réponse. Le réseau « Santé VIH Côte Basque » a alors proposé la mise en place d'un groupe régional de réflexion ; ce sont les travaux de ce groupe qui ont permis la production de ce document.

Le but est de fournir un guide pratique permettant de construire une évaluation.

Il est rédigé par les professionnels de six réseaux qui se sont adjoint un médecin de santé publique et un chargé de mission URCAM pour la partie financeur. Ils ont également souhaité avoir des avis d'experts et ont travaillé dans cette optique avec deux groupes de recherche : le CCECQA (Comité de Coordination d'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) et le GRAPHOS, qui est le laboratoire de recherche sur les systèmes et organisations de santé de Bayonne.

2. Le second travail analysé est le document « Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique », publié par l'ANAES en octobre 2001

Il s'agit là, de la suite d'un précédent document « Principes d'évaluation des réseaux de santé », publié par l'ANAES en 1999⁷, et élaboré selon la méthodologie classique de l'ANAES, à savoir la constitution d'un groupe d'experts qui travaille à partir d'une revue de la littérature, avec une validation par le Conseil scientifique de l'ANAES. L'ANAES elle-même et ses partenaires institutionnels ont jugé que ce document ne fournissait pas, ni aux professionnels de terrain, ni finalement à ceux qui étaient amenés à les juger, une boîte à outils suffisamment concrète et opérationnelle pour en tirer des leçons pour l'action.

Dès 1999, la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins demandent conjointement l'inscription au programme de travail de l'ANAES d'un volet pratique à cette première étude. De son côté, l'ANAES cherche à adapter le principe de l'accréditation aux formules de coopération entre offreurs de soins prévues par le code de la santé publique. En effet, l'accréditation, lancée depuis 1999 en ce qui concerne les établissements de santé, doit s'étendre à deux catégories principales de coopération ou de coordination : les groupements de coopération sanitaire et les réseaux de santé.

⁷ Disponible en ligne sur www.anaes.fr

L'objectif que se fixe ce guide est de produire un outil opérationnel pour les réseaux et ceux qui les jugent dans l'optique d'aboutir à cette accréditation.

Il faut noter que ce document n'a pas été rédigé selon les règles habituelles des publications ANAES. Il a été rédigé de façon interne, même si un groupe « projet » s'est mis en place et a permis un dialogue en particulier entre la Mission Evaluation Réseaux de Soins de l'ANAES et les institutionnels, puis a été validé par le Conseil scientifique. Cela me paraît intéressant de noter que pour produire un outil dit opérationnel, l'ANAES ne peut pas travailler selon sa méthode habituelle et qu'elle met en place une structure spécifique pour produire cette boîte à outils.

3. Enfin, le document co-écrit par le CREDES et le groupe IMAGE-ENSP

C'est une publication issue d'une démarche de formation/action qui s'est mise en place à la demande de la CNAMTS et qui était destinée aux URCAMs et aux échelons régionaux du Service Médical, ces deux types d'acteurs intervenant de façon un peu différente dans les réseaux de soins.

Les échelons régionaux du Service Médical ont souvent été associés très en amont à la construction des projets SOUBIE (ou ex-SOUBIE) c'est-à-dire des expérimentations du code de la Sécurité sociale. Les URCAMs sont plus concernées par les évaluations en amont des réseaux qui sont financés par le FAQSV.

L'objectif que se fixe ce document est d'aider ceux qui portent un jugement sur la pertinence d'un projet de réseau expérimental. Bien sûr, les auteurs se sont rapidement extraits de ce champ de départ pour en fait, construire une boîte à outils qui concerne tout type de réseau. Mais le point de départ, c'est celui-là. Et on sera amené à voir qu'il est quand même relativement prégnant sur différents aspects du document.

Le document est rédigé par des économistes et par des médecins chercheurs, en interaction avec les personnes qui ont suivi la formation/action.

4.2. Définitions et enjeux des réseaux : quelle évaluation

Dans cette partie, je vais vous présenter la position adoptée par chacun des trois documents concernant la définition et les enjeux des réseaux. On verra ensuite comment le choix de privilégier tel ou tel enjeu conduit à proposer des procédures d'évaluation sensiblement différentes.

4.2.1. La définition des réseaux

Le document FAR-URCAM ne cherche pas à proposer une définition propre de ce qu'est un réseau de soins. Il évoque la typologie de la circulaire de 1999⁸ et semble donc l'adopter, ce qui est logique puisque cette circulaire ne portait pas de jugement de valeur sur les différents types de réseaux, mais constatait simplement leur *existence sur le terrain*. Ces réseaux sont le fruit de logiques d'acteurs, notamment la logique militante que nous a présentée Monsieur Ménard tout à l'heure, mais également de l'institution réglementaire de catégories de réseaux (et donc de financement) très différentes.

⁸ Circulaire DGS/DAS/DH/DIRMR n°99-648 du 25 novembre 1999.

Cependant, lorsque l'on regarde bien les fiches pratiques qui sont proposées dans le document, on constate qu'en fait, les professionnels ont une idée très précise de ce qu'est le réseau, que ce n'est pas forcément celle qui émerge des textes (notamment de la circulaire de 1999) et qu'ils sont très engagés. Ils ont donc un discours très militant sur ce que doit être la pratique collective en réseau.

Pour le document ANAES, on a au contraire, une définition qui se veut normative : « *le réseau est une forme organisée d'action collective apportée par les professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population à un moment donné et sur un territoire donné* ». Cette définition n'est pas exclusive de l'ANAES puisque c'est celle dans laquelle se retrouvaient à l'époque le Ministère de la Santé (en particulier au travers de la DGS, très motrice sur les réseaux à ce moment-là) et la Coordination Nationale Des Réseaux au cours de ses journées annuelles.

Pour ce qui concerne le document CREDES-IMAGE, on voit bien le point de vue du chercheur : le réseau est avant tout un objet de recherche. Il est une organisation qui produit *des services* (il est donc un objet économique, ou du moins un sujet économique) ; il est aussi une dynamique d'acteurs et donc un espace de construction collective de nouvelles références professionnelles. On retrouve bien là, un certain nombre de caractéristiques que M. Ménard a appelé tout à l'heure les invariants des réseaux.

4.2.2. Les enjeux des réseaux

Pour le document FAR-URCAM, il s'agit de constituer un nouveau mode d'organisation des soins. Si le guide ne donne pas de définition explicite des réseaux, il est révélateur du fait que les professionnels, promoteurs de réseaux, partent d'un diagnostic de ce qu'est le système de santé à un moment donné et qu'ils recréent une définition à partir des enjeux du réseau qu'il crée une définition en creux, en négatif ou en opposition, comme on veut.

Le réseau est implicitement défini comme une forme de production de soins qui permet : d'une part, de proposer des nouveaux modes de prise en charge, soit du fait d'une insuffisance, soit d'une mauvaise prise en charge du système classique et d'autre part, de rechercher une économie et/ou une amélioration d'efficacité par rapport aux autres formes de prise en charge.

Pour l'ANAES, on retrouve de façon beaucoup plus structurée, les différents objectifs que les textes législatifs et réglementaires fixent aux réseaux :

- décloisonner le système de santé,
- replacer le patient au cœur du système,
- améliorer l'efficacité du système.

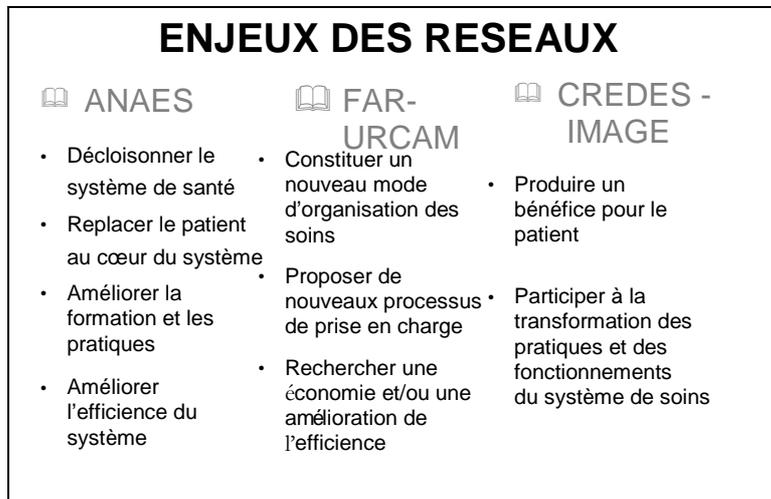
L'ANAES ayant sa logique propre, ou sa raison d'exister met en avant un point qui était sous-entendu mais pas exprimé de façon explicite par les textes de l'époque : améliorer la formation et les pratiques.

Dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 1999, au travers du FAQSV (même s'il n'était pas destiné exclusivement au financement de réseau) et dans les autres textes, que ce soit le Code de la santé publique, le Code de la sécurité sociale ou les différentes circulaires qui ont pu paraître, cette notion d'amélioration des formations et les pratiques n'étaient pas explicitées.

Les enjeux mis en avant dans le document CREDES-IMAGE sont tout à fait en lien avec la définition des réseaux qui a été donnée précédemment.

Le premier enjeu des réseaux est de produire un bénéfice pour le patient. C'est vraiment ce qui justifie l'existence du réseau du point de vue des auteurs de ce document. Deuxièmement, il participe à la transformation des pratiques et du fonctionnement du système de soins.

C'est avant tout, une innovation organisationnelle qui transforme la règle du jeu dans le système de soin, au bénéfice des patients et dans une visée d'amélioration de la performance globale du système de soins. C'est donc un point de vue assez engagé et non pas simplement un point de vue de chercheur neutre. Il n'y a pas en fait, de neutralité dans ces documents.



Pour résumer :

- selon le guide FAR-URCAM, les professionnels se positionnent en complément d'une offre de soins existante et cherchent à démontrer qu'ils ne constituent pas un surcoût ;
- selon l'ANAES, le réseau est une solution aux problèmes auxquels le système de santé actuel est confronté (coordination des soins, place du patient, qualité des soins, coût) ;
- selon le guide CREDES-IMAGE, le réseau constitue une innovation organisationnelle qui change la règle du jeu dans le système de soins au bénéfice des patients et pour une amélioration de la performance du système.

4.3. Les conséquences de ces définitions et enjeux sur l'évaluation des réseaux

L'un des mérites du document FAR-URCAM est d'être d'une très grande transparence sur les objectifs ou sur les contraintes qui pèsent sur les acteurs professionnels.

Il est dit au début du document, que l'évaluation est au cœur de la qualification des réseaux. Donc on évalue, certes pour soi-même et pour adapter la structure que l'on a mise en place aux besoins, aux évolutions du système, mais on évalue également parce que l'on nous le demande et parce que pour obtenir des financements, il est nécessaire de construire une évaluation correspondant à l'attente des financeurs.

Je ne dis pas qu'il n'y aurait pas eu d'évaluation sans cette obligation. Je dis simplement que cette obligation transforme le champ de l'évaluation pour les professionnels concernés.

Le champ d'évaluation, tel que le définit ce document, c'est la capacité du réseau à s'adapter en permanence à la fois aux besoins de la population à laquelle il est destiné et à l'évolution de son environnement réglementaire de santé, etc.

Pour l'ANAES, je dirais que par rapport au document de 1999, ce qui est extrêmement prégnant dans ce document, c'est que l'évaluation doit s'adapter en permanence à l'état de construction du réseau.

Il y a quelques tableaux qui sont très intéressants de ce point de vue-là dans le document, qui explicitent : ce que doit être l'évaluation, par qui elle doit être opérée, et comment elle doit être opérée en fonction des différentes étapes de construction du réseau, que ce soit au moment du montage du projet, à la phase de lancement, à la phase de recherche du financement, ou à la phase finale.

Le document ANAES insiste énormément sur l'évaluation finale du réseau, ce qui correspond bien à un besoin institutionnel des commanditaires de l'étude. Il s'agit d'agréer des réseaux, mais il s'agit aussi de pouvoir dire si les réseaux sont pertinents dans le système de soins et à quoi ils doivent servir.

Le document CREDES-IMAGE définit le réseau comme étant une structure innovante donc comme une organisation. L'évaluation sera dès lors très ancrée dans la logique de l'évaluation des programmes de santé. Par contre, puisque c'est une dynamique d'acteur, le réseau ne rencontre pas, dans le champ scientifique, les règles de son évaluation. Il faut donc construire une boîte à outils surtout pour prendre en compte cette deuxième caractéristique, qui permettra l'évaluation des processus dans un objectif de détection d'amélioration du service rendu pour le patient, puisque le patient est au cœur du réseau.

EVALUATION DES RESEAUX		
ANAES	FAR - URCAM	CREDES - IMAGE
☞ L'évaluation doit évoluer dans le temps en fonction du degré de maturité du réseau	☞ Evaluation au cœur de la qualification des réseaux	☞ Structure innovante principes d'évaluation des formes d'action collective
☞ L'évaluation permet de juger de la pertinence d'un projet et des résultats concrets d'un réseau	☞ Recherche de la Capacité du réseau à S'adapter besoins du moment pour tendre vers un Idéal en évolution	☞ Dynamique d'acteurs évaluation des processus (amélioration du service rendu)

4.4. Précision des différents modes d'évaluation proposés par chaque document

Chaque document propose une évaluation cohérente avec les définitions et enjeux des réseaux qui lui servent de socle. Ils respectent tous la même structure, en rappelant en premier lieu le cadre général de l'évaluation, dont on observe qu'il est très comparable dans les trois documents même si le vocabulaire utilisé est différent ; puis en développant des recommandations qui révèlent des positions plus spécifiques.

4.4.1. Cadre général commun aux trois documents

Les trois documents dessinent en premier lieu le cadre général de l'évaluation qui permet de préciser les éléments qui doivent être pris en compte dans le choix du calendrier de l'évaluation, de ce qu'il faut évaluer, du comment le faire, pour qui et par qui l'évaluation doit être conduite. Ils sont assez convergents en la matière. Ainsi, par souci de clarté, nous nous appuyerons plus spécifiquement sur le document FAR-URCAM pour présenter les choix méthodologiques communs.

Quand évaluer ?

- L'évaluation doit être envisagée avant même que le réseau fonctionne réellement donc au moment de sa construction ;
- on doit déjà avoir justifié l'existence même du réseau par rapport aux besoins locaux et par rapport aux structures existantes ;
- on doit avoir défini des objectifs ;
- on doit s'être donné les moyens de remplir ces objectifs ;
- on doit aussi pouvoir évaluer le réseau pendant ses phases de développement : soit lorsqu'il a atteint un palier de relative stabilité, soit lorsqu'il est confronté à des changements, consécutifs à des analyses de dysfonctionnements ou à une évolution du contexte.

Que faut-il évaluer ?

Les trois documents reprennent complètement la logique de l'évaluation des problèmes de santé, en distinguant l'évaluation des structures, des processus mis en œuvre et des résultats.

Extrait du guide FAR-URCAM, p.7

La **structure** correspond au cadre juridique du réseau, à ses objectifs, au nombre d'adhérents, aux moyens humains, matériels et logistiques, etc.

Les **processus** comprennent d'une part les processus de prise en charge de la population cible du réseau (soins, prévention, ...), d'autre part les processus d'organisation du réseau (coordination des acteurs, formation, analyse des dysfonctionnements, etc.).

L'analyse des **résultats** se fait au niveau médical, économique, sanitaire et/ou social. (...) L'évaluation ne peut s'envisager que dans des phases de relative stabilité du réseau.

Comment évaluer ?

Le principal apport de ces trois documents est de démontrer qu'il existe une grande diversité de modes de recueil de données et qu'il faut impérativement les prendre tous en considération à leur juste place pour remplir l'objectif de l'évaluation. On va donc combiner des analyses objectives et quantitatives, selon des méthodes très connues et très bien écrites, mais aussi des recueils de données de type qualitatif. Les méthodes qualitatives disponibles sont nombreuses ; l'analyse peut se faire à partir de la consultation de documents existants (documents historiques du réseau, comptes rendus de réunions, etc.), ou à partir d'entretiens semi-directifs ou de questionnaires de satisfaction auprès des institutionnels, des professionnels et des patients.

Pour qui évaluer ?

Le document distingue : la logique d'évaluation interne, qui doit répondre aux besoins des professionnels impliqués dans le réseau et leur permettre d'adapter en permanence le réseau aux besoins ; et la logique d'évaluation externe qui correspond plus à la logique institutionnelle dont on parlait tout à l'heure, c'est-à-dire à l'exigence d'informations sur le réseau permettant de motiver une décision, que ce soit pour sélectionner certains réseaux, pour pérenniser un financement, ou pour généraliser l'organisation en réseau des soins concernés.

J'ouvre une parenthèse: j'utilise la terminologie « soins » pour faire bref, tout en partageant complètement ce qu'a dit Monsieur Ménard sur le fait que les réseaux correspondent à une logique plus large de « santé », comprenant la « prévention » et l'« intégration des volets sociaux et psychologiques ».

Qui évalue ?

Il est intéressant de constater que, finalement, les trois documents disent la même chose de ce point de vue, à savoir qu'il faut absolument qu'il y ait une appropriation de l'évaluation par les professionnels du réseau. Pour arriver à ce résultat, il est très important, que les professionnels construisent eux-mêmes la structure de l'évaluation interne.

Dans le document FAR-URCAM, on parle de cellule d'évaluation interne, dans d'autres documents, on parlera de groupe/projet, mais peu importe.

Il reste que du fait de la complexité du problème, il s'avère souvent nécessaire de faire appel à des experts en évaluation. A ce propos, le document FAR-URCAM prend plus position que les deux autres documents en disant qu'il faut travailler en association avec ces experts et non leur déléguer l'évaluation. Pour les autres documents, c'est un peu moins clair et c'est surtout implicitement exclu par le niveau d'exigences de l'évaluation qu'ils sous-tendent.

4.4.2. L'évaluation selon le document FAR-URCAM

Une fois précisé ce cadre général commun aux trois documents, le document FAR-URCAM se focalise sur deux aspects de l'évaluation :

- d'une part, l'évaluation du fonctionnement du réseau ;
- d'autre part, l'évaluation ponctuelle de certaines actions afin de mesurer, à un moment donné, la réussite de certains objectifs opérationnels sur la base de résultats intermédiaires.

La grande richesse de ce document est d'avoir décliné cette problématique de l'évaluation du fonctionnement du réseau en objectifs généraux et en objectifs opérationnels, d'avoir explicité les résultats que l'on peut attendre, et d'avoir proposé un certain nombre d'indicateurs.

Les fiches extrêmement pratiques que proposent le document aux professionnels sont divisées en trois grands objectifs que sont : l'évaluation des processus d'organisation du réseau ; l'évaluation de la prise en charge ; l'évaluation économique. Chacun de ces objectifs est décliné en sous-thèmes.

FAR & URCAM

Modèles concrets de grilles d'évaluation

- **Évaluation des processus d'organisation du réseau**
Décloisonnement du système de soins / Droits et obligations des professionnels / Droits des patients / Système d'information / Elaboration et pertinence des Processus / Réorganisation de l'offre de soins / Satisfaction des professionnels et des patients
- **Évaluation de la prise en charge**
Accès aux soins / Continuité et coordination des soins / Formation des professionnels / Elaboration de référentiels et protocoles / Définition et respect du plan de soins / Education des patients / Prise en charge globale / Qualité des soins
- **Évaluation économique**
Coûts de structure / Coût des activités / Coûts médicaux / Maîtrise médicalisée
Des réponses

Quoi que le traitement soit déjà très riche, deux points auraient pu faire également l'objet d'un développement sous la forme d'une fiche.

1. La définition et le respect du plan de soins. Cette notion est maintenant bien connue ; elle a été mise en avant, depuis la publication du document, lors de différentes journées de réflexion sur les réseaux. Cependant, au moment de la rédaction du document, c'était vraisemblablement encore une notion qui n'était pas partagée de façon consensuelle par les acteurs des réseaux eux-mêmes, les institutionnels et les financeurs. Il s'agit là d'une nouvelle conception de la pratique professionnelle individuelle qui a un impact très fort sur la qualité des soins et sur l'évaluation des pratiques.

2. L'éducation des patients. Là encore, ce thème est aujourd'hui présenté de façon quasi systématique comme étant un objectif des réseaux. L'éducation des patients est chronophage, coûteuse, difficile à évaluer et ne constituait pas une exigence institutionnelle vis-à-vis des réseaux. Cependant, c'est un engagement très fort des professionnels, qui s'inscrit dans la réflexion sur la place du patient dans le réseau et dans sa propre prise en charge.

4.4.3. L'évaluation selon le document ANAES

On retrouve dans ce document, la même logique que dans la circulaire de 1999 ; mais avec une méthode différente. Après avoir constaté que l'analyse de la littérature ne permet pas de produire une boîte à outils opérationnelle, la logique est d'aller à la rencontre d'une vingtaine de réseaux, pour en tirer des enseignements.

A partir de l'observation de ces réseaux et d'interviews menées auprès des acteurs concernés – professionnels et institutionnels –, le document cherche à tirer un certain nombre de leçons permettant de garantir que les réseaux soient pérennes et fonctionnent de façon cohérente, compte tenu d'objectifs qui seraient plutôt des objectifs institutionnels.

On retrouve la même logique que dans le manuel de l'accréditation : il s'agit de fixer aux réseaux des objectifs, que l'on décline en références qui font office d'objectifs intermédiaires. Il revient aux acteurs du réseau de trouver les indicateurs qui correspondent à ces objectifs dits opérationnels.

Bien sûr, certains indicateurs sont sous-entendus, mais ils ne sont jamais exprimés de façon explicite : le professionnel a, au moins, la moitié du chemin à faire pour rentrer dans le cadre que lui propose l'ANAES, sous la forme de sept préconisations pour l'évaluation des réseaux, de quatre cadres de référence et de six dimensions d'évaluation.

Sept préconisations générales pour l'évaluation des réseaux

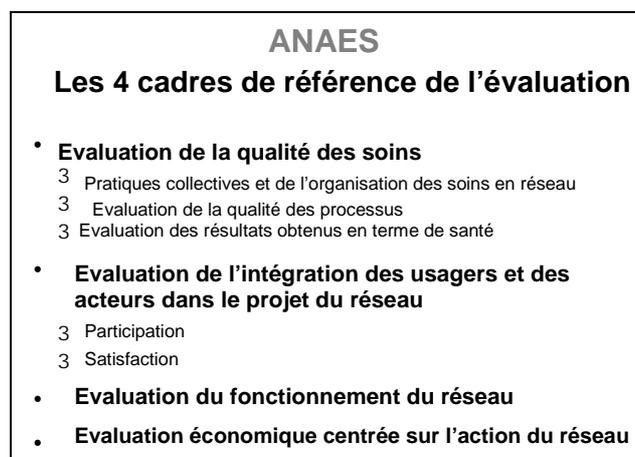
1. L'évaluation doit être inscrite dans tous les temps-clefs de la démarche/projet, elle est donc présente à tous les moments comme outil de construction du réseau. Ainsi, au travers de la réflexion que les professionnels mènent entre eux, mais également avec les patients et les institutionnels, l'évaluation permet et participe à la construction même du réseau et donc à sa pérennité. L'évaluation déclinée aux différentes phases de la construction et de l'action constituerait une garantie que le réseau n'est pas complètement déconnecté de la réalité à un moment donné.
2. L'évaluation doit être fondée sur une définition négociée collectivement du projet de réseau. C'est la déclinaison logique de ce qui précède. L'évaluation ne peut pas correspondre à la seule vision des professionnels promoteurs du réseau, pas plus qu'elle ne peut être la construction d'un organisme extérieur, ou des institutionnels qui ont un certain nombre d'exigences, ne serait-ce qu'en termes d'aménagement du territoire par rapport aux structures de santé dont ils assurent la tutelle. Donc l'évaluation doit être le fruit du dialogue qui s'est instauré dans ce cadre-là.
3. L'évaluation doit être fondée sur des objectifs généraux. C'est très clair : l'évaluation doit répondre point par point à la finalité que s'est donné le réseau, cette finalité étant déclinée en un certain nombre de thématiques.
4. Les objectifs opérationnels doivent être compris et acceptés par tous. L'ANAES demande au réseau de traduire, pour les professionnels impliqués, les objectifs opérationnels qu'il se donne. Cela signifie que chaque professionnel du réseau doit être capable de ré-exprimer les objectifs opérationnels du réseau à sa façon et de manière cohérente. Mais il

faudrait aussi s'assurer que les institutionnels et les usagers les ont également bien compris ; cela suppose qu'il y ait eu un travail d'appropriation réciproque de ces objectifs, au-delà même du dialogue qui a permis la construction.

5. Le cadre d'évaluation doit reposer sur quatre référentiels qui sont la traduction pratique de ceux qui étaient développés dans le document de 1999. Ces quatre points seront repris plus en détail plus loin.
6. L'évaluation doit permettre le suivi de l'action. Là, on est plus dans la logique institutionnelle par rapport à la première préconisation qui était l'évaluation comme élément de la construction du réseau. L'institutionnel doit trouver dans les éléments d'évaluation que s'est donné le réseau, de quoi nourrir sa réflexion, que ce soit pour donner un avis sur un financement, pour donner un avis sur le maintien d'un agrément – pour peu que cette notion existe encore – ou pour faire l'évaluation finale de l'intérêt et de la pertinence d'un réseau sur un territoire déterminé par rapport à une pathologie donnée. De mon point de vue — et du coup, je sors de mon objectivité de principe —, on demande aux réseaux de faire le travail que devraient faire les institutionnels ; ce n'est *a priori* pas au réseau de démontrer, de façon comparative sur le territoire, qu'il peut apporter une plus-value par rapport à un autre type de réseau ou à un autre type de prise en charge. Par contre, il est légitime qu'on lui demande de fournir un certain nombre de données permettant aux institutionnels ou aux financeurs, de faire ce travail d'analyse comparative.
7. Enfin, dernière préconisation, l'ANAES met un peu en avant, le caractère impératif d'une évaluation finale du réseau. Même si ce n'est pas une évaluation qui se fait en fin d'activité du réseau, c'est une évaluation qui se fait à un moment où le réseau a développé les actions spécifiques qu'il se proposait de mettre en œuvre. Il s'agit alors de porter un jugement sur sa pertinence.
Sans reprendre mon commentaire précédent, c'est un peu la même chose : l'institutionnel veut trouver dans le cadre d'évaluation mis en place, les éléments qui vont lui permettre de porter ce regard sur la performance globale du réseau.

Quatre cadres de référence pour l'évaluation selon l'ANAES

Revenons sur la cinquième préconisation qui replace l'évaluation des réseaux dans quatre cadres de référence qui sont une traduction pratique de ceux qui figuraient dans le document de 1999.



1. L'évaluation de la qualité des soins, autrefois appelé « évaluation médicale » est un premier cadre de référence qui s'intéresse à trois champs principaux :
 - a. les pratiques collectives et l'organisation des soins en réseau ;
 - b. l'évaluation de la qualité des processus ;
 - c. l'évaluation des résultats obtenus en termes de santé. C'est en quelque sorte, l'évaluation médicale au travers des pratiques.
2. L'évaluation de l'intégration des usagers et des acteurs dans le projet de réseau était appelée « l'évaluation sociale » dans le document de 1999.
L'ANAES – comme les autres documents d'ailleurs – insiste sur le fait que cela recouvre aussi bien la satisfaction des usagers ou des utilisateurs du réseau, que la participation des usagers. Il s'agit ici d'évaluer la part qu'ils prennent dans la construction et le fonctionnement du réseau, dans les types de prises en charge qui leur sont proposés, et ainsi que leur position par rapport à leur propre prise en charge en santé,
3. L'évaluation du fonctionnement réseau. De façon très cohérente avec les autres documents, l'ANAES rappelle qu'il s'agit de se reporter à la littérature scientifique sur l'évaluation des programmes de santé et donne un certain nombre de détails sur ce qui lui semble devoir être évalué dans ce cadre-là.
 - a. L'évaluation du pilotage du réseau lui-même permet de porter un jugement sur la dynamique du projet de réseau.
 - b. L'évaluation de l'organisation permet de porter un jugement sur l'utilisation des ressources et les moyens que se donne le réseau pour atteindre ses objectifs.
 - c. L'évaluation de l'action collective permet de porter un jugement sur l'engagement des acteurs dans la dynamique de réseau.
 - d. L'évaluation des scénarii prospectifs permet de juger de la capacité du réseau à s'adapter au fil de l'eau aux besoins, à ses propres dysfonctionnements, à son environnement ou au contraire de juger de son incapacité à répondre à un certain nombre d'objectifs initiaux.
4. L'évaluation économique, centrée sur l'action du réseau, doit permettre de juger de l'efficacité des moyens mis en œuvre et des financements donnés, compte tenu des résultats atteints. Le document fait référence à un certain nombre de démarches scientifiques : techniques de minimisation des coûts, etc., mais n'explique pas aux acteurs, ni aux institutionnels, comment ils peuvent concrètement construire ce bout-là de l'évaluation.

Six questions posées par l'évaluation d'un réseau selon l'ANAES

Enfin, l'ANAES propose six questions auxquelles l'évaluation d'un réseau doit pouvoir répondre. L'intérêt est de présenter l'évaluation sous un jour plus concret et de permettre de structurer la démarche. A ce stade, je dois vous avouer que j'ai un peu triché parce que ces six dimensions de l'évaluation d'un réseau, sont, en fait, issues du document de 1999. Dans le document de 2001, ce sont les cinq dimensions d'un programme qui sont évoquées, deux des dimensions de 1999 ayant été regroupées. Je trouvais que finalement, le document de 1999 était plus clair et j'ai donc préféré en reprendre la formulation.

ANAES

Les 6 dimensions de l'évaluation d'un réseau

- Efficacité : le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Cohérence : qualité des processus mis en œuvre et des résultats atteints ?
- Satisfaction des personnes prises en charge ?
- Pertinence : apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des processus et les résultats ?
- Efficience : coûts engendrés par le réseau pour atteindre les résultats ?
- Effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?

4.4.4. L'évaluation selon le document CREDES-IMAGE

Comme les deux autres documents, ce document rappelle les grands principes qui doivent guider l'action. Ensuite, le document détaille cinq dimensions (l'équivalent des cadres de référence de l'ANAES) sur lesquelles l'évaluation doit porter.

Un cadre méthodologique général

J'ai essayé à chaque fois de reprendre le vocabulaire utilisé par les auteurs, ma présentation revient donc sur des notions déjà abordées, en essayant de mettre en valeur les spécificités de chaque document.

1. Définir les questions évaluatives communes. On est bien là, dans la phase de construction collective de l'évaluation par les membres du réseau et les partenaires du réseau, que se soient les patients (ou les patients potentiels et les populations auxquelles il s'adresse) ou les institutionnels, les financeurs, les évaluateurs, etc.
2. Elaborer un dispositif d'évaluation. Ce document présente de façon relativement détaillée, ce que peut être un dispositif d'évaluation, avec un Comité de pilotage incluant le réseau bien sûr, mais également les institutionnels, les experts en évaluation et les représentants des usagers. De ce Comité de pilotage, va être issu un groupe/projet chargé plus particulièrement des questions d'évaluation, qui va regrouper, mais de façon plus restreinte en nombre, les mêmes acteurs que le Comité de pilotage.
Ce dispositif d'évaluation ne correspond pas seulement à une structure, mais aussi à un certain nombre de moyens. Le réseau doit être doté d'un tableau de bord — et on retrouve là, la notion évoquée pour le document FAR-URCAM — reprenant la très grande diversité des types de recueil des données. On doit donc prendre en compte non seulement des éléments objectifs et chiffrés, mais également des documents plus qualitatifs, ou plus descriptifs et bien sûr, ne pas se priver de la technique de l'entretien semi-directif avec les acteurs du réseau et avec tout leur environnement.
3. Préciser les finalités et les destinataires de l'évaluation. Là encore, il y a une description de chercheurs sur les différents types d'évaluation et les différents intérêts de cette évaluation. Sans reprendre fidèlement ce qui est écrit, je reviendrai sur trois aspects présentés comme indissociables d'une évaluation.
 - a. L'aspect cognitif de l'évaluation : elle doit être productive de connaissances et donc de données. C'est un point peut-être un peu éloigné des préoccupations directes des acteurs de terrain, mais très intéressant pour le chercheur et sans doute aussi pour les institutionnels dès lors que le chercheur aura un peu plus débrouillé le sujet.

- b. L'aspect normatif de l'évaluation : elle doit permettre de produire un jugement. Là, on revient sur l'intérêt de la comparaison de la performance du réseau, soit par rapport à un autre réseau sur un autre territoire à pathologie et à objectifs équivalents, soit par rapport à un autre type de prise en charge du même problème de santé, ou de la même population. Cela repose la question évoquée précédemment, à savoir : est-ce le rôle des professionnels du réseau, ou est-ce le rôle des institutionnels de se réappropriier des données produites par le réseau pour conduire cette évaluation normative ?
- c. L'aspect instrumental de l'évaluation : elle doit constituer une aide à la décision. Cet aspect concerne plus directement les professionnels ; l'évaluation permet d'élaborer des conclusions opérationnelles, ou d'élaborer des stratégies de changement du réseau, de son mode de fonctionnement par rapport à l'évaluation qui est réalisée à un moment donné.

Par ailleurs, le document CREDES-IMAGE veut dépasser le concept d'évaluation interne/externe. Mais je crois que les autres documents, en le disant moins explicitement, l'ont fait également. Il ne s'agit pas de construire deux évaluations différentes l'une ayant un objectif interne, l'autre un objectif externe. Il est nécessaire que ce soit la même évaluation qui permette finalement de porter des points de vue différents sur les mêmes résultats.

4. Trouver le bon moment de l'évaluation. Le document CREDES-IMAGE a la même appréciation que les autres documents sur la nécessité que cette évaluation se fasse de manière continue dans le temps. Elle s'adapte dans le temps, aux changements, aux besoins différents, aux financements différents, etc. ; et les auteurs se retrouvent avec l'ANAES pour identifier l'évaluation comme mode de construction de la pratique collective.
5. Trouver les bons outils. Le réseau est une innovation organisationnelle à laquelle aucune boîte à outils méthodologique ne correspond exactement. Le document CREDES-IMAGE nous propose une grille d'analyse du réseau au travers de cinq dimensions principales.

Les cinq dimensions de l'évaluation d'un réseau de santé selon CREDES-IMAGE

1. L'impact du réseau sur les patients et usagers. Lorsque l'on regarde la grille d'analyse proposée par le CREDES-IMAGE, on se rend compte – et en fait, c'est logique – que les chercheurs ne portent pas un regard extérieur, « neutre », mais sont très engagés et qu'ils ont une vision du réseau qui est très volontariste par rapport à la place qu'il devrait prendre dans le système de santé, mais peut-être aussi et surtout, par rapport à la place que le patient, l'utilisateur, la personne concernée par l'action du réseau doit prendre de ce point de vue.

Le document met en avant, comme celui de l'ANAES, deux volets : la participation des patients et l'impact de la prise en charge. Outre la présentation des outils statistiques disponibles, le document insiste sur la nécessité d'utiliser des outils qualitatifs pour traiter de cette dimension.

Pour ce qui concerne la participation des patients, il faut essayer de faire émerger les processus que le réseau a mis en œuvre pour permettre au patient de prendre la place qui doit être la sienne : sa place au moment de la construction du réseau, sa place dans la définition des attentes et donc des objectifs que le réseau se donne : objectifs en termes de prise en charge, objectifs en termes de participation à la prise en charge, objectifs par rapport à la qualité de vie du patient, de son entourage et les objectifs à attendre par rapport aux résultats finaux de la prise en charge. Cette recherche est menée au travers de documents et d'entretiens semi-directifs.

2. Le document CREDES-IMAGE introduit dans cette dimension l'évaluation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients. Il faut souligner, à ce stade, une recommandation que les auteurs adressent aux professionnels : ne pas construire eux-mêmes des outils spécifiques qui ne seraient pas validés, ou alors s'ils les construisent, les valider, en tenant compte de la difficulté méthodologique et des risques d'interprétations biaisées des résultats qui seront mis en avant ; en conclusion préférer l'utilisation des documents validés et traduits qui existent.
3. La conséquence du réseau sur l'organisation des soins (les trajectoires de soins) et sur les pratiques individuelles et collectives des professionnels. Cette avec cette deuxième dimension que le document CREDES-IMAGE présente le point de vue le plus original et explicite complètement cette position. Pour les auteurs, à partir du moment où il s'agit de replacer le patient au cœur du réseau et au minimum d'améliorer le service rendu à ce patient, il est nécessaire d'améliorer sa trajectoire. L'optimisation des trajectoires est donc au cœur des réseaux, elle doit être soutenue par l'amélioration des interfaces entre les professionnels. Il y a donc clairement un jugement sous-entendu par rapport aux trajectoires actuelles ou à l'absence de trajectoire, ou à la trajectoire morcelée auxquelles est confronté le patient. Mais il y a aussi de façon explicite, l'obligation faite au réseau de travailler sur le plan de soins, de travailler sur la mise en œuvre ou la création de protocoles de prise en charge, ou d'élaborer finalement un schéma de prise en charge avec des points de passages obligés et de comparer avec ce qui se fait réellement.
4. Les conséquences du réseau sur les partenariats au sein du réseau. C'est la dimension la plus centrée sur l'intérieur même du réseau. Si le réseau veut remplir son objectif, il doit réellement travailler sur la complémentarité entre acteurs, il doit réellement travailler sur le décloisonnement entre structures et il doit donc avoir mis en œuvre par rapport à cela, des processus très précis et des démarches spécifiques telles que des formations collectives, des staffs pluridisciplinaires, etc. Quelles innovations en matière d'incitations financières et de rémunération des professionnels ? Le réseau doit s'interroger sur les innovations qu'il a permis de mettre en place, ou qu'il demande de mettre en place en matière d'incitation financière et de rémunération des professionnels. Il faut souligner que c'est le seul document qui évoque ces questions alors que lorsque l'on parle aux professionnels des réseaux, c'est peut-être un des points qui émerge le plus rapidement parce que c'est le nerf de la guerre et que le bénévolat a ses limites.
Je regrette cependant que le document n'en parle que de façon finalement assez brève puisque, après avoir rappelé l'exigence d'inclure ce point dans l'évaluation, les auteurs indiquent que ce n'est pas quelque chose qui est institutionnalisé, et pour cause. Il n'y a pas de financement de l'organisation qui soit systématisé même si le FAQSV est devenu un financeur important.
Au-delà de la coordination et du financement de toutes les fonctions nouvelles qui sont celles qui émergent dans les réseaux et qui n'existent pas dans le système des soins plus classiques – ou seulement dans certaines structures spécifiques comme l'hospitalisation à domicile par exemple –, on nous parle aussi des incitations financières qui permettent de respecter les trajectoires de soins avec un professionnel qui va être référent – ce terme n'est pas employé dans le document, mais peu importe – de la prise en charge, avec la possibilité d'un changement complet de mode de rémunération au travers de la mise en place de forfaits (forfait de suivi, forfait de première prise en charge, forfait d'évaluation, etc.).
5. L'impact du réseau sur la réorganisation de l'offre de soins. Le document CREDES-IMAGE nous dit clairement que ce n'est pas le travail du réseau lui-même, mais le travail des institutionnels et des financeurs. Finalement, on part d'un diagnostic critique sur le fonctionnement actuel du système de soin et à un moment donné, il sera indispensable d'évaluer ce que propose le réseau, ce qu'il permet réellement par rapport à cet objectif de réorganisation.

L'analyse des coûts

Le CREDES et IMAGE ont fait un énorme travail sur l'évaluation économique et l'analyse des coûts en réseau. J'ai simplement repris ici, les différentes recommandations qui sont faites dans le document et auquel je vous invite à vous reporter.

1. On nous recommande fortement de mesurer les coûts en différentiel, c'est-à-dire par rapport à une situation de référence choisie de manière adaptée et en ne retenant que ce qui est spécifique au réseau.
2. Les coûts seront généralement calculés en référence à trois catégories d'acteurs (ou de financeurs) principaux : l'Assurance maladie (qu'est-ce qui coûte à la collectivité au travers du financement assurance maladie ?), les patients (qu'est-ce qui reste à la charge des patients avec le présupposé que c'est tout ce qui n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie) et les autres financeurs (qu'est-ce qui est pris en charge par d'autres financeurs, en particulier ceux qui ne sont pas supposés financer des logiques de santé parce que ce n'est pas forcément leur mission principale : les collectivités territoriales, les ARH, les associations, etc.). Le document nous recommande de prendre en compte les coûts directs, de mentionner les coûts indirects et de ne pas tenir compte des coûts intangibles.
Les coûts indirects peuvent être présentés en volume, c'est-à-dire sans nécessairement les valoriser monétairement, compte tenu des débats qui pèsent sur la nature de ces coûts et sur l'absence de méthode indiscutable de valorisation.
Les coûts intangibles sont par exemple l'évaluation du stress, l'évaluation des conséquences sociales, de la douleur, etc. Ils sont traduits dans les mesures de qualité de vie et ne relèvent pas de l'évaluation des conséquences économiques.
4. Valoriser les réseaux aux coûts réels. C'est la conclusion d'un long et intéressant chapitre sur l'intérêt de la standardisation des coûts, par rapport au calcul des coûts réels. Les auteurs concluent que l'on ne peut pas aujourd'hui adopter la logique du coût standardisé, ne serait-ce que du fait des difficultés liées au mode de financement des structures hospitalières. A terme cette standardisation leur semble nécessaire dans une démarche de comparaison, mais ce n'est pas du ressort des professionnels des réseaux.
5. Prendre en compte les séjours hospitaliers évités, soit en les valorisant monétairement, soit en les présentant en unités physiques. Cette partie est très intéressante théoriquement, mais de mon point de vue complètement inapplicable, ne serait-ce que parce que si l'hôpital n'est pas dans le réseau, qui va fournir au réseau les éléments nécessaires à cette valorisation des séjours hospitaliers ?
6. Déterminer un taux d'actualisation pour les projets pluriannuels. Les auteurs préconisent, ce qui est très intéressant pour le réseau d'un point de vue opérationnel, que l'Assurance maladie propose un taux d'actualisation qui serait utilisé de façon systématique pour les projets pluriannuels, de manière à pouvoir faire des comparaisons au-delà de la comparaison d'une année sur l'autre.
7. Présenter les calculs de coûts selon un intervalle de confiance. Il s'agit là, de tenir compte de l'incertitude qui pèse sur les données intégrées dans l'évaluation au moment où elle est conçue (nombre de patients qui sont supposés adhérer au réseau, nombre de professionnels supposés adhérer au réseau, taux d'actualisation, etc.). L'incertitude sur la « vraie » valeur de ces données peut infléchir les conclusions de l'évaluation, il est donc plus honnête scientifiquement de prendre en compte des variations possibles. Les résultats de l'évaluation seront alors présentés selon une fourchette.

4.5. Conclusion

En conclusion, je vous propose de rappeler les trois objectifs que se fixaient les documents et de souligner la plus-value de chaque document.

Le document FAR-URCAM répond à son objectif – fournir aux réseaux de tous types, un guide pratique d'évaluation – en particulier au travers des fiches pratiques qui lui sont annexées et auxquelles je vous encourage vraiment à vous référer. Je mettrais cependant un bémol, peut-être, sur la partie évaluation économique. L'analyse des coûts est rendue extrêmement lourde parce que les auteurs n'ont pas choisi d'écarter les coûts non spécifiques au réseau, correspondant à la prise en charge « classique » (alors même que certains sont mal connus). De plus, l'analyse telle qu'elle est proposée ne permet pas la comparaison d'un réseau à un autre, d'une région à une autre, ou d'un type de prise en charge à un autre puisqu'il privilégie un coût très local, en prenant en compte le coût des séjours hospitaliers de la région, tel qu'il pourra être donné par l'Agence Régionale d'Hospitalisation ou par l'Assurance maladie.

L'objectif du document de l'ANAES était de produire un outil opérationnel pour les réseaux et ceux qui les jugent, vers l'accréditation des réseaux. Le premier aspect – outil opérationnel pour les réseaux – a laissé la place au second ; l'ANAES a produit un document de travail très intéressant pour les institutionnels. Ce travail ouvre la voie de l'accréditation des réseaux puisque qu'il met en avant un certain nombre de références, qui sont relativement indiscutables de mon point de vue.

Le CREDES-IMAGE avaient pour objectif d'aider ceux qui portent un jugement sur la pertinence d'un projet de réseau expérimental. Le document ne s'est pas limité à ce premier objectif ; il permet de répondre dans une certaine mesure au cumul des trois objectifs. Cela ne va pas sans une certaine réserve que j'ai mise en avant point par point : si le document offre des exemples, des indicateurs concrets et qu'il est de ce point de vue facile à utiliser, certains aspects ne relèvent pas, selon moi, du professionnel, ou ne sont pas applicables par lui parce qu'ils ne disposent pas des outils, ou des données qui lui permettront de suivre toutes les recommandations.

Questions/Débats

Mme POLTON

A vous entendre exposer la partie économique du guide CREDES-IMAGE, il ressort que c'est une partie très technique et je n'ai pas perçu ce qui était l'un de nos objectifs : faire prendre du recul aux différents acteurs des réseaux par rapport au caractère un peu illusoire des évaluations économiques (du fait d'une incertitude certaine), et donner au lecteur l'idée qu'il y avait une très forte part de convention dans les calculs de coûts. Selon les conventions que l'on prend, les résultats peuvent beaucoup varier. Or parfois, dans les réseaux, on a l'impression que les acteurs y croient beaucoup, alors qu'il y aurait quand même lieu de prendre de la distance.

A vous entendre, je me suis demandé si c'était quelque chose qui était un peu passé ou si cela a été noyé sous la technicité des choses proposées auquel cas, c'est de notre part une autocritique.

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ

Effectivement, on comprend, qu'au travers de la référence que l'on choisit, et au travers de la difficulté d'avoir des coûts standardisés, on va peser sur l'évaluation elle-même et sur sa fiabilité.

Cela se traduit par des recommandations qui s'adressent plus au décideur, par exemple au travers du taux d'actualisation ou au travers de la tarification à la pathologie. J'ai été frappée par l'importance qui est accordée par cette démarche d'évaluation économique à l'arrivée (enfin) d'une tarification à la pathologie avec des standards par pathologie.

Par contre, je n'ai pas perçu le message d'alerte qui était : attention de ne pas trop y croire, ou de ne pas faire reposer le jugement, les yeux fermés, sur ce qui pourra émerger de l'évaluation économique.

M. GRIGNON

On n'a pas vraiment voulu dire qu'il faut y croire – ou ne pas y croire. Nous avons essayé de rattacher chaque type d'évaluation à un ensemble de principes.

En fait, notre volonté était plutôt en direction des institutionnels qui voyaient défiler des types très différents d'évaluations économiques : par exemple, certains comptent les coûts indirects et d'autre pas. Ils avaient de fait l'impression d'un énorme foisonnement sans queue ni tête de l'ensemble des méthodes d'évaluation et ce qu'ils nous demandaient, c'était de distinguer les bonnes façons de faire et les mauvaises.

Or il n'y a pas de bonnes et de mauvaises façons de faire ; derrière chaque type d'évaluation, derrière chacun des choix méthodologiques réalisés, il y a un modèle d'évaluation qui correspond à une spécification du système de santé et/ou du rôle des consommateurs et patients, des payeurs, etc. Nous avons voulu rapporter ces modèles implicites, mettre en évidence la relation qui peut exister entre un type d'évaluation économique, avec son cursus d'outils techniques, et la vision de la production de soins en réseau qu'elle implique de la part de celui qui propose l'évaluation.

M. FHIMA

Je vais être un peu provocateur. Est-ce que vous ne croyez pas que l'évaluation constitue un enjeu considérable pour un système en perte de vitesse – voire même qui a déjà explosé selon le point de vue dans lequel on peut se situer. Il y aurait un risque de faire jouer à l'évaluation un rôle de normalisation du système, qui se réapproprierait l'innovation pour en faire simplement une tarte à la crème à laquelle on peut associer les acteurs, les professionnels et les usagers en oubliant la dimension sociale.

Parce que ce qui me frappe, et ce qui est extrêmement important dans toute cette analyse que vous avez faite, c'est que la partie sociale sur les systèmes d'évaluation des réseaux n'est pas envisagée puisque l'on a focalisé essentiellement sur le soin, sur le degré de pertinence et sur l'analyse qui en est faite.

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ

Si la partie sociale n'est pas apparue dans ma présentation, c'est sans doute du fait que je suis issue du sanitaire. Mais elle est bien présente dans les trois documents, peut-être pas de façon aussi argumentée que la partie sanitaire, parce que peut-être moins bien connue par les rédacteurs eux-mêmes, mais elle apparaît quand même.

Bien sûr qu'il y a une réappropriation – et heureusement, je dirais – de ce qu'ont apporté les réseaux dans leur partie innovante, une réappropriation par les institutionnels de ce qu'ils souhaitent voir se diffuser à l'intégralité du système de santé. Je pense que dans leur réflexion sur la place des réseaux dans le système de soins, cela ne ressortira pas forcément en défaveur des réseaux. Je ne partage pas votre pessimisme.

M. VARROUD-VIAL

Vous avez noté que les présupposés étaient extrêmement marquants sur l'évaluation. C'est-à-dire que lorsque l'on décide, par exemple, de placer le patient au cœur du réseau, l'évaluation en est fortement marquée. Je crois qu'il y a un autre problème fondamental qui va déterminer en grande partie le processus d'évaluation : est-ce qu'on assigne au réseau un rôle de substitution au système de soins actuel ou un rôle de complémentarité avec un service rendu qui comble les vides ?

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ

Là, je sors complètement de mon rôle objectif. De mon point de vue, le réseau doit être substitutif et j'aurais du mal à vous répondre autrement.

Du point de vue des documents, ce qui m'a surpris, c'est que le document FAR-URCAM est celui qui positionne le plus les réseaux de façon complémentaire. Est-ce une position défensive, parce que le document correspond à : « on a vous demandé de faire de l'évaluation, vous allez avoir besoin d'outils et donc j'essaie de vous les donner pour que vous puissiez entrer dans le jeu et avoir les financements ? ». C'est peut-être ce qui explique qu'il ne va pas plus loin dans le discours sur la place des réseaux, je ne sais pas.

Dans les deux autres documents, et en particulier dans le document CREDES-IMAGE, cette question de la place du réseau et de la substitution éventuelle du réseau à d'autres modes de prise en charge, soit partout, soit à des endroits déterminés, apparaît et est parfois explicitée.

Cela me paraît une question tout à fait centrale effectivement. Mais le réseau ne peut absorber le reste du système de soins.

M. LOMBRIL

Je voudrais prolonger la discussion sur le volet social. De votre point de vue, les réseaux, tel que cela apparaît à travers les trois documents, ont-ils un projet social ? Si oui, quel est leur position vis-à-vis des inégalités de santé et de soins ?

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ

J'avoue que j'ai été surprise de ne pas beaucoup retrouver cet aspect-là. On nous parle d'un meilleur accès aux soins, mais on nous parle peu d'aménagement du territoire. S'intéresser à ce point suppose que l'on revienne sur l'aspect substitutif ou complémentaire du réseau, sur la manière dont le réseau

peut permettre une meilleure équité de l'accès aux soins, à la santé ou à la prise en charge médico-psycho-sociale sur le territoire, et sur la manière d'évaluer un réseau de ce point de vue-là.

M. LAUNOIS

Je me demande, en regardant les trois projets d'analyse qui nous ont été présentés, si nos attentes par rapport aux réseaux, ne sont pas techniquement excessives. Car la multiplicité des critères qui sont présentés, en définitive, font pour l'évaluateur, une nécessité de répondre à toutes ces interrogations, ce qui est impossible. Donc, il va bien falloir hiérarchiser les critères. D'autant que cela pose des problèmes statistiques pratiques.

Les analyses sur plusieurs critères posent la question des effectifs sur lesquels elles sont faites ; et je ne parle même pas de la question du coût de l'évaluation. Pour trouver des différences significatives par rapport à quelque chose, il faut quand même un effectif de taille minimum. Au fur et à mesure que vous multipliez les critères, vous devez, en principe, diminuer le seuil de significativité requis. C'est un ajustement que l'on recommande sur le plan statistique.

Donc je crois que la réalité de l'évaluation, c'est : combien de critères ? Je suis bien d'accord pour que l'on ait une analyse multicritères, mais sans doute encore faut-il les hiérarchiser.

Il faut évoquer d'autres problèmes pratiques. Le choix du *design* des études est, en particulier, un élément clef pour procéder à une évaluation. Quel est le schéma de collecte des informations ? Il y a beaucoup de questions qui restent en suspens du point de vue pratique dans ces propositions. Par exemple, on nous dit qu'il faut faire des évaluations continues et tout le temps. Est-ce que cela veut dire évaluer la base tous les trois mois ? Là, c'est ingérable.

Autre exemple de problème pratique : comment traiter les perdus de vue. Lorsque l'évaluation est menée « au fil de l'eau », les gens disparaissent et reviennent dans le système, on ne sait pas trop comment les traiter dans l'analyse quand ils reviennent un an plus tard.

Je vais conclure sur ce commentaire : on nous présente des techniques théoriques d'évaluation qui suscitent au niveau des organismes de tutelle – ou qui risquent de susciter – des attentes démesurées auxquelles on est incapable de répondre. En définitive, ces guides vont conduire à des déceptions et cela m'inquiète.

Mme JAGLIN-GRIMONPREZ

Sur le plan scientifique, je me déclare incompétente pour répondre sur le nombre de critères pertinent, etc.

Sur le reste, je crois qu'il faut, effectivement, être simplement raisonnable. Ce que l'on peut demander au réseau de faire, c'est ce dont le réseau a besoin comme évaluation en propre pour fonctionner, pour s'adapter, pour tirer des leçons de ses dysfonctionnements.

Ensuite, il y a la qualité de du recueil d'information au travers d'un système d'information, au choix duquel le financeur doit pouvoir participer – ou peut-être même qu'il doit pouvoir imposer – je ne sais pas – pour avoir les données qui lui sont nécessaires pour faire des études comparatives entre réseaux, entre réseaux et absence de réseau, etc.

Il faut donc que la règle du jeu soit très claire sur ce que l'on demande aux réseaux de faire eux-mêmes, et quelle transparence on leur demande de mettre en place pour que d'autres puissent mener des évaluations au long cours en ce qui les concerne.

5. Le point de vue d'un économiste évaluateur de réseaux

Benoît DERVAUX

Docteur en économie, Benoît DERVAUX est chargé de recherche au CNRS, directeur adjoint du LABORES et responsable de l'équipe d'économie de la santé du CRESGE.

5.1. Introduction

Dans cette communication, je vais vous présenter l'expérience du CRESGE en matière d'évaluation des réseaux. Ce faisant, je vous ferai part de nos interrogations quant à la manière de conduire l'évaluation d'un réseau.

Compte tenu de la complexité de l'objet, l'évaluation d'un réseau ne peut pas se faire d'un seul point de vue disciplinaire. Il nous semble particulièrement important de croiser les regards. C'est pourquoi l'équipe du CRESGE est composée de personnes aux compétences différentes : économistes, sociologues, médecins ... J'associe d'ailleurs à cette contribution Catherine Dedourge et Matthieu Mereau, respectivement sociologue et médecin de Santé Publique au CRESGE.

Cette intervention vise à replacer une expérience concrète par rapport aux référentiels théoriques présentés ce matin. Avant de présenter l'expérience du CRESGE, j'aimerais partager avec vous trois réflexions.

En premier lieu, ce séminaire initie un programme de recherche dont l'objectif est de répondre à la question suivante : quelle connaissance commune peut-on tirer d'évaluations de réseaux, menées ici et là, dans le but de construire une connaissance commune des fonctionnements des réseaux. Ceci suppose de s'entendre au préalable sur les indicateurs et les méthodologies d'évaluation pour que cette comparaison, cette méta-analyse, puisse faire du sens. A contrario, on pourrait aussi mettre en avant le caractère spécifique de chaque réseau.

En deuxième lieu, quelle place occupent les réseaux dans notre système de soins ? Les réseaux viennent-ils simplement se greffer sur le système de soins pour en corriger les carences ou ont-ils vocation à en modifier l'architecture ? Cette question est centrale lorsqu'on aborde avec les professionnels la question des dérogations tarifaires.

En troisième lieu, les réseaux n'ont pas tous la même finalité. Certains ont vocation à prendre en charge une pathologie particulière ou une population spécifique, d'autres ont une finalité plus large. Lorsque les deux types de réseaux coexistent sur le même territoire, ne risque-t-on pas de voir se développer des formes de concurrence entre les différents réseaux ? Dans ces conditions, quel(s) mode(s) de régulation des réseaux convient-il de promouvoir ? Par exemple, comment faut-il articuler l'action d'un réseau d'exercice global avec l'action des autres réseaux sur un même espace ?

L'expérience de l'équipe du CRESGE

Il y a une demande sociale forte en ce qui concerne l'évaluation des réseaux. Cette demande prend des formes très diverses.

Nous réalisons des enquêtes d'opinion auprès des professionnels de santé pour mieux cerner leurs attentes et leurs attitudes vis-à-vis des réseaux.

Nous accompagnons les promoteurs dans la formalisation de leur projet.

Nous sommes en charge de l'évaluation de quelques réseaux (Réseau Lens, Pôle Santé du Douaisis, Diapason ...). Nous prenons aussi en charge l'évaluation d'actions spécifiques développées dans le cadre de réseaux.

5.2. Qu'est-ce qu'un réseau ?

Un réseau est un groupe d'acteurs coordonnés, qui utilisent des méthodologies d'intervention communes, qui se forment régulièrement, qui co-produisent une culture commune, et qui évaluent leurs actions et les modifient ainsi que leurs interventions en fonction de l'expérience.

Un réseau est un groupe d'acteurs ouvert à d'autres acteurs et à toute initiative compatible avec la finalité et les objectifs du réseau.

Cela en fait un objet extrêmement mouvant, mais avec, néanmoins, un certain nombre de points fixes. Il est ancré sur un terrain et coordonné par des acteurs clairement identifiés.

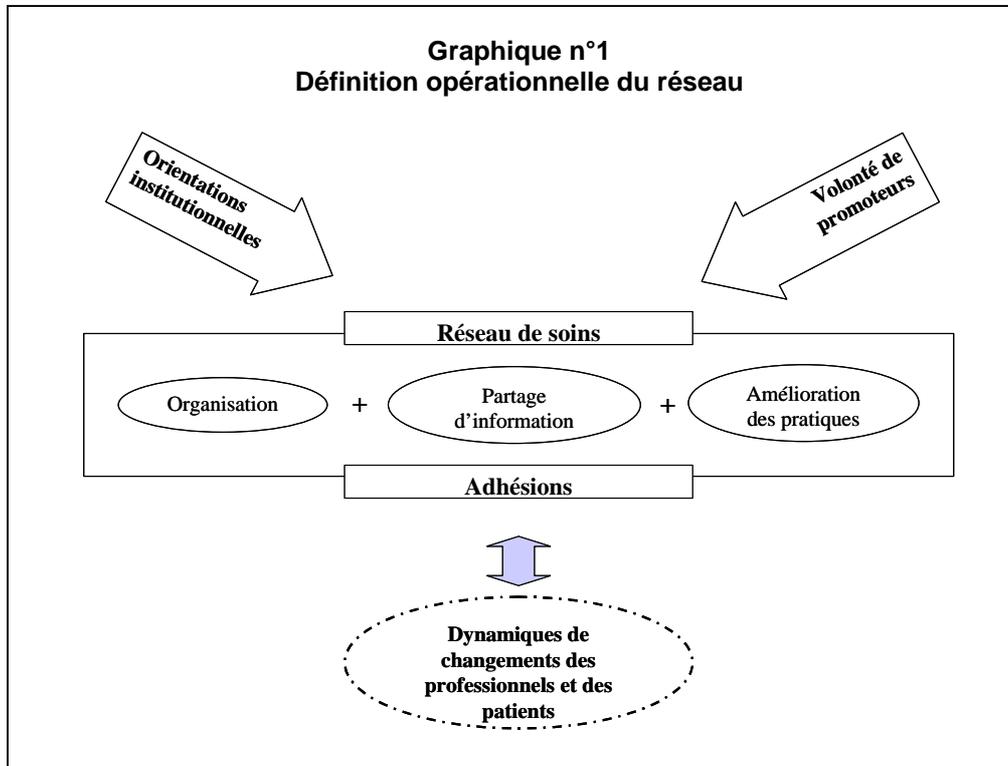
Un réseau est :

- une organisation, une structure qui prend en charge la coordination des soins ;
- un outil de partage d'information. Au-delà de l'outil mis en place, c'est surtout la volonté des acteurs pour partager l'information qui importe ;
- un outil d'amélioration des pratiques, soit des pratiques professionnelles, soit de l'observance des patients.

Cette structure du réseau va chercher à produire des dynamiques de changement. C'est cela le produit ultime du réseau. En évaluant le résultat, c'est bien cette dynamique de changement qu'on va appréhender.

Enfin, le réseau émerge sous l'influence :

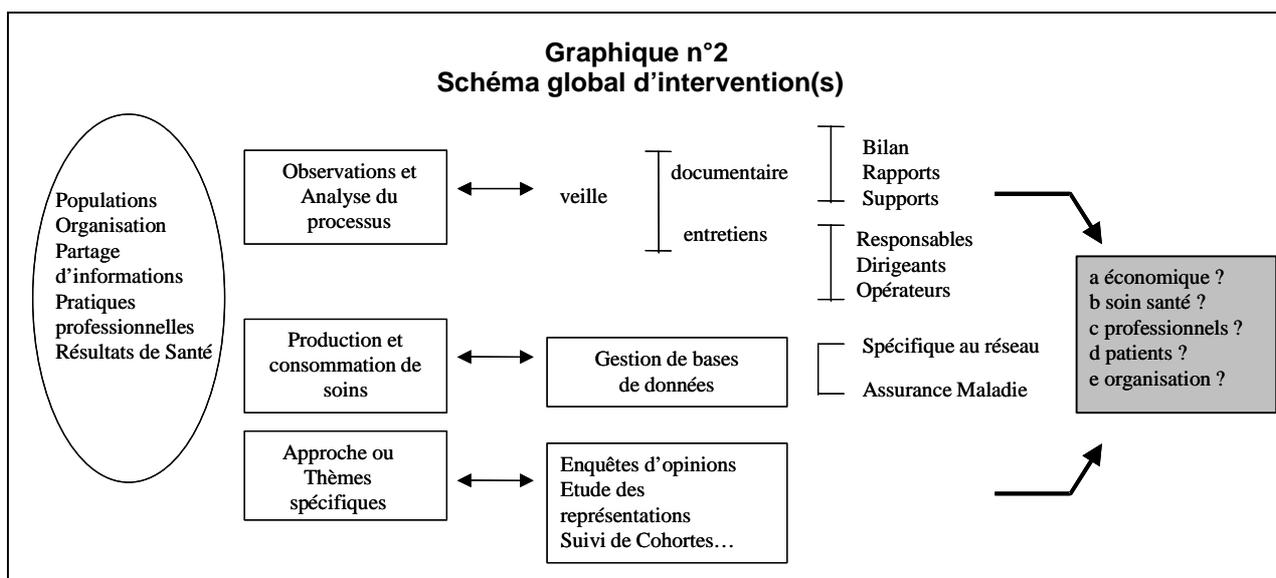
- d'orientations institutionnelles ;
- de la volonté des promoteurs.



5.3. L'évaluation

Le dispositif d'intervention mis en place par le CRESGE pour l'évaluation d'un réseau est tout à fait standard (cf. graphique n°2). Les questions auxquelles l'évaluation tente de répondre sont de cinq ordres :

- La formation des coûts ;
- la qualité des soins et de la prise en charge des patients ;
- le ressenti des professionnels de santé ;
- le ressenti des patients ;
- l'organisation du réseau et de l'ensemble des processus mis en place.



Les méthodes d'évaluation diffèrent selon que l'on considère l'évaluation du processus, l'évaluation de la production et de la consommation de biens et services à l'intérieur du réseau, l'évaluation d'actions spécifiques réalisées dans le cadre du réseau.

En ce qui concerne l'évaluation du processus, l'approche qualitative occupe une place prépondérante : conduite d'entretiens auprès des acteurs clefs, analyse des comptes-rendus des organes constitutifs du réseau ou des groupes de travail, interrogation des usagers et des membres du réseau. Ce travail relève principalement de la psychosociologie et de la gestion de projet.

Pour la formation des coûts, les guides de référence définissent précisément l'ensemble des éléments à prendre en considération et les principes de valorisation de ces éléments. Il s'agit ici d'identifier les informations qui doivent faire l'objet d'un recueil spécifique auprès des prestataires de soins et/ou des patients au travers du dossier médical et celles qui peuvent être fournies directement par les régimes d'assurance maladie à partir des fichiers de liquidation.

En ce qui concerne les actions spécifiques menées par le réseau, elles peuvent faire l'objet d'une évaluation distincte de celle du réseau. Ceci nous amène à rediscuter brièvement de la place de l'évaluation dans le développement du réseau. L'évaluation peut intervenir dans le courant de l'intervention de sorte à en modifier le cours (on parle alors d'évaluation endo-formative) ou au contraire survenir à l'issue d'une période pour porter un jugement sur le bien-fondé de l'action engagée au regard des résultats obtenus et des coûts engagés (on parle alors d'évaluation sommative). L'évaluation des actions spécifiques renvoie, selon nous, au premier type d'évaluation.

5.4. Les guides : un modèle commun derrière une différence d'approche

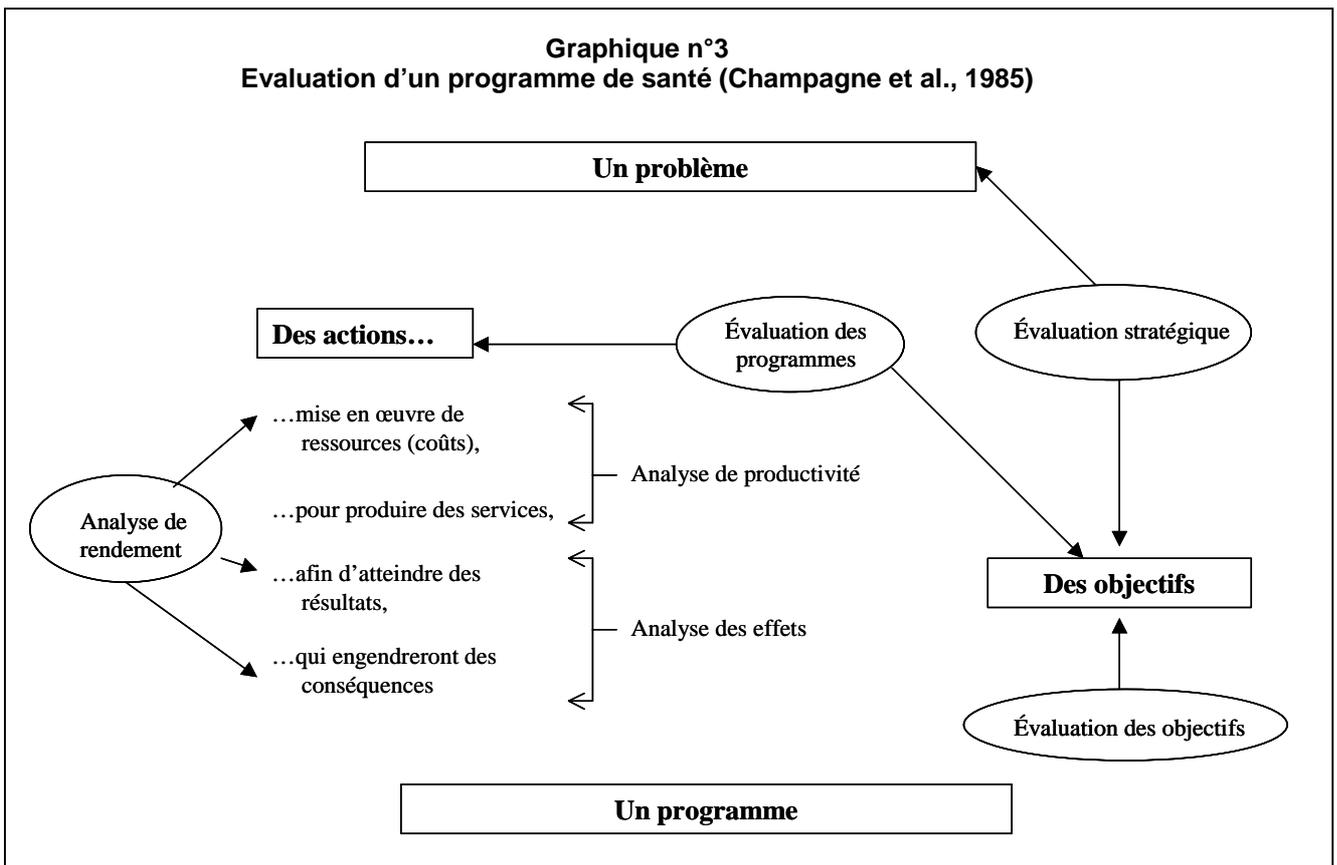
Chacun des guides propose des dimensions pour structurer l'évaluation des réseaux. Le cadre proposé par le CREDES et le groupe IMAGE se distingue clairement de ceux proposés par l'ANAES et par l'URCAM Aquitaine.

Tableau n°1
Les dimensions de l'évaluation retenues dans les guides

CREDES/IMAGE	ANAES	URCAM Aquitaine
5 dimensions	4 dimensions	3 ou 4 dimensions
1. Quel est l'impact du réseau sur les patients/usagers ? 2. Quelles sont les csq du réseau sur les trajectoires des soins, sur les pratiques ind. et coll. des prof. ? 3. Quelles sont les csq du réseau en termes de partenariat entre les acteurs ? 4. De quelles innovations le réseau est-il porteur en matière d'incitations financières et de rémunérations des prof. ? 5. Quel est l'impact du réseau sur la réorganisation de l'offre de soins ?	1. L'évaluation de la qualité des soins 2. L'évaluation de l'intégration des usagers et des acteurs dans le projet du réseau 3. L'évaluation du fonctionnement du réseau 4. L'évaluation économique centrée sur l'action du réseau	Evaluation du fonctionnement en réseau 1. Evaluation organisationnelle 2. Evaluation de la prise en charge 3. Evaluation économique Evaluation ponctuelle des actions

Dans le cadre CREDES/IMAGE, il y a trois questions qui relèvent d'une approche systémique (en grisé dans le schéma ci-dessus). Le réseau apparaît comme une forme nouvelle d'organisation du système de santé et non pas simplement comme un programme de santé.

Mais au-delà de cette spécificité, les trois documents font référence au même schéma d'évaluation emprunté à nos amis québécois (graphique n°3). On y distingue les ressources, les services, les résultats et les conséquences. L'évaluation peut porter sur chacun de ces éléments ou sur n'importe quelle relations entre eux. Pour les réseaux de soins, la question de l'évaluation des résultats reste centrale.



On a discuté plus tôt de la nécessité de hiérarchiser les critères de l'évaluation. A la lecture des guides, il semble bien que la primauté soit donnée au processus. L'évaluation des résultats apparaît comme secondaire. Dans ces conditions, la place de l'évaluation économique doit être interrogée et les modalités de celle-ci précisées.

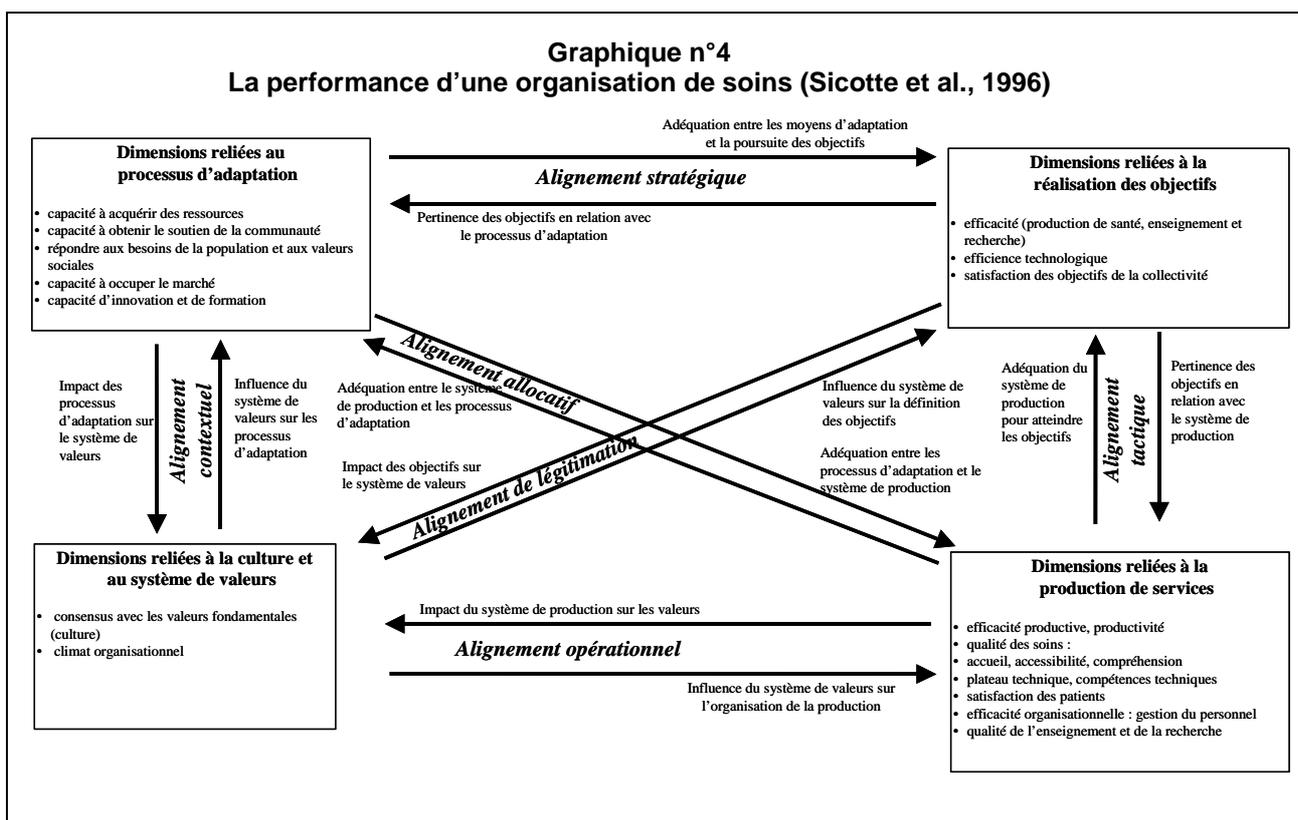
5.5. Les limites du modèle de l'évaluation des programmes de santé appliqué aux réseaux

Quatre questions seront abordées : le choix du cadre de référence pour l'évaluation des réseaux, la place de l'évaluation économique, la référence à l'analyse structurale (surtout dans la perspective d'une méta analyse), le rôle des dérogations tarifaires.

5.5.1. Le choix du cadre de référence : programme de santé ou organisation de soins ?

Quand on évalue un réseau, évalue-t-on un programme de santé ou une organisation de soins ?

Si on assimile le réseau à une forme d'organisation des soins, on peut substituer au modèle de Champagne (1985) et collègues celui de Sicotte et alii (1996). L'idée centrale de ce modèle est que la performance d'une organisation se définit autour de quatre dimensions : la production, la réalisation des objectifs, l'adaptation à l'environnement et le respect des valeurs (graphique n°4). Ce modèle met en exergue des dimensions différentes comparativement au modèle de Champagne et alii (1985).



Deux dimensions sont communes aux différents modèles : l'efficacité dans la production de biens et services, la pertinence et la réalisation des objectifs. Ce modèle met en évidence deux autres dimensions importantes pour le devenir des réseaux : le processus d'adaptation à son environnement, notamment la capacité à mobiliser les ressources nécessaires au développement de l'organisation et la préservation du système de valeurs. Comment le réseau parvient-il à trouver des ressources matérielles, humaines (recrutement de médecins ou de patients) ou financières dont il a besoin ? Auprès de quels partenaires ? Comment le réseau parvient-il à promouvoir une « synthèse » des systèmes de valeurs promus par les différents partenaires ?

Dans le modèle de Sicotte et alii, la performance d'une organisation de soins n'est pas statique mais dynamique. La performance consiste à limiter les tensions entre les différentes dimensions (les alignements). Cette référence à un équilibre instable nous paraît importante pour les réseaux : quelles relations se nouent entre les infirmières, les kinésithérapeutes, les médecins au sein du réseau ? Quelle(s) information(s) les différents acteurs acceptent-ils de partager ? Selon quelle(s) modalité(s) ? Comment rétribuer la participation de chacun au réseau ? La réponse à ces questions est souvent le résultat d'un arbitrage daté.

5.5.2. L'évaluation économique

L'évaluation des résultats complète l'analyse du processus. Les difficultés rencontrées sont nombreuses : choix du protocole d'évaluation et lien entre les résultats intermédiaires et les résultats finaux.

Pour mener à bien une évaluation économique, il faut pouvoir mesurer correctement les résultats du réseau sur l'état de santé de la population-cible et les coûts. L'évaluation économique consiste à rapprocher ces deux éléments. Dans la mesure où les résultats du réseau ne sont pas toujours facilement mesurables, quelle méthodologie faut-il proposer pour le calcul des coûts ? L'évaluation ne doit pas obérer le développement du réseau. La mise en place d'une évaluation trop lourde peut contribuer à l'arrêt prématuré du projet.

Le protocole standard d'évaluation avec comparaison avant-après de deux groupes équivalents (par appariement ou par affectation aléatoire), le groupe expérimental et le groupe contrôle, est difficilement applicable à l'évaluation des réseaux. En ce qui concerne les réseaux, la constitution d'un groupe contrôle s'avère délicate. La comparaison avant-après est souvent possible mais ce protocole n'est pas exempt de biais.

Les guides ne mettent pas suffisamment en évidence les difficultés rencontrées pour la constitution d'un groupe contrôle pertinent. Il est parfois possible de trouver des solutions, notamment en ayant recours aux données des organismes d'assurance maladie.

En ce qui concerne l'évaluation des résultats, le recours à la modélisation peut être envisagé. La modélisation permet de faire le lien entre les résultats intermédiaires observés et les résultats finaux attendus à long terme. Ceci est particulièrement utile lorsqu'on cherche à apprécier les conséquences d'un meilleur respect des règles de bonnes pratiques cliniques ou d'une amélioration de l'observance du patient. Le recours à la modélisation présente l'avantage d'alléger le dispositif de recueil d'informations et ce faisant, de moins perturber le dynamique du réseau.

Les guides ne traitent pas de la place de la modélisation dans l'évaluation des réseaux.

5.5.3. L'analyse structurale des réseaux

Les guides ne font absolument pas mention de l'analyse structurale des réseaux. L'analyse structurale permet de décrire synthétiquement la structure et le fonctionnement d'un réseau. Les concepts de l'analyse structurale des réseaux sont les suivants : la centralité des acteurs, la formation de groupes et sous-groupes et l'équivalence structurale. La référence à l'analyse structurale peut s'avérer fort utile, voire incontournable, dans le cadre d'une méta analyse dont l'objectif serait de comprendre la morphologie, la dynamique de développement, les performances et les conditions de pérennisation des réseaux.

L'absence de référence à l'outil sociométrique dans les guides est troublante.

5.5.4. Les dérogations tarifaires

Le réseau amène les professionnels à réaliser des tâches qu'ils ne font pas dans leur pratique quotidienne. La question est ici d'isoler les actes qu'ils devraient faire des actes nouveaux, induits par un fonctionnement en réseau. Lorsqu'on aborde la question des dérogations tarifaires avec les professionnels de santé, on constate que le réseau est perçu comme un moyen de faire reconnaître, et donc rémunérer, un certain nombre de tâches réalisées jusqu'alors sans contrepartie financière. Le fonctionnement en réseau est généralement perçu comme complémentaire à l'exercice libéral (en lien avec le paiement à l'acte) et non comme une forme nouvelle d'organisation du système de soins. Par exemple, les professionnels ne sont pas forcément d'accord avec l'idée d'un forfait global de prise en charge du patient ; à l'inverse le fait de payer le temps passé à la coordination ou à la tenue d'un dossier patient partagé ne pose pas de souci, si cela se fait en plus du paiement de l'acte.

La question du tuilage des nouvelles dispositions conventionnelles (les trois étages) et des possibilités de dérogations tarifaires à l'intérieur des réseaux mériterait d'être posée.

En conclusion, est-il possible de produire une méta analyse des réseaux à l'heure actuelle ? Cette initiative me semble prématurée dans la mesure où les informations colligées au niveau de chaque réseau ne sont ni homogènes, ni complètes. Il est probablement plus facile de mener une analyse comparative du fonctionnement de quelques réseaux présentant des caractéristiques différentes (réseau spécialisé versus réseau d'exercice global, réseau isolé versus réseau en situation locale de concurrence).

Questions/Débats

Une participante

Je suis médecin dans un réseau de soins pour patients âgés, qui a été élargi également à la toxicomanie et à la précarité. Je voudrais revenir sur la complémentarité des réseaux ; on est dans cette problématique car nos financeurs nous ont un peu imposé ce fonctionnement en réseau.

Pour avoir des financements du FAQSV, il a fallu créer une association de libéraux. Or, il s'est trouvé que plusieurs d'entre eux faisaient partie de plusieurs réseaux de la même région. Donc on voyait mal comment cette association pouvait soutenir uniquement un réseau. On a eu l'idée que cette association coordonne les différents réseaux du Nord du département. Maintenant, c'est vrai que l'on se retrouve, non pas en conflit, mais disons en situation un peu difficile par rapport à l'idée initiale qui était de faire une association de libéraux, à partir de membres d'un réseau, pour que ce réseau soit financé.

On a l'impression, c'est vrai, que la question économique, tout ce qui est financement des réseaux, induit cette concurrence et ces difficultés.

Un participant

Je fais partie d'un cabinet qui s'appelle GMB Développement ; il accompagne des promoteurs de réseaux dans la structuration de leur projet et dans la conception de dispositifs d'évaluation. En fait, on prépare le terrain de l'évaluateur externe. La conception de ce type de protocole fait partie des éléments requis lors des demandes de financements.

J'ai l'impression que l'on raisonne en schéma idéal, alors même qu'à mon sens, le propre de l'économie, c'est de raisonner en termes de contraintes de ressources.

Quelle est la ressource en matière d'évaluation ? Ce sont les données. Quelle est la situation actuelle ? La situation actuelle en matière de recueil de données n'est pas brillante. Les professionnels de santé, libéraux notamment, ne veulent pas recevoir des questionnaires toutes les semaines dans leur boîte aux lettres et on les comprend. Deuxième point – et là, c'est peut-être l'une des rares vertus du dispositif soumis – on a énormément de mal à récupérer de l'information à caractère médico-économique.

Vous avez parlé de votre expérience sur le réseau de Lens. C'est un réseau que je connais un peu puisque j'ai eu à l'instruire lorsque j'étais à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. C'est un réseau expérimental, et dès lors qu'il y a promotion ou partenariat, donc signature d'une convention de gestion avec la caisse, celle-ci peut mobiliser son service médical pour l'élaboration d'études préalables et pour fournir, à terme, des données médico-économiques. Hors de ce schéma – que je qualifierai de facilitateur pour le recueil des données médico-économiques –, ça ne fonctionne pas de manière satisfaisante.

En ce qui concerne le système d'information du réseau, je ne crois pas briser un grand tabou en disant qu'il y a encore un manque d'opérationnalité. Et c'est précisément parce qu'il y a un problème d'opérationnalité du système d'information, notamment en termes de manque de communicabilité, que les professionnels veulent éviter des doubles ou triples saisies, parce que l'on peut tout à fait envisager qu'un généraliste puisse être membre d'un réseau diabète, IRC, etc., et donc il va s'engager dans ses projets et on n'aura pas l'effectif suffisant pour évaluer.

Ma question est la suivante : jusqu'à quand va-t-on continuer à réfléchir à un cadre conceptuel de l'évaluation en faisant abstraction de la contrainte de ressource en matière de données ?

M. DERVAUX

Je ne sais pas répondre à votre question. J'ai signalé le fait que dans le recueil, dans les référentiels, il n'y avait pas un chapitre sur l'obtention des données, où l'on peut les trouver, etc. C'était plutôt un appel à essayer d'éclaircir les évaluateurs potentiels pour savoir comment monter un schéma, où disposer des quelques données disponibles. Je sais bien que, dans le cadre du réseau qui est le nôtre, on est dans une situation favorable avec un accès à un certain nombre d'informations que, peut-être, on n'a pas dans d'autres circonstances. Mais il ne s'agissait pas de prôner ce schéma.

J'avais deux remarques essentiellement : d'une part, il faudrait rajouter un chapitre sur le contenu des données disponibles dans les manuels d'évaluation ; et d'autre part, il faut se poser la question de la pertinence d'une modélisation très fine des coûts à partir du moment où on ne va pas jusqu'au bout du côté des résultats, si on s'arrête au processus. Il y a, là, une sorte de déséquilibre qui m'interroge.

M. MENARD

Si demain je dois faire appel à quelqu'un pour évaluer mon réseau, je ne suis pas sûr que je vous demanderais de le faire, parce que je crains qu'il faille avoir beaucoup de discussions pour arriver à se mettre d'accord. Je pense que l'on est, là, typiquement dans le type d'évaluation qu'il ne faut pas faire, et c'est pourquoi je suis content que ce séminaire ait lieu. C'est tout à fait le type d'évaluation qui, à mon avis, va se transformer en une nécrologie des réseaux parce que l'on sera tous morts !

On est tout à fait dans le schéma de ce qui s'est produit pour l'informatisation des réseaux : on a instrumentalisé un concept innovant pour alimenter les incertitudes de l'évaluation elle-même... Ce n'est pas cela que l'on souhaite parce que c'est mortel pour les réseaux et pour l'initiative de terrain. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des éléments intéressants, mais je parle de la finalité de l'évaluation. Restons dans ce qui est, pour nous, l'essentiel. Vous n'aurez pas de réseaux demain, si vous n'avez pas d'acteurs pour les mener. Or si l'évaluation contribue à ce que les acteurs quittent les réseaux parce que c'est une charge qu'ils ne peuvent pas supporter, on n'aura pas vraiment atteint notre objectif.

Quant à l'expérience qui vient d'être décrite, on aurait pu en parler. On voit bien comment une logique institutionnelle peut, à un moment donné, modifier, de façon tout à fait perverse, une logique issue du terrain. Je me bats sur ces questions depuis des années. Le jour où, dans le FAQSV, on a rajouté les soins en ville, on a plombé énormément de choses. Je m'étais battu avec les gens du Ministère qui ont écrit cela, pour que ne figure pas le mot « ville » parce que cela allait transformer des processus qui avaient leur originalité, leur raison d'être, dans un processus particulier né des contraintes et des réalités de terrain. En mettant « en ville », on a exclu le social et plein d'autres choses.

Pourquoi a-t-on mis « ville » ? Parce que cela, au moins, on sais à quoi cela correspond du point de vue institutionnel. Le reste, on ne connaît pas, on en a peur et donc il faut s'en protéger ! D'où l'aberration que l'on crée des contraintes qui transforment le projet initial et son objectif au profit d'une problématique institutionnelle. Faisons attention que l'évaluation ne vienne pas renforcer ce processus sinon, on ne fera plus de l'évaluation mais de l'histoire des réseaux.

Ce que l'on demande, c'est avant tout une évaluation pour les acteurs, pour qu'ils puissent comprendre ce qu'ils font.

Je ne suis pas hostile à travailler avec les chercheurs. Je pense que l'on a peut-être intérêt à écrire une histoire ensemble. Mais c'est une histoire qui prendra naissance sur ce que nous voulons faire par rapport au problème de santé des populations, et non pas parce que l'on a besoin, chacun de notre côté, de résoudre nos problèmes personnels et institutionnels.

M. LAUNOIS

Je reviens sur les ressources en termes de données. En matière d'évaluation de réseaux, j'ai deux expériences : une évaluation de RESALIS et une évaluation des sites expérimentaux de GROUPAMA. C'est intéressant parce qu'au niveau de RESALIS, il y a un système d'information ascendant qui vient des professionnels de santé et dans l'expérimentation GROUPAMA, il y a un système descendant qui exploite des bases de données départementales.

Je dois dire que l'on est toujours un peu déçu par la richesse des informations que l'on prête à des organismes sociaux, parce que l'on pense qu'ils bénéficient d'une mine d'or alors qu'en fait, ils écrasent assez rapidement leurs données. Si on ne stoppe pas le processus à temps, on n'a pas forcément les bonnes données et on observe alors des résultats extrêmement étonnants. Donc j'ai tendance à dire : ne surestimons pas les possibilités d'exploitation des bases officielles.

Cela nous ramène à une exploitation ascendante des données ; ce sont des données qui, de plus, présentent l'avantage d'être médicalisées. Vous disiez qu'il n'était pas possible d'avoir des critères de résultats dans la base de données du SIAM. Mais à partir des données professionnelles, on a des critères de résultat. Mais peut-être qu'il faut aussi changer les critères de résultat ? Ce qui est intéressant, ce n'est pas forcément la morbidité ou la mortalité. Est-ce que le contrôle des symptômes n'est pas un bon indicateur de résultat ? Un contrôle de symptômes, cela manifeste l'aide qui est apportée par une équipe de prise en charge et si vous avez des indicateurs de type contrôle, vous pouvez faire un rapport coût/efficacité par personne contrôlée pendant un laps de temps donné. On peut intégrer également des indicateurs de qualité de vie qui sont des indicateurs de résultat.

Les attentes sont très différentes. Les professionnels disent : on ne veut pas des usines à gaz ; et les institutionnels disent : parlez-nous en termes d'efficacité et de satisfaction de l'utilisateur. Et nous, on est coincé entre les deux. On est mauvais pour les deux types d'interlocuteurs à coup sûr. On cherche une efficacité opérationnelle et il y a peut-être moyen de définir, avec les professionnels, un critère d'efficacité observationnelle du type : quand considère-t-on que le malade est contrôlé, quand considère-t-on qu'il ne l'est pas. Sur les réseaux mono-pathologie, c'est beaucoup plus facile.

Il faut inventer des critères nouveaux et les critères d'essais cliniques ne sont pas des critères anodins.

Mme BERNARD

Vous allez assez vite sur la modélisation et, pour moi, cela ne veut rien dire. Je suis médecin et ce n'est pas quelque chose que j'ai appris dans mes études.

Pour nous, la question posée, c'est à quoi sert le réseau ? Sur le plan économique, on tentera de savoir si le fait qu'un patient soit pris en charge dans un réseau – ou le fait que les professionnels qui le prennent en charge soient dans le réseau –, présente un bénéfice.

Dans la lignée des difficultés pratiques, je voudrais souligner que, bien souvent, on n'a pas « son » groupe de patients dans un réseau. Je ne peux pas dire que dans mon réseau, il y a 300 patients affectés par le VIH. Je sais combien j'ai d'adhérents professionnels, je sais combien de professionnels j'arrive à toucher – même en dehors de ceux qui sont adhérents. Mais je ne sais pas dire si le patient pris en charge par des acteurs qui sont plus ou moins liés au réseau, a été mieux pris en charge qu'un patient pris en charge par des acteurs qui ne sont pas dans le réseau. Comment faire ?

M. BREMOND

Sur les données, il y a deux niveaux de réflexion : leur disponibilité et leur validité.

A propos de la disponibilité des données, le FAQSV national a financé un projet d'étude comparative de deux cohortes de patients diabétiques, l'un pris en charge dans un réseau et l'autre dans un dispositif traditionnel. Il s'agit d'un projet fait en liaison avec les Chambres Régionales du Service Médical et l'Encred. Ce dispositif d'étude montre que lorsque l'on travaille avec l'Assurance maladie, on a accès aux données puisque l'on travaille sur les données du SIAM.

Après, la question est celle de la validité des données disponibles. Il semblerait que les données disponibles à l'intérieur de l'Assurance maladie ne sont pas tout à fait fiables. Leur exploitation demande au niveau de compétence informatique et statistique qui n'existe pas forcément dans les caisses primaires d'Assurance maladie. Je pense donc que les blocages institutionnels et stratégiques de l'Assurance maladie que l'on peut observer localement sont le plus souvent des blocages purement techniques, liés à des compétences que l'on n'a pas sur le terrain. Il ne faut pas croire que l'accès aux données de l'Assurance maladie est complexe uniquement parce qu'elle mettrait des freins volontaires à l'accès de ses données. Je pense que ce n'est pas tout à fait juste ; il faut plus y voir un problème de compétences et de technicité.

M. DERVAUX

Mon propos était de dire que, dans l'évaluation économique, il ne faut pas qu'il y ait dissymétrie. En particulier, il faut bien qu'il y ait possibilité d'alléger l'évaluation économique, à partir du moment où l'on ne sait pas aller sur le schéma idéal de l'évaluation coût-efficacité standard. Et la modélisation est l'un des moyens qui, à l'extérieur des réseaux, permet d'aller jusqu'au résultat final à partir des résultats intermédiaires.

La démonstration posait la question de la pertinence de l'évaluation économique et de l'allègement du protocole d'évaluation.

M. LAGUILLAUME

On va s'arrêter là sur ce débat pour lequel on a encore toute la journée de demain. Je dirais juste que c'était très intéressant parce que l'on a eu deux regards tout à fait différents entre le communautaire et l'économique. J'ai vu les yeux s'allumer à différents endroits de la salle : ceux des acteurs de réseaux à certains moments, ceux des institutionnels à d'autres moments.

Effectivement, cela conforte l'idée qu'il va falloir une espèce de négociation et la mise en place d'un langage commun.

6. Le point de vue d'un spécialiste de l'évaluation des politiques publiques

Stéphane LE BOULER

Stéphane LE BOULER travaille actuellement au Commissariat Général du Plan, dont la mission est d'assurer l'animation du dispositif d'évaluation interministérielle des politiques publiques, ainsi qu'un soutien à l'évaluation des contrats de plan Etat-région, réalisée sous la responsabilité des acteurs régionaux.

Comme la commande m'en a été faite, je développerai le point de vue de l'évaluateur de politique publique, de façon à contribuer à l'enrichissement des travaux relatifs à l'évaluation des réseaux, notamment autour de deux axes qui ont un certain nombre de retentissements sur la conduite des évaluations : celui de l'expérimentation et celui de l'action collective.

Le document CREDES-IMAGE a sans doute les qualités – et quelques défauts – des meilleurs guides d'évaluation, dont celui du Conseil scientifique de l'évaluation de 1996 : il fixe très bien le contexte de développement de l'évaluation appliqué à la problématique propre des réseaux, il déploie de façon exhaustive la réflexion sur les objectifs et les indicateurs. Parmi les défauts inhérents à ce guide au statut précis (servir de support à l'examen des protocoles d'évaluation des réseaux), il faut sans doute citer une préférence pour les questions sémantiques (évaluation interne/externe, évaluation formative/sommative) par rapport aux questions pratiques que se posent les évaluateurs non initiés.

Le document ANAES constitue, de ce point de vue, un utile contrepoint, en faisant ressortir quelques-uns des écueils rencontrés en situation d'évaluation.

Je traiterai trois points : la division du travail d'évaluation, la constitution des données, la contribution de ce type d'évaluation à l'évaluation des politiques publiques.

6.1. Quelle division du travail en matière d'évaluation des réseaux de soins et de santé ?

Lorsque nos interlocuteurs pour l'évaluation des politiques publiques se voient charger de contribuer – quel que soit leur rôle – à un travail d'évaluation, une des questions qui méritent d'être explicitées d'emblée, sous peine de malentendus durables, est celle de la répartition des tâches de chacun au sein d'un ensemble d'intervenants diversifiés.

Les tâches en question sont les suivantes : la commande d'évaluation, l'instruction d'un cahier des charges, le conseil scientifique, la mise en œuvre de l'évaluation, l'organisation des travaux, la sollicitation de contributions externes (réalisation d'enquêtes, travaux de recherche...), avec *in fine* la remise d'un rapport.

Dans le cadre de l'évaluation interministérielle, les ministères font part au Commissariat général du Plan de leur intention d'évaluer telle ou telle politique ; le Commissariat général du Plan et le Conseil national de l'évaluation instruisent ces projets pour les présenter, en cas d'avis favorable, à la décision du Premier ministre. Une fois cette décision prise, il revient à une instance constituée spécialement de réaliser l'évaluation. Cette instance reçoit un mandat, dispose d'un budget et d'un délai (12 à 18 mois) pour réaliser son travail. Parmi les matériaux qu'elle mobilise, figurent généralement des études qu'elle aura commandées à des prestataires extérieurs. L'instance conserve cependant la maîtrise du travail d'évaluation ; il lui revient de juger de la politique. Il n'en n'est pas de même d'autres formes d'évaluation où c'est la réalisation même de l'évaluation qui se trouve externalisée.

Application à l'objet réseaux

Il faut bien entendu laisser de la souplesse pour permettre aux acteurs de s'organiser localement, mais un certain nombre de recommandations doivent sans doute être faites pour permettre un « amorçage » de l'évaluation dans de bonnes conditions.

Le commanditaire est inscrit dans les textes : le financeur ou le régulateur public auquel – différence avec les évaluations de politiques publiques, jusqu'à présent du moins – il faut fournir un protocole d'évaluation en même temps qu'on lui soumet un projet de réseau.

L'instruction du cahier des charges (champ, objectifs, questionnement, méthodologie de l'évaluation) se fait donc par définition *ex ante* par le promoteur du réseau.

Il y a un rôle de conseil scientifique à exercer également *ex ante* pour s'assurer de la validité du protocole.

La mise en œuvre de l'évaluation nécessite l'intervention d'une instance spécifique qui doit, à mon avis, réunir les promoteurs du réseau, les représentants du financeur ou du régulateur public, des tiers au contrat (professionnels, représentants des usagers, experts des disciplines devant être mobilisées).

Cette instance a un mandat (le cahier des charges), dispose d'un certain nombre de matériaux (les données constituées en routine dans le fonctionnement du réseau, les données d'évaluation spécifiquement prévues par le protocole) ; elle devra inmanquablement mener des investigations complémentaires (sous formes d'enquêtes quantitatives ou qualitatives, d'entretiens...) et doit, pour cela, disposer d'un budget.

Qui dit recours à des prestations externes suppose une autre tâche essentielle, à savoir la définition d'un besoin en termes de commandes d'études (avec les contraintes réglementaires qui s'y rattachent), la capacité à organiser et à suivre les travaux des prestataires et à s'approprier les données correspondantes.

Dans le modèle d'évaluation interministérielle (au contraire d'autres pratiques de l'évaluation), l'instance a un rôle d'assembleur de données d'origines diverses, qu'il s'agit de réunir pour produire un jugement.

Les contributions externes destinées à compléter l'information de l'instance d'évaluation font appel aux différentes disciplines des sciences sociales et à différents types d'organismes (publics ou privés).

Je ne ferai pas porter au même endroit que le document CREDES-IMAGE la question de l'évaluation interne et de l'évaluation externe. Pour moi, il y a un intérêt tout particulier à ce que l'évaluation soit faite par un groupe spécifique et capable d'assurer la maîtrise d'ouvrage de A à Z, quitte à recourir à un certain nombre de prestataires extérieurs pour fournir les données et indicateurs à mobiliser.

6.2. La constitution des données

Les réflexions qui précèdent sont essentiellement dictées par un souci de bonne méthode ; elles n'incitent pas à la sophistication des organisations ; au contraire, une certaine « rusticité », un grand pragmatisme apparaissent comme des conditions essentielles de la prise en charge concrète et de la mise en œuvre durable de l'évaluation.

La dimension d'action collective et la dimension expérimentale des réseaux de soins et de santé sont deux éléments importants pour servir de justification *a priori* à l'évaluation. Elles suggèrent cependant un certain nombre de recommandations de méthode particulières.

Le document de l'ANAES fait bien ressortir l'importance de l'histoire individuelle et institutionnelle des réseaux : projet porté par des individus, sur la durée, dans un cadre informel d'émergence des projets et de négociation. La question du passage à une « action collective stable », durable et formalisée est un enjeu essentiel pour le réseau et pour l'évaluation. Or, comme le souligne ce document, les fonctions d'animation et de coordination sont parfois sous-estimées à l'origine, d'où le côté souvent un peu virtuel de l'évaluation, qu'il s'agisse des instances mises en place ou des indicateurs disponibles.

L'évolution constante des projets et le décalage qui en découle entre les intentions initiales affichées (pour le réseau et pour son évaluation) compliquent encore la donne, entraînant une confusion aussi bien sur le temps que sur l'objet de l'évaluation.

Toutes ces problématiques se retrouvent très souvent en matière d'évaluation des politiques publiques. L'évaluation de la politique de lutte contre le sida a ainsi montré la difficulté à approcher l'action collective si ce n'est en termes de processus, voire de moyens mis en œuvre. L'instabilité de l'action publique peut être parfaitement motivée mais elle n'en est pas moins un obstacle redoutable pour l'évaluation ; l'évaluation sida a aussi pâti de l'absence d'indicateurs de gestion ou de résultats : dans le feu, dans l'urgence de l'action, ce n'est pas le souci premier.

A partir de là, il faut sans doute adopter quelques règles de bonne pratique.

- Avoir des objectifs peu nombreux et bien ciblés comme le préconise l'ANAES.
- Faute de pouvoir exploiter toutes les « filières » objectifs/moyens/résultats, il faut bien entendu hiérarchiser les objectifs. La dimension participative est un des traits importants des réseaux (implication des professionnels...). Compte tenu cependant de l'ambition affichée de ces modes d'organisation (concourir à la restructuration de l'offre de soins et à une meilleure allocation des ressources), il importe en priorité de traiter au fond les questions d'efficacité, parmi les plus difficiles à aborder en évaluation de politique publique. Tout en ayant à l'esprit la recommandation précédente, c'est sans doute un des aspects sur lesquels les guides sont les plus utiles en assumant pleinement la question des coûts de toutes natures. C'est aussi un aspect du concours méthodologique auprès des évaluateurs qui mérite d'être poursuivi dans la durée.
- Assumer le caractère évolutif du projet : on ne peut pas se fixer sur des objectifs devenus obsolètes, on ne peut pas davantage se contenter de justifier *a posteriori* une évolution de ceux-ci. Il faut – et pour cela le caractère collectif de l'instance est essentiel – prendre en charge les évolutions de l'environnement, le caractère durable de l'action collective (le réseau n'est pas figé) ; c'est-à-dire évaluer la capacité de l'organisation réseau à évoluer, si l'on peut dire, de façon ordonnée, quant à ses objectifs et aux moyens mis en œuvre.

- Il faut aussi, bien entendu, se donner, en face d'objectifs peu nombreux et ciblés, un certain nombre d'indicateurs robustes renseignés en routine au titre du fonctionnement du réseau (tout ce qui concerne les processus de coordination, les moyens mis en œuvre, la fréquentation du public...), complétés par de l'exploitation spécifique qu'il s'agisse de mesurer l'efficacité ou la satisfaction des usagers. Il faut en effet bien distinguer les informations générées dans le fonctionnement même du réseau, qui brasse quantité de données pas toujours collectées ou répertoriées (d'où l'importance de prévoir la formalisation de cette collecte en amont), des enquêtes réalisées pour compléter l'information de l'évaluateur. En termes de coûts et de mise en œuvre, les deux types d'information ne sont pas identiques : les coûts de la collecte peuvent être limités ; pour autant qu'elle a été prévue, celle-ci se fait de façon endogène. En revanche, les enquêtes ou exploitations complémentaires doivent être décidées par l'instance d'évaluation, confiées à des prestataires extérieurs et peuvent représenter des coûts importants.

6.3. Quelle contribution de l'évaluation des réseaux à une évaluation de politique publique ?

Quelques remarques pour conclure sur la contribution potentielle de l'analyse individualisée des réseaux à une approche d'évaluation de politique publique de portée plus générale.

Le caractère expérimental, localisé et évolutif des réseaux, la nécessité – plusieurs fois signalée – d'en « rabattre » par rapport aux ambitions d'exhaustivité de l'évaluation pour espérer une mise en œuvre effective et durable de l'évaluation, ne plaident pas pour des transpositions hâtives, des extrapolations de portée générale des enseignements d'évaluations atomisées.

En même temps, le couplage expérimentation–évaluation se fait d'emblée en vue d'éventuelles extensions. Par ailleurs, l'évaluation de politique publique a besoin d'être territorialisée, d'exploiter sur des terrains particuliers un certain nombre de modèles d'action ou de participation (des professionnels comme des bénéficiaires), de critères d'efficacité. Les réseaux fournissent à la fois des éléments monographiques très utiles et des structures sur lesquelles s'appuyer pour développer un questionnement territorialisé.

Pour peu que l'on dispose d'un nombre suffisant de structures procédant en routine à de l'évaluation formalisée, il y aurait là un support intéressant d'évaluation de politique publique. Il convient, bien entendu, comme le suggèrent les deux documents, de sérier les questionnements, notamment en termes de coûts, en fonction du niveau auquel on se situe ; une évaluation de politique publique devrait aussi considérer les conditions de représentativité des territoires et prendre en charge le comportement, aux différents échelons, des financeurs et des régulateurs.

Questions/Débats

M. CHOSSEGROS

Dans votre optique, est-ce que c'est une évaluation de tous les réseaux ou de certains réseaux ? Est-ce que tout réseau doit, ou devra, avoir une évaluation ?

M. LE BOULER

Je pense effectivement qu'il est important de couvrir l'ensemble des réseaux, mais je pondérerai par la dimension répétitive que j'ai déjà évoquée. Il n'y a pas besoin de faire, de façon répétée et rapidement, une évaluation de toutes les structures.

On peut mettre en place des indicateurs de suivi, qui ne requièrent pas de moyens lourds et permettent une couverture assez complète. Il importe, en fait, de bien distinguer les deux dimensions de l'évaluation et du suivi. Si le suivi doit générer de l'information dès le lancement d'une initiative, on ne peut pas demander à une évaluation bien construite de répondre dans un délai de trois mois ou six mois. Ce n'est pas sérieux. Or c'est un peu ce que l'on fait parfois.

M. DETOURNAY

Votre présentation décrit un processus idéal. Mais, en pratique, les choses sont un peu différentes et je voudrais insister en particulier sur le point d'entrée et le point de sortie.

Le point d'entrée, c'est – et vous l'avez dit – une commande et un cahier des charges établi. En pratique, les financeurs sont dans l'incapacité totale de passer une commande et de définir un cahier des charges pour l'évaluation. Ils ne savent pas ce que c'est, ils n'ont aucune idée de ce qu'ils attendent et on est donc obligé de travailler avec les financeurs, en amont de l'évaluation, sur leurs attentes pour essayer de préciser un certain nombre de choses. Ne pas savoir ce que l'on cherche est quand même assez handicapant quand on veut mettre en place une évaluation.

Le point de sortie pose le problème de ce que l'on fait de l'évaluation. Voici ma question : quelle est la contribution des évaluations en politique publique ? Des évaluations ont été conduites, on possède des résultats dans le cadre d'expérimentations qui ont été conduites tout à fait convenablement avec des processus d'évaluation *a priori* acceptables. Des rapports ont été produits, mais le problème est que personne ne sait quoi en faire.

M. LE BOULER

En ce qui concerne le premier point, je reprendrai encore l'exemple de l'évaluation interministérielle : quand les ministères nous proposent des sujets d'évaluation, c'est généralement une question – voire deux paragraphes un peu frustes – sur lesquels on se met à travailler. Il y a donc, en amont de la commande, un travail très important à réaliser et on ne peut sans doute pas attendre du financeur ou du régulateur qu'il fournisse ce type de travail. Ce travail de construction préalable à faire ensemble suppose des évaluateurs, ou du moins des personnes rompues à la pratique de l'évaluation. Les guides sont donc intéressants mais l'expérience est essentielle. Pour instruire les projets, la compétence « évaluative » est nécessaire. C'est même à ce niveau qu'elle m'apparaît déterminante pour la qualité des travaux.

Quant à la deuxième question, je ferai une réponse classique : l'évaluation est utile pour l'acculturation à la démarche par objectifs. Cet apprentissage collectif, cet apprentissage d'un travail avec des chercheurs ou avec des acteurs aux intérêts divergents a son importance : quand on a noué un partenariat en évaluation, il est plus facile de travailler après ensemble sur la construction d'un projet. On le voit à travers l'évaluation des contrats de plan Etat-région, où la construction du contrat, aussi bien que son évaluation, sont dans la plupart des cas partenariales. Si les parties n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'évaluation, c'est sans doute qu'elles ont eu du mal à se mettre d'accord sur le contrat en amont.

La troisième question porte sur les suites. Pour les évaluations réalisées au niveau central, au-delà des suites législatives ou réglementaires, au demeurant rares, une partie des retombées est acquise à la faveur des travaux d'évaluation eux-mêmes. C'est par la participation des représentants de l'administration à ce travail de retour sur les pratiques qu'un certain nombre de messages peuvent passer dans la sphère administrative. C'est pourquoi j'insiste beaucoup sur le caractère participatif. Si l'on externalise la prestation, on perd une partie de la dimension intéressante de l'évaluation.

Mme FRATTINI

La première remarque que je ferai, c'est que lorsque vous proposez que les objectifs de l'évaluation soient ciblés, vous donnez deux grands objectifs qui paraissent immenses : d'une part, la performance et d'autre part, l'adaptation aux besoins et à l'évolution, d'un lieu, d'un territoire et d'une dynamique d'acteur, ce qui en soit, en termes d'évaluation est vraiment énorme. Donc, rien qu'avec ces deux thèmes-là, ces deux objectifs, il me semble que l'on se trouve sur deux problématiques d'évaluation particulièrement difficiles à mettre en place.

Ma deuxième remarque concerne la part de l'évaluation interne et de l'évaluation externe. Votre proposition de montage méthodologique, je la trouve hyper pertinente parce que cela nous permettrait, en tant qu'évaluateur externe, d'avoir un cahier des charges – ce que nous n'avons pas et c'est ce qu'a dit M. Detournay. Actuellement, c'est nous qui constituons le cahier des charges avec le Comité Technique d'Evaluation que nous montons au démarrage de l'évaluation.

J'en arrive à ma question : comment peut-on faire de l'évaluation réseau par réseau, quand on se pose une question de politique publique ?

Par exemple, il me semble qu'on ne peut pas regarder la performance des réseaux avec des méthodologies d'évaluation qui regardent uniquement le fonctionnement du réseau, et qui ne regarderaient pas les répercussions sur l'espace social. Reprenons le problème de l'équité évoqué tout à l'heure par P. Lombrail. J'ai fait l'hypothèse à travers un certain nombre d'évaluations de réseaux, que la mise en place des réseaux aggrave les inégalités d'accès aux soins. Je donne un exemple concret sur les soins palliatifs. Les infirmières s'engagent de plus en plus dans un réseau de soins palliatifs – lorsqu'il existe bien sûr. Elles disent que, de ce fait, elles laissent de côté certaines autres pathologies, ou d'autres personnes qui, elles aussi, ont besoin de soins. Donc, comment peut-on penser évaluation d'une politique publique quand on évalue réseau par réseau ?

M. LE BOULER

En ce qui concerne le premier point, si je situe les objectifs de l'évaluation, avec une certaine hauteur, autour de la performance ou de l'adaptation aux besoins, c'est aussi pour les distinguer des indicateurs de suivi ou des indicateurs de processus. Il est bien évidemment intéressant de voir dans quelle mesure le réseau a permis de réunir tant d'acteurs, de toucher tant de bénéficiaires, etc. Les indicateurs de fonctionnement du réseau, témoins de la capacité de la structure à rassembler effectivement les acteurs, à les faire travailler ensemble, ne se situent pas cependant au même niveau, selon moi, que ce que j'ai appelé en propre l'évaluation, qui doit porter sur des résultats. D'où la nécessité d'avoir un certain recul, de se doter de compétences qui ne sont pas celles des acteurs réunis pour fabriquer la commande. Pour juger de ces résultats en termes de performance ou

d'efficacité, il faut recourir aux compétences disciplinaires adaptées. Il ne s'agit pas là d'opérations à réaliser en continu, tâche qui ajouterait aux difficultés des promoteurs de ces structures, qui n'ont quand même pas dans leur attribution première le fait de se juger eux-mêmes.

Le deuxième point concerne la part évaluation interne/externe et le fait que les acteurs ont parfois du mal à bâtir un cahier des charges. Il faut dire que cette difficulté se voit à tous les niveaux en matière d'évaluation et, même si le Commissariat général du Plan fait de l'évaluation depuis 12 ans, on a besoin en permanence de diffuser les « bonnes pratiques » auprès des chargés de mission qui se trouvent impliqués, à un moment donné, dans une évaluation. Ces questions d'apprentissage se retrouvent dans certaines régions où le *turn over* est important et où les personnels n'ont jamais le temps de gagner cette capacité à faire de la maîtrise d'ouvrage, à commander des études et à se les approprier pour porter un jugement. C'est pourquoi je disais que, s'il y a une compétence externe à chercher en termes d'allocation des moyens globaux, c'est peut-être en amont qu'il faut faire porter l'effort.

En réponse à la troisième question, je dirai que lorsqu'on fait de l'évaluation de politique publique au niveau central, on cherche à diversifier les points de vue. On a besoin de points de vue territorialisés ou monographiques sur tel ou tel territoire, telle ou telle profession, telle ou telle catégorie de bénéficiaires, etc. et on a aussi besoin d'y ajouter des éléments de cohérence, d'idéologie globale. En quoi les réseaux peuvent-ils concourir à la réduction des inégalités ? Pour répondre à cette question, on aura besoin d'éléments territorialisés ou monographiques et on aura besoin de toute une série d'autres éléments structurants en termes de modèles d'accès aux soins, en termes d'idéologie sous-jacente aux réseaux.

Mme POLTON

Je voudrais poursuivre l'idée qu'il existe une absence assez préjudiciable de doctrine, sur la façon de passer d'une évaluation individuelle à une évaluation plus globale.

Au démarrage, on a dit aux réseaux : « vous devez vous évaluer ». On a donc chercher comment on s'évalue, quelles sont les dimensions, etc., et on a vu que l'on pouvait faire des choses très compliquées au niveau des évaluations individuelles. Cette évaluation, réseau par réseau, peut avoir des éléments d'évaluation interne, des éléments pour le financeur local, etc., mais la question qui se pose ensuite, c'est si ces éléments individuels sont pertinents lorsque l'on considère une évaluation plus globale qui voudrait répondre à des questions toute autres : est-ce que c'est bien quelque chose qui se substituera à des modes d'organisation antérieurs ? Selon quelles conditions cela peut marcher – ou non ? Est-ce que l'on veut, au-delà des premières expérimentations et des mécanismes incitatifs mis en place, généraliser des formes de rémunération ou d'organisation avec des mesures durables d'accompagnement ? L'évaluation qui permet de répondre à ces questions dépasse forcément les évaluations individuelles.

Comme cela a été évoqué par Mme Jaglin-Grimonprez, il y a des dimensions que l'on ne peut pas demander aux réseaux d'évaluer, par exemple l'impact qu'ils ont sur la restructuration de l'offre de soins ; il y a également des dimensions dont on voit bien qu'elles sont présentes, mais qui ne relèvent pas forcément d'un réseau. Et puis il y a la question fondamentale de savoir quel est l'impact du réseau sur la réduction des inégalités ? Est-ce que finalement, les réseaux pompent des ressources qui pourraient être affectées ailleurs ? On voit bien que ce sont des choses qui sont en dehors de l'orbite de ce que peut traiter un réseau lui-même en générant sa propre évaluation, mais qui doivent être traitées par quelqu'un si l'on veut répondre à ces questions-là.

Il va falloir décontextualiser des évaluations qui sont toujours locales, qui correspondent à des individus porteurs avec des personnalités, et essayer de comprendre ce qui fonctionne – ou non, ce qui peut dégager des règles d'organisation, s'il y a des éléments invariants qui sortent. C'est là une forme d'évaluation qui ne peut se limiter à la collection d'évaluations individuelles et c'est un peu dans cette démarche-là que le projet qui nous rassemble aujourd'hui, a été conduit.

Je crois qu'il y a une démarche à faire de la part des Pouvoirs publics pour essayer de construire et d'organiser cette forme d'évaluation et que, depuis le début, c'est quelque chose qui manque dans le dispositif. Ce manque explique aussi, pour une part, le fait que chacun cherche à dire : voilà un réseau, ce serait plutôt cela, on pourrait l'évaluer comme cela.

M. LE BOULER

Je ne crois pas qu'il s'agisse vraiment d'une question. Je ne sais pas dans quelle mesure le Ministère de la santé est associé à ce type d'initiative. Mais c'est sans doute à ce niveau-là qu'il faudrait développer cette expertise particulière et cette capacité à se doter d'une doctrine du passage de la dimension expérimentale ou territorialisée à une dimension plus collective. En tous les cas, pour l'évaluation de la politique de lutte contre le sida, ne bénéficiant pas de ces travaux-là en particulier, nous avons mis de côté la question de l'évaluation des réseaux.

M. BREMOND

Ce qui me frappe dans ce que l'on vient de dire, c'est qu'il y a une difficulté à savoir où sont les frontières entre l'interne et l'externe. Parce que finalement, dans le cadre de la montée en puissance des réseaux, on ne sait pas qui est le maître d'ouvrage, le promoteur d'un projet finalisé. Il y a une confusion sur le problème de la maîtrise d'ouvrage, notamment dans le cadre du montage d'un projet d'évaluation.

Au niveau politique, on se dit que l'on va s'appuyer sur les acteurs de terrain pour finaliser les actions, mais on ne sait pas quels sont les objectifs attendus d'une politique visant à stimuler le développement des réseaux. Au niveau des promoteurs de réseaux, on voit très bien qu'ils ont des idées, mais ils appellent des prestataires de service, comme les sociétés d'évaluation, qui deviennent les maîtres d'ouvrage délégués. Il y a une sorte de transivité dans le système. La maîtrise d'ouvrage est déléguée à des réseaux, mais sans cibler des objectifs ; les promoteurs ont des idées de transformation, mais comme ils ne sont pas outillés techniquement, ils font appel à des sociétés de service en disant : aidez-nous à définir ce que l'on pourrait changer...

Pour mieux comprendre cette transivité, au niveau du FAQSV national, on a pensé solliciter un organisme pour faire l'évaluation du lien entre ce que recherchait le FAQSV et ce à quoi il aboutit. On verra. Mais ce qui est étonnant, c'est que l'on ne sait plus où sont les frontières et dans ce jeu interne/externe, pour moi, c'est un vrai débat.

M. LE BOULER

J'ajouterai qu'il y a un marché de l'évaluation et qu'il y a donc des offreurs de plus en plus nombreux en la matière.

M. DETOURNAY

Le partenariat ne se limite pas à un promoteur et au réalisateur de l'évaluation, auquel il fait éventuellement appel. Des représentants des financeurs sont également toujours impliqués et tous les protocoles d'évaluation qui sont élaborés, et les cahiers des charges également, sont souvent élaborés en pratique, dans un partenariat entre ces trois types d'acteurs qui sont, finalement, à la fois les concepteurs de l'évaluation et les réalisateurs. Ils participent également à la rédaction du protocole d'évaluation et, effectivement, il n'y a pas du tout de différenciation interne/externe très tranchée.

M. LE BOULER

Dans les évaluations interministérielles, on ne cherche surtout pas à avoir des différenciations puisque l'on a besoin de la participation de toutes les administrations parties prenantes de la politique. On a notamment besoin de ces administrations pour savoir ce qu'a été concrètement la politique mise en œuvre. Les représentants de ces administrations ont, il est vrai, parfois du mal à se positionner. L'une de nos tâches consiste, en amont de l'évaluation, à expliquer ce que sera leur rôle en matière d'apport de données et d'explication de la politique menée.

M. CHOSSEGROS

Il y a un problème dans ce schéma : les professionnels, jusqu'à présent, n'ont pas été formés à ce que peut être l'évaluation. L'enjeu actuel est l'apparition de nouvelles professions et, notamment, la profession de coordinateur de réseaux. Dans l'avenir, les coordinateurs de réseaux auront une formation et une compétence dans le domaine de l'évaluation et seront capables de proposer eux-mêmes des modèles, sans avoir besoin forcément de personnes extérieures. Cela fait partie des choses nécessaires au niveau de la formation, de manière à ce que ce soient les acteurs et les usagers qui, quelque part, prennent en charge les modèles sur lesquels ils veulent travailler, et qu'ils proposent aux institutions. Comme cela a été dit, et je crois que c'est notre constat de tous les jours dans les régions, on a en face de nous des gens qui n'ont pas d'idées extrêmement précises sur les modèles à nous proposer. Je crois donc que c'est aux réseaux de se donner les moyens et les concepts pour être capables de faire ces propositions et c'est bien l'un des objets de la formation des coordinateurs de réseaux.

M. CLAVERANNE

Il y a beaucoup de points que je ne partage pas.

Par exemple, je pense qu'il n'y a pas un marché de l'évaluation, mais au moins deux. Premièrement, il y a un marché d'évaluation où l'évaluateur ne risque rien : c'est celui de l'évaluateur de la puissance publique dont l'objet est de produire un rapport. Et là, on ne risque pas grand-chose. Deuxièmement, il y a le marché où l'on ne produit pas un rapport, mais une opinion, laquelle opinion est soumise à débat contradictoire. Et ce débat contradictoire, ce peut être le tribunal, d'autres experts, etc. Selon la réponse qu'il fera – et c'est là que le document CREDES-IMAGE est intéressant – il va y avoir des risques. On a beau hiérarchiser les rapports et les objectifs, il y a bien à un moment donné, un faisceau présomptif de preuves et une intime conviction.

Sur les réseaux également, j'ai une autre approche que la vôtre et que celle de cette assemblée parce que vous êtes sur des réseaux visibles. C'est différent de ce que je fais : je pars d'un réel dans lequel il n'y a pas de réseau visible et j'essaie de déceler des réseaux souterrains. Généralement, je trouve des réseaux de malfaiteurs par lesquels on peut pomper sur l'Assurance maladie. Je dis que si, aujourd'hui, on ne fait pas un vrai travail d'évaluation, je crains encore une fois, que la partie soit donnée aux évaluateurs qui interviennent eux, non pas de façon littéraire, mais parce que le juge leur donne un travail à faire et chaque fois, on tombe sur des intersections qui n'ont pas été regardées.

Mme GUILLOUX

Il faut tenir compte du découragement que l'on sent sur le terrain face aux exigences énormes demandées aux promoteurs de réseaux, bien en amont du financement, donc dans la rédaction du projet à déposer. Cette exigence s'impose à nous, sans que l'on sache s'il y a vraiment une volonté politique, en termes de politique publique, de tirer les enseignements généralisables à ces expériences.

J'ai un peu peur que l'on revienne à la situation du début des années 1980 où il y a eu une incitation à présenter ce que l'on appelait les expériences nouvelles en matière de santé. On a vu des regroupements de médecins, d'usagers et autres professionnels qui ont présenté des projets d'expérimentation. Finalement, deux seulement ont été financés : Lubersac en milieu rural et Saint-Nazaire en milieu urbain. Ces expériences ont vu leur financement interrompu après d'énormes exigences pendant plusieurs années, qui leur étaient demandées sur le suivi et l'évaluation.

A propos des réseaux, j'ai des craintes sérieuses sur l'avenir du militantisme, sur la capacité créatrice, sur la volonté d'initiative en termes de réorganisation, en termes de soins, si en face il y a une exigence énorme sans engagement de tirer des enseignements de ces évaluations. Parfois, j'entends les acteurs de réseaux dire : est-ce que cette surenchère d'exigences, ce n'est pas pour conclure que, finalement, les évaluations ne donnent pas de résultats tangibles parce que l'on n'aura jamais les moyens en tant qu'acteurs de réseaux, d'être à la hauteur de la technicité demandée.

Voici ma première question : est-ce qu'il existe vraiment une volonté de tirer les enseignements des expérimentations pour la réorganisation du système de soins ?

Ma deuxième question est la suivante : est-ce qu'il n'y a pas deux injonctions contradictoires dans les documents analysés – sauf peut-être dans celui de la FAR et de l'URCAM d'Aquitaine qui est beaucoup plus pragmatique. Je m'explique. Il y a d'une part, une injonction à ce que l'ensemble des acteurs du réseau (professionnels et usagers) se réapproprient l'évaluation et d'autre part, une demande technique énorme avec un panel de critères et d'indicateurs très importants. On ne voit pas très bien comment, en amont même d'un financement, les médecins libéraux et les usagers peuvent se réapproprier toute cette technicité ou alors, cela suppose six mois de formation de tous ces acteurs pour qu'ils puissent dialoguer de façon vraiment équilibrée avec un évaluateur technicien. Sinon, c'est véritablement l'évaluateur qui a toute latitude pour quasiment manipuler le cahier des charges que ses commanditaires sont censés lui opposer.

M. FHIMA

Vous avez proposé, tout à l'heure, de dire qu'il y a un marché pour l'évaluation. Je crois qu'il faut s'arrêter là-dessus un moment. La santé, ce n'est pas un marché. Donc pourquoi essayer de voir simplement l'un des articles de ce système et d'en faire une focalisation ? C'est peut-être tout l'objet de notre rencontre aujourd'hui. Ou en tous les cas, la santé est un marché économique qui intervient au même titre que tous les autres marchés dans notre structuration sociale et il ne faut pas voir forcément un aspect péjoratif dans la dimension économique.

Ensuite, les discussions que l'on vient d'entendre montrent qu'aujourd'hui, il y a une difficulté dans la technicité, dans les degrés d'exigence et du « plus blanc que blanc ». Un élément qui est à prendre en compte également, c'est lorsque l'on voit se dessiner les enjeux de pouvoir et de territoire. Il ne faut pas se cacher cette dimension-là et on voit bien que la technicité est une façon pour le système de reprendre en charge la réalisation des innovations. C'est l'un des dangers. Quand Mr Claveranne dit que ce ne sont pas les acteurs de réseaux qui seraient en capacité de le faire, et encore moins les coordinateurs formés avec une vraie culture et des vrais moyens, cela veut dire qu'on dénie toute capacité d'être des entrepreneurs dans le monde de la santé. C'est une situation que les universitaires n'ont pas comprise ; il y a aussi dans le monde du travail, des acteurs qui dans la pratique ont évolué et qui sont capables de remettre en cause le système lui-même. Et l'évaluation est l'un de ces outils de transformation. Il y a des enjeux de politiques et de pouvoir qu'il faudra bien aborder à un moment.

M. LE BOULER

Quand je parle d'émergence d'un marché, c'est parce qu'il s'est constitué un certain nombre de cabinets de consultants autour de cette question de l'évaluation : dans la mesure où il y a défaut de maîtrise d'ouvrage, on trouve des offreurs de maîtrise d'ouvrage. Cette contribution peut avoir un intérêt si elle est bien située, dans une organisation globale du travail. Si elle revient à se substituer au travail collectif autour du projet et de ses résultats, on a perdu une dimension essentielle de l'évaluation. Je ferais cependant remarques : premièrement, il y a un risque d'autojustification en matière d'évaluation ; deuxièmement, à force de prétendre ne regarder qu'un certain nombre d'éléments de performance, on risque de perdre cette dimension de l'action collective avec une vision trop gestionnaire de l'évaluation.

Je voudrais enfin revenir sur un point. Un certain nombre des vecteurs de diffusion de l'évaluation posent des problèmes de temporalité et d'exhaustivité : demander à ce que l'on juge des résultats au moment où les dispositifs n'ont pas encore eu le temps de produire lesdits résultats pose problème ; prétendre tout évaluer en permanence est tout aussi présomptueux.

Expérience de recul

- Le point de vue d'un spécialiste québécois des systèmes de santé

7. Le point de vue d'un spécialiste québécois des systèmes de santé

André-Pierre CONTANDRIOPOULOS

André Pierre CONTANDRIOPOULOS est Professeur titulaire au département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et chercheur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS). Docteur en économie de l'Université de Montréal, il travaille dans le domaine de la santé depuis plus de 30 ans.

Pour aborder la question de l'évaluation je m'appuierai sur la façon dont elle est conçue au Québec et sur les travaux que nous menons depuis plusieurs années sur l'évaluation de programmes de santé, de réseaux de soins, d'organisations, de médicaments, etc. Deux questions me préoccupent : l'évaluation peut-elle produire du changement ? Et si oui, à quelles conditions ?

Autrement dit, l'évaluation peut-elle être, en même temps, légitime et scientifiquement fondée et suffisamment dérangeante pour entraîner un véritable changement ? Pour pouvoir utiliser l'évaluation comme un dispositif de transformation, il faut comprendre la tension qui existe entre l'évaluation, légitime et crédible, et l'évaluation dérangeante. L'expérience que vient de présenter, dans des termes tout à fait concrets, Monsieur Fhima, illustre très bien cette question.

Mais avant d'aller plus loin, j'aimerais préciser – et nous avons tourné autour de ces questions toute la journée – plusieurs points.

- Évaluer, c'est intervenir : d'une part, en créant un réseau particulier de personnes qui vont interagir à l'occasion de l'évaluation (les professionnels et les personnes concernés par les soins, les tutelles, les groupes communautaires et les évaluateurs) et d'autre part, en produisant une information qui devrait permettre d'améliorer les décisions publiques.
- Évaluer, c'est contribuer à pérenniser l'innovation en créant un langage et une culture commune entre toutes les personnes concernées par le réseau soumis à l'évaluation. L'évaluation contribue ainsi à renforcer la coopération.
- Évaluer est une activité qui, au-delà de son caractère technique, s'inscrit dans un véritable marché, celui des consultants et experts en évaluation. Il faut garder en tête l'idée qu'ils ont, tous, quelque chose à gagner ou à perdre dans le choix des méthodes et des approches qui est fait.

Pour commencer je proposerai une définition de l'évaluation. Je présenterai ensuite le concept de réseau et ses finalités. Et enfin, j'aborderai la question des relations entre l'évaluation, l'intégration et le changement.

7.1. Définition de l'évaluation

Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention, en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, de façon à ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Les informations produites par une évaluation peuvent résulter de la comparaison entre des observations et des normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative).

Une intervention quelle qu'elle soit, peut donc être l'objet des deux types d'évaluation : une évaluation normative ou une recherche évaluative. L'évaluation normative cherche à apprécier chacune des composantes de l'intervention en fonction de critères et de normes ; elle s'inscrit dans un procédé de vérification de la conformité des composantes de l'intervention par rapport à des références, a-t-on fait ce qui devait être fait, d'une façon souhaitable, compte tenu des normes retenues ? La recherche évaluative s'intéresse aux relations qui existent entre les différentes composantes d'une intervention. Elle repose sur une démarche scientifique permettant d'analyser et de comprendre les relations de causalité existantes entre les différentes composantes de l'intervention. Elle vise non seulement à mesurer ce qui a été produit par l'intervention mais aussi à comprendre comment et pourquoi.

Les domaines de l'évaluation, de la recherche et de la prise de décision ne se recoupent que partiellement. La recherche évaluative est une activité de recherche alors que l'évaluation normative n'en est pas une, au sens strict du terme, bien qu'elle fasse partie du domaine de l'évaluation.

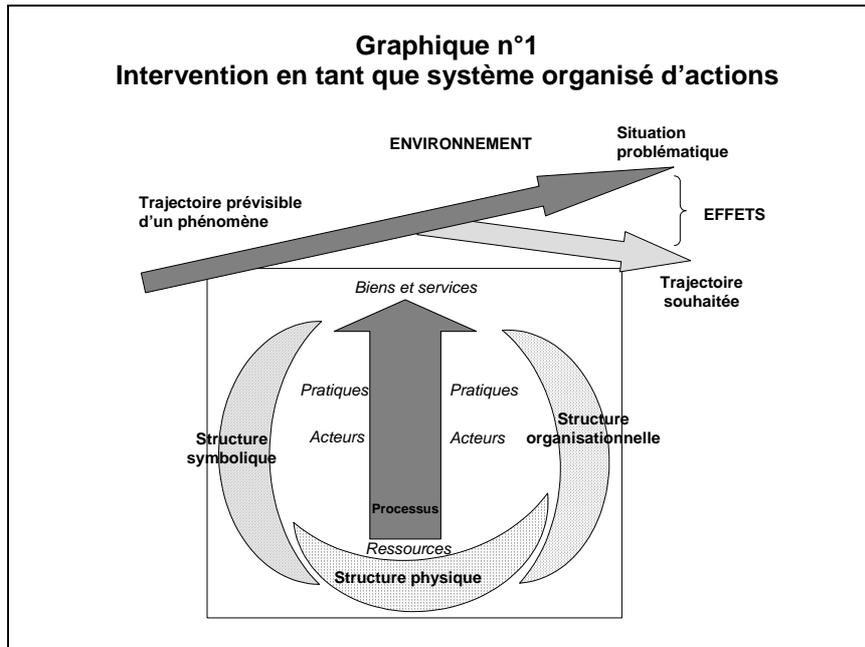
L'évaluation participe à la décision de deux façons : d'une part, en mettant à la disposition des décideurs une information particulière et d'autre part, en créant, tout au long du processus d'évaluation, un espace d'échanges et de débats entre les décideurs, les personnes concernées par l'évaluation et les évaluateurs eux-mêmes. Elle constitue une aide à la décision mais le processus de décision ne peut pas se réduire à celui de l'évaluation.

L'information produite par l'évaluation a comme principale fonction d'interpeller les différents acteurs impliqués dans l'intervention, de façon à ce que chacun puisse construire sa propre opinion, celle-ci étant fonction de sa conception du monde, de ses croyances, des objectifs qu'il poursuit et de ses dispositions à agir. L'évaluation doit aussi permettre aux acteurs de débattre et construire *in fine* une position collective par rapport à l'intervention qui puisse se traduire en action. L'évaluation est une activité tournée vers l'action.

7.2. Les réseaux de soins et leurs finalités

7.2.1. Qu'est-ce qu'un réseau ?

Nous partons de l'idée qu'un réseau de soins est conçu comme un système organisé d'actions, situé dans un contexte donné – ce dont il est rarement fait mention – et visant à modifier le cours prévisible d'un ou de plusieurs phénomènes. Tout système organisé d'action peut se décrire à partir de cinq composantes : une structure, des acteurs et leurs pratiques, des processus d'action, une ou plusieurs finalités et un environnement (cf. figure 1).



Première composante : une structure constituée de trois dimensions en interrelation

- Une structure physique qui décrit le volume et la structuration des différentes ressources mobilisées (financières, humaines, immobilières, techniques, informationnelles...).
- Une structure organisationnelle qui rassemble l'ensemble des lois, des règlements, des conventions et des règles de gestion, qui définissent comment les ressources (l'argent, le pouvoir, l'influence et les engagements) sont réparties et échangées. Ce sont les règles du jeu du système d'actions.
- Une structure symbolique qui est l'ensemble des croyances, des représentations et des valeurs, qui permettent aux différents acteurs concernés par l'intervention de communiquer entre eux et de donner du sens à leurs actions.

C'est à l'intérieur de l'espace créé par l'interaction entre la structure symbolique, la structure organisationnelle et la structure physique, que les acteurs pratiquent et mobilisent les ressources mises à leur disposition pour produire des biens et des services, de façon à atteindre les objectifs fixés. Quel que soit le réseau dont on parle (celui de Belgique, qui vise à mobiliser différents acteurs pour accroître l'intercommunication, celui qui vise à mobiliser les acteurs de façon à produire des biens, des services et des soins ou encore celui de la Croix Rousse qui est un réseau d'action politique au sens noble du terme et qui vise à améliorer la vie à l'échelle d'une population), on réalise que ce qui importe finalement, c'est que le réseau, en tant que nouvelle intervention, crée les conditions qui permettent aux acteurs de pratiquer différemment.

Seconde composante : des acteurs individuels et collectifs et leurs pratiques

Les acteurs sont caractérisés par leurs projets, leurs conceptions du monde et leurs convictions, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et leurs dispositions à agir.

Les acteurs interagissent, dans un jeu permanent, de coopération et de concurrence, pour accroître leur contrôle sur les ressources critiques du système d'actions (argent, pouvoir, influence, engagements envers des normes sociales).

Les pratiques (ou les conduites) des acteurs sont simultanément constitutives de l'intervention et influencées par la structure de cette dernière.

Les pratiques des acteurs sont interdépendantes.

Troisième composante : des processus d'action

Les processus d'action sont l'ensemble des processus durant lesquels et par lesquels les ressources sont mobilisées et employées par les acteurs pour produire les biens et les services requis pour atteindre les finalités du système organisé d'actions.

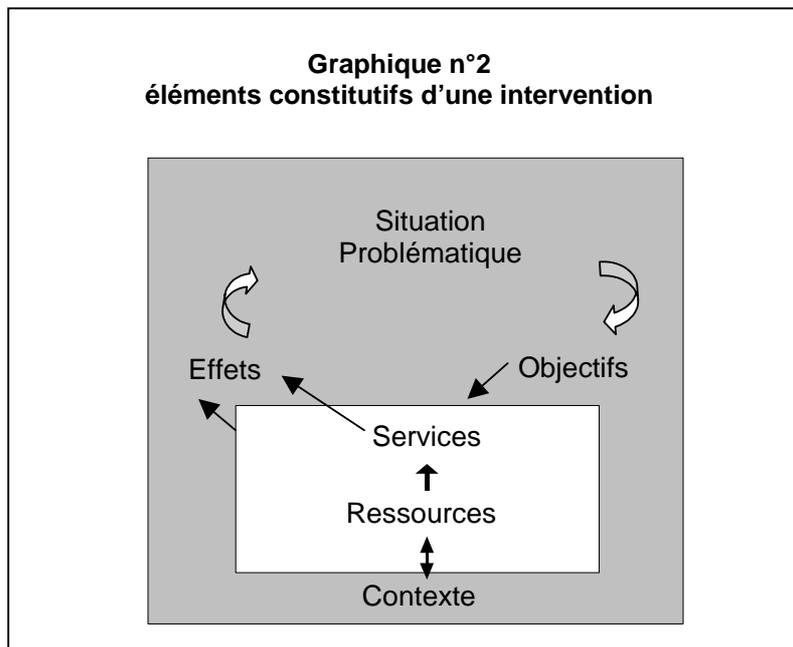
Quatrième composante du réseau : une ou plusieurs finalités

Transformer la trajectoire prévisible d'évolution d'un ou de plusieurs phénomènes, en agissant au cours du temps sur un certain nombre de leurs déterminants (objectifs spécifiques de l'intervention) pour corriger une situation problématique.

Cinquième composante : un environnement

Les contextes physiques, légaux, symboliques, historiques, économiques et sociaux, qui structurent le champ dans lequel l'intervention est mise en œuvre, et tous les autres systèmes organisés d'actions avec lesquels l'intervention interagit.

En résumé, on peut schématiser une intervention (figure 2) en situant les uns par rapport aux autres les concepts suivants : la situation problématique à corriger, les objectifs de l'intervention, les ressources mobilisées et leur organisation, les biens ou les services produits (objectifs de production), les effets obtenus et le contexte dans lequel l'intervention a lieu.



Cette représentation de l'intervention a l'avantage de la simplicité, elle a cependant l'inconvénient de ne pas faire apparaître les acteurs et leurs pratiques qui sont au centre de toute intervention. Ce sont en effet les acteurs qui, en fonction de leurs caractéristiques, de leurs intentions, de leurs intérêts et de leurs convictions, modèlent l'intervention et lui donnent sa forme particulière à un moment donné dans un contexte donné.

7.2.2. Finalités des réseaux

Je suis frappé de voir combien le mot « réseau » renvoie à des choses différentes. Ce qui est mis derrière ce concept varie d'une communauté à l'autre, d'un environnement à l'autre, du Québec à la France ou à la Belgique. Pour certains les réseaux sont des réseaux de soins, pour d'autres, il ne peut s'agir que de réseaux de santé. Dans la suite de ma présentation, je m'en tiendrai aux réseaux de soins. Les questions soulevées par les réseaux de santé, pour intéressantes qu'elles soient, renvoient aux questions difficiles des déterminants sociaux de la santé et des politiques de santé, que nous n'avons pas le temps d'aborder ici.

Si l'on s'en tient aux réseaux de soins, on peut accepter que la finalité première d'un réseau soit d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des services et la coordination de la prise en charge, de façon à réduire l'intensité, la durée et les conséquences de la maladie, en permettant notamment à tous les gens souffrants (souffrance psychologique, souffrance physique, souffrance sociale) d'avoir accès librement et de façon équitable à des soins de qualité.

Mais il faut aussi garder en tête l'idée que tout réseau est un lieu d'apprentissage — il contribue ainsi à former des professionnels —, il est un milieu où se fait de la recherche, il participe à la création de nouvelles connaissances et il crée un sentiment de sécurité dans l'environnement dans lequel il est situé, en améliorant l'accès aux services.

Un réseau a donc des finalités multiples pouvant constituer autant de portes d'entrée pour l'évaluation qui pourra ainsi chercher à répondre à des questions comme :

- Est-ce que le réseau a atteint ses finalités ?
- S'est-il adapté à son environnement ?
- Est-il pérenne ?
- Est-ce qu'il fonctionne de façon adéquate et cohérente, c'est-à-dire : est-ce qu'il y a cohérence entre les structures symboliques, les valeurs et les représentations, et les différentes formes d'organisation ?
- Est-il capable de générer de nouvelles valeurs ?
- Favorise-t-il l'intégration des soins ?

7.3. Les réseaux et l'intégration des soins

Le but de tout réseau est d'améliorer l'intégration des soins. Par intégration, nous comprenons le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes, dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif.

Cette définition demande à ce que les concepts d'interdépendance, de coopération et de coordination soient précisés.

Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs, c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés ne détient toutes les ressources, les compétences et la légitimité nécessaires, pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coopération des acteurs est donc au centre de la problématique de l'intégration.

La coopération est le mode de relation que des acteurs (organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune ; quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs ; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et sur la coordination de leur tâches ; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable. La coopération n'est jamais absolue : elle n'exclut pas la présence de relations de concurrence, voire de conflits, entre acteurs et organisations. Pour qu'il y ait une coopération durable, la négociation entre les acteurs (et les organisations) et l'évaluation qu'ils font des résultats de la collaboration doivent être continues.

D'une façon générale, la coordination est l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée. Elle vise à mettre en ordre, voire à donner des ordres. Plus précisément, dans le domaine des organisations, la coordination vise : premièrement, à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences,...) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles ; deuxièmement, que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation est garanti ; et, troisièmement, que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au cours du temps, les unes avec les autres.

En fait, la coordination existe toujours dans toute organisation mais elle est souvent insuffisante. La coordination se construit de façon délibérée. Par opposition à un mode de gouverne que l'on voudrait peu structuré et laissé à lui-même comme le marché, la coordination témoigne d'un volontarisme fort pour faire fonctionner un système et agencer le comportement des acteurs. Un des enjeux de l'intégration consiste à créer de nouveaux espaces de coordination entre des organisations autonomes ayant leurs propres frontières.

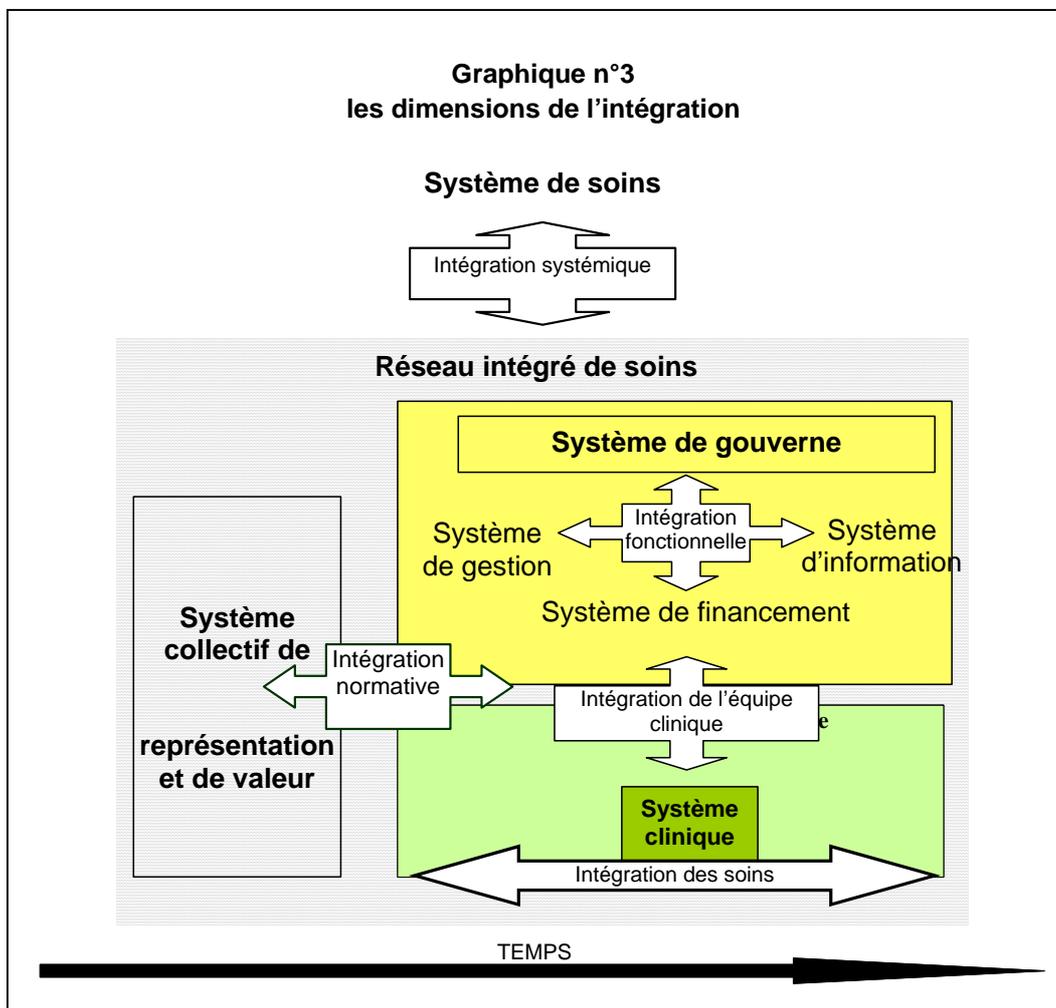
En somme, l'intensité de la coordination qui doit exister entre les acteurs (et les organisations) est dépendante de la nature du projet collectif qui les amène à coopérer. Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire. Par contre, pour des problèmes simples et ponctuels, la coordination séquentielle est suffisante. Dans un système intégré de soins, on s'attend à ce que l'intensité et la nature de la coordination s'ajustent en fonction des besoins de chacune des personnes dont le système est responsable compte tenu des ressources, des expertises et des technologies disponibles.

Les réseaux permettront d'accroître l'intégration, s'ils arrivent à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouverne et un système clinique, de façon à créer un espace dans lequel les acteurs (les organisations) trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier (figure n°3).

Le système clinique est constitué des modalités de prise en charge des patients et des règles de bonnes pratiques. Il doit assurer une intégration optimale des soins dans le temps, dans l'espace et entre les professionnels. Le système clinique est l'espace où la régulation professionnelle domine. Un des principaux enjeux que doivent relever les systèmes intégrés est de mettre en place une gouverne qui permette une articulation performante entre les exigences de la clinique et celles d'un système qui doit rendre des comptes sur l'utilisation des sommes mises à sa disposition par l'État et sur l'atteinte d'objectifs à l'échelle de populations (accessibilité, qualité, couverture, ...). Autrement dit, l'enjeu consiste à trouver les façons de concilier la logique professionnelle qui domine dans le système clinique avec les autres logiques qui sont mobilisées dans la gouverne, en particulier les logiques technocratiques et marchandes.

La gouverne est formée d'un système de gestion (ensemble des règles qui définissent comment le pouvoir et les responsabilités sont distribués), d'un système de financement (incitations véhiculées par les modalités de financement du réseau et les dispositifs de paiement des acteurs) et d'un système d'information (ensemble des données et de leurs systèmes d'exploitation nécessaires pour que le réseau soit intelligible et transparent à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, la tutelle, les patients et la population).

Le système de représentations et de valeurs est défini par l'ensemble des croyances, des valeurs et des schèmes interprétatifs, qui permettent aux acteurs de communiquer entre eux et par le fait même, de coordonner leurs actions et de coopérer. C'est lui qui fournit les éléments leur permettant de s'entendre sur une philosophie d'intervention, d'interagir dans un climat de confiance mutuelle et d'évaluer positivement de façon réciproque leur travail.



En résumé, on peut dire qu'un réseau fonctionnera de façon « adéquate » s'il arrive à articuler de façon cohérente et durable son système clinique, son système de gouverne et son système de valeurs.

7.4. Évaluation, intégration et changement

L'évaluation devrait permettre : d'une part, d'apprécier comment s'organise au cours du temps l'intégration dans les réseaux et d'autre part, de favoriser les transformations requises pour que l'intégration des soins se développe.

L'intégration vise à établir une cohérence entre le système clinique, la gouverne et le système collectif d'interprétations et de valeurs, qui structurent l'espace dans lequel les acteurs (organisations) interagissent.

Les différentes formes que peut prendre le processus d'intégration, visent toutes, à des degrés divers, à institutionnaliser les relations de coopération entre des acteurs (organisations) en situation d'interdépendance par rapport à un ou des projets communs.

La cohérence recherchée par l'intégration résulte de la mise en œuvre, de façon durable dans le temps, des cinq dimensions du processus d'intégration : l'intégration des soins, l'intégration de l'équipe clinique, l'intégration fonctionnelle, l'intégration normative et l'intégration systémique (cf. graphique 3).

Les quatre premiers types d'intégration concernent l'interaction des acteurs (organisations) en situation d'interdépendance autour d'un objectif collectif, et le cinquième type d'intégration (l'intégration systémique) concerne les relations entre le système d'acteurs interdépendants au niveau local et l'environnement général. On remarque que le concept d'intégration oblige à préciser le niveau d'analyse auquel on se place.

L'intégration des soins est un processus qui se déploie au niveau des relations interindividuelles (micro). L'intégration de l'équipe clinique et l'intégration fonctionnelle décrivent des phénomènes qui prennent place au niveau d'analyse auquel on s'intéresse (un territoire, une organisation, une région, ...). L'intégration normative contribue à articuler les relations inter-niveaux. Et, finalement, l'intégration systémique vise à s'assurer de la cohérence entre le niveau d'analyse qui nous intéresse et l'environnement (macro).

Dans un réseau, certaines caractéristiques sont indispensables pour que l'intégration puisse se réaliser. Au niveau de l'intégration des soins, l'existence d'un dossier qui permette à chacun des professionnels impliqués dans les soins de suivre ce que font les autres est indispensable.

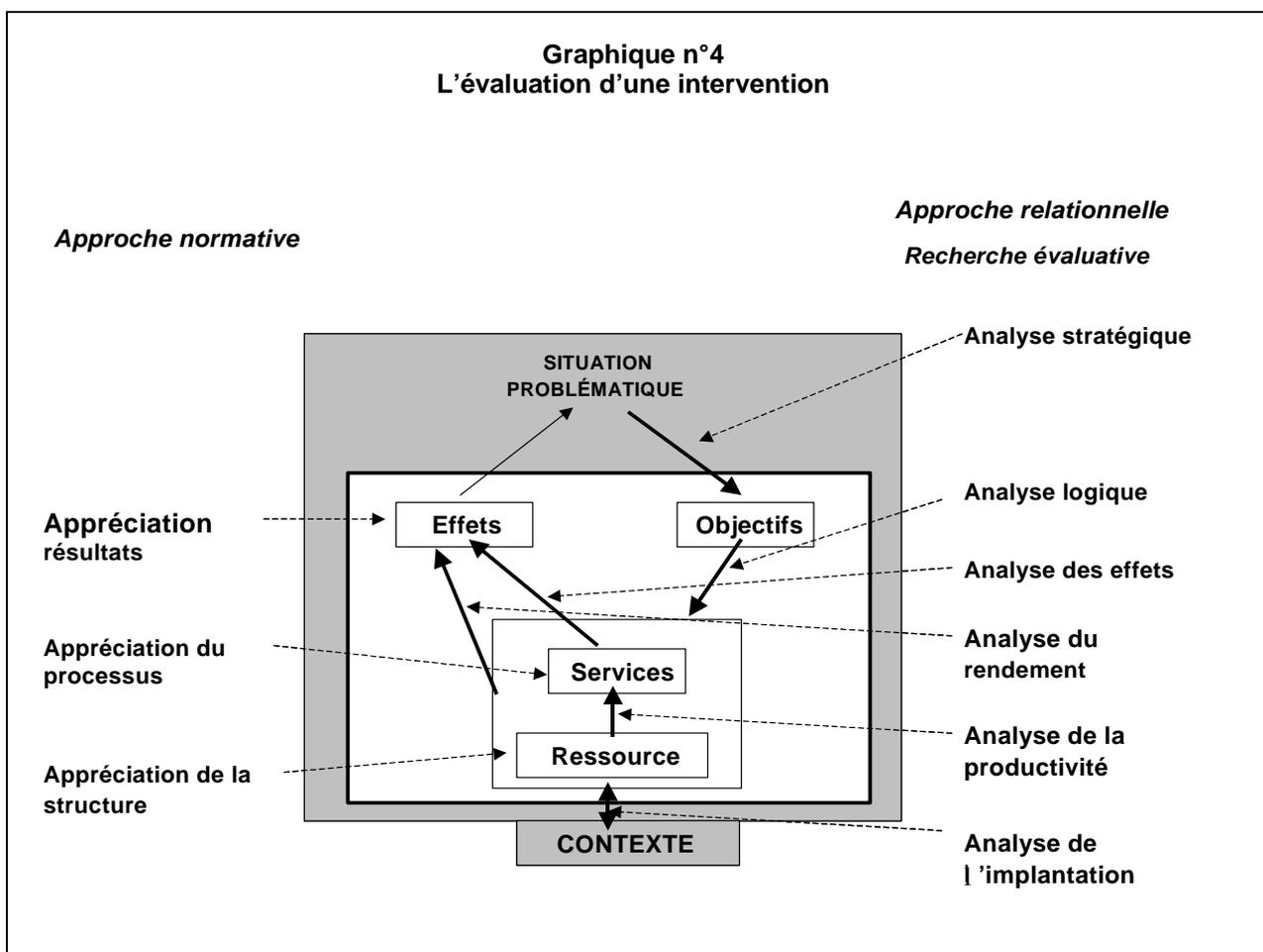
Au niveau de la gouverne, il n'y aura pas de réseaux pouvant fonctionner à long terme, s'il n'y a pas de cohérence entre le financement, la gestion et l'information. En d'autres termes, si on n'introduit pas de fongibilité entre les enveloppes budgétaires du réseau et si le réseau ne reçoit pas un budget correspondant à l'ensemble des services dont il est responsable (y compris les honoraires des médecins), il ne pourra pas fonctionner adéquatement à long terme.

De plus, un réseau, qu'il soit pilote, partiel, temporaire ou expérimental, ne pourra s'inscrire dans la pérennité, diffuser et devenir éventuellement source de changement, que si les règles du jeu dont il est porteur sont cohérentes avec celles qui régissent le système de santé en général. Cela veut dire qu'on ne peut pas demander aux acteurs du réseau d'introduire du changement, s'il n'y a pas aussi, et en même temps, à l'échelle nationale ou régionale, des changements importants pour créer des incitations compatibles avec les buts du réseau. Il est, par exemple, difficile d'imaginer que les médecins participent aux réseaux si leurs modes de paiement ne sont pas repensés.

Cela demande que des changements interviennent dans les pratiques des professionnels et des gestionnaires et que les organisations se restructurent. Il faut être conscient que de tels changements sont difficiles et qu'ils ne pourront apparaître que si des ressources importantes y sont consacrées. Il faut en effet que les systèmes de représentation et de croyance des agents se modifient, ce qui demande du temps et de nouvelles connaissances. C'est sur ce dernier point que l'évaluation peut jouer en produisant des informations nouvelles et en favorisant les débats.

La question qui se pose alors est de déterminer quelles seraient les informations et les connaissances qui permettraient aux acteurs de penser leurs pratiques différemment et de prendre du recul par rapport à leurs habitudes.

Compte tenu de la nature complexe des réseaux, il est vain de penser qu'il peut exister une seule approche évaluative qui puisse répondre à toutes les questions des différents acteurs concernés par un réseau. Les questions d'évaluation susceptibles d'être posées dans une démarche évaluative (graphique 4) peuvent se rattacher aux deux types d'évaluation évoqués dans la définition générale de l'évaluation : l'évaluation normative et la recherche évaluative.



L'évaluation normative permet de répondre aux questions suivantes.

1. L'intervention a-t-elle été implantée telle que prévue ?
2. Le niveau couverture : l'intervention atteint-elle la population cible ?
3. L'appréciation de la structure : les ressources sont-elles adéquates ?
4. La qualité : le produit (service, activité) rejoint-il des normes de qualité ?
5. Les coûts réalisés correspondent-ils aux coûts prévus ?
6. L'atteinte des objectifs : l'intervention a-t-elle eu les effets escomptés ?

La recherche évaluative pour sa part s'intéresse aux six questions suivantes.

1. La pertinence : l'intervention est-elle justifiée par rapport aux problèmes de la population ?
2. La cohérence : l'intervention permet-elle logiquement d'atteindre les objectifs prévus? Les objectifs sont-ils cohérents entre eux ?
3. L'efficacité technique ou productivité : les ressources sont-elles utilisées de façon à maximiser la valeur des services produits ?
4. L'efficacité et l'impact : les activités de l'intervention donnent-elles des résultats ?
5. L'efficacité globale ou rendement : à quels coûts les effets de l'intervention sont-ils obtenus ?
6. La variabilité des effets en fonction du contexte : la dynamique d'implantation de l'intervention dans un contexte particulier influence-t-elle les effets observés ?

L'évaluation est un exercice qui s'appuie forcément sur des approches et des méthodes diversifiées, et qui peut par conséquent répondre aux besoins d'informations de nombreux acteurs individuels et collectifs pratiquants dans des contextes organisationnels et sociaux différents. Sa grande capacité d'adaptation, en tant que technologie pour produire du jugement sur les interventions, constitue aussi sa faiblesse. Pour qu'elle puisse apporter du changement, il est nécessaire qu'elle soit associée à la mise en place de dispositifs permettant des débats. Ce sont eux qui permettront d'arbitrer entre des normes scientifiques et des normes d'action.

Débats avec la salle

M. LAUNOIS

J'aurai une question : est-il possible de créer des espaces de changement si on maintient des accords nationaux entre les professionnels et les caisses sont des accords nationaux ?

M. CONTANDRIOPOULOS

Si l'on ne change rien au niveau national, les espaces de liberté que l'on aura au niveau local seront réduits, et l'on ne pourra pas imaginer des changements radicaux. L'expérience du réseau de la Croix Rousse est intéressante à cet égard. La dynamique démocratique dans laquelle l'expérimentation a eu lieu montre que l'évaluation a permis de créer un débat qui devrait pouvoir entraîner des changements à d'autres niveaux. La réussite à long terme de l'expérience repose, toutefois, sur la création d'une dynamique de changement où s'enchaînent les transformations locales et systémiques.

M. BREMOND

Il semble qu'il y ait un déficit de régulation au niveau des politiques locales de la santé. Globalement, on commence à voir les municipalités entrer dans le débat de la santé, des acteurs prendre des responsabilités politiques en matière sociale, s'interroger sur les frontières entre le social et le sanitaire. Comment faire coïncider tous ces éléments dans une politique locale en matière de santé ?

M. CONTANDRIOPOULOS

C'est la question centrale de la décentralisation à laquelle, pour le moment, je ne connais pas de réponse.

M. FHIMA

Je crois que dans le changement, il faut considérer deux dimensions : celle correspondant au niveau national versus proximal, et celle correspondant aux répercussions économiques.

Concernant la première dimension, je ne suis pas sûr que le niveau uniquement national du changement soit un élément important pour faire évoluer les choses. Cela nous replacerait dans une vision où c'est l'institution, par sa prise de responsabilité et sa mise en route d'actions de changement, qui pourrait induire le changement.

Si on regarde, au contraire, ce qu'est un réseau de proximité, en particulier à partir de ce que j'ai présenté tout à l'heure, on a toutes les évolutions et tous les niveaux possibles d'interface : le réseau de proximité et de santé, le réseau hospitalier sur une thématique portée par l'hôpital. On a donc une dynamique qui se fait sur une trajectoire, et on voit bien que la résistance au changement est forte. Il y a des freins très forts à valider les évolutions techniques et les évolutions conceptuelles qui ont été faites.

Au jour d'aujourd'hui, on ne nous accorde pas la pérennité parce que nous ré-interrogeons l'ensemble du système. Nous sommes en bagarre avec l'institution parce que ce n'est pas tolérable de son point de vue de constater et d'admettre que c'est de la proximité que vient la nature du changement dans l'institution.

La meilleure évaluation, c'est ce que l'on peut voir en termes de résultats obtenus sur le terrain. On se dit qu'il se passe là quelque chose quand on voit toute l'intégration qui a pu se faire au bout de 20 ans de travail, en particulier quand on voit le résultat d'un vote comme celui que l'on vient d'avoir, à savoir 9 % de vote pour le Front National. C'est le taux le plus bas du pays, malgré toutes les difficultés sociales qui existent sur ce quartier. Ainsi, si on parle d'évaluation, on ne doit plus le faire sur des critères « nobles » en ce sens qu'ils sont destinés aux bons docteurs dont je fais partie, mais plutôt sur des critères de « citoyenneté du réseau » et d'implication des populations. Et il ne faut pas se tromper : ce ne sont pas les docteurs qui sont porteurs de cette dynamique, c'est la population. Nous, les docteurs, on sert simplement d'interfaces entre les populations et les décideurs, en ce sens qu'on apporte une certaine caution par la notabilité que l'on représente auprès des institutions.

Concernant la seconde dimension, celle des répercussions économiques, je veux bien qu'un réseau soit producteur, que l'on soit effectivement de vrais entrepreneurs au même titre que l'institution et que l'on ait les moyens de prendre en charge une population donnée. Mais cela veut dire que le réseau de proximité, avec l'ensemble des institutions qui travaillent, dispose d'un budget. Actuellement, pour 26 000 habitants, on a un budget moyen de 12 500 Frs pour la santé par tête d'habitant, vous voyez le budget sur lequel on est.

Outre ce problème de budget, on constate que ni l'institution ni les Pouvoirs Publics ne sont prêts aujourd'hui à déléguer les pouvoirs que cela implique, parce que l'on est bien dans un problème de délégation de pouvoir. Quand on voit que, déjà au niveau des instances du FAQSV, ils ne sont pas « fichus » de déléguer des compétences aux professionnels sur la réorganisation du système, imaginez ce que cela sera quand on arrivera sur des enveloppes de 1 000 milliards de francs et non pas de 500 millions de francs ! Parce qu'en effet il faudra bien arriver à une enveloppe globale. Il faudra bien raisonner, non pas sur une enveloppe dédiée pour les réseaux mais bien sur l'ensemble des dispositifs et donc sur 1 000 milliards de francs.

Va-t-on alors être capable de traiter les problèmes de la population et redéfinir les enjeux de territorialité, de pouvoir et de redistribution des richesses ? Ou bien va-t-on se cantonner à la résolutions des problématiques institutionnelles ? Vous voyez bien que cela dépasse le niveau national comme le local.

M. CHOSSEGROS

Comment faire avancer les choses si on ne peut pas poser les bonnes questions ? Par exemple, dans le réseau de la Croix Rousse, on parle depuis 10 ans de l'accès aux soins. On essaie de travailler en parallèle sur les logements sociaux, parce que l'on sait bien que l'on n'aura jamais la possibilité de soigner les gens correctement s'ils n'ont pas des logements décentes.

Un autre exemple : on a eu une discussion cette semaine sur le paiement à l'acte et la rémunération. Au lieu d'avoir un vrai débat sur le rôle du médecin, sa mission et la nécessité de redéfinir ses missions, on termine en disant simplement qu'on va modifier et réévaluer les coûts alors que la question devrait être posée ailleurs. Il y a un malaise sur la place du médecin dans la société actuellement.

Ces deux exemple renvoient à la question de ce que les politiques peuvent entendre actuellement dans la société.

L'autre levier d'action, c'est la représentation et de la demande des usagers. C'est ce que l'on a vu, et que l'on voit encore, dans le domaine très limité de l'accès aux soins sur la toxicomanie. Dans notre réseau, nous avons mis en place des systèmes d'accès privilégiés qui semblent être efficaces, et les structures spécialisées ont été obligées de suivre parce qu'il y avait des demandes des usagers eux-mêmes. On peut penser que les associations de malades, qui se rencontrent et qui discutent de la prise en charge, ont des possibilités d'action.

M. CONTANDRIOPOULOS

Si l'on veut faire avancer les choses, il faut parler un peu des vraies questions. Il faut revenir sur la question des réseaux de santé et des réseaux de soins.

La finalité des réseaux de santé, la santé de la population, dépend de facteurs sur lesquels les réseaux ont peu de prise. Il s'agit d'une responsabilité collective, c'est l'affaire des municipalités, des régions, des groupes organisés mais ce n'est pas l'affaire des docteurs, des infirmières, etc.

Pour donner aux réseaux une légitimité suffisante pour qu'ils puissent obtenir des ressources, il faudrait d'abord créer des réseaux de soins et montrer qu'ils contribuent à réduire la durée, l'intensité et les conséquences de la maladie. Si l'on pouvait faire cela de façon adéquate, on pourrait facilement convaincre la population et la tutelle que les réseaux sont en train de faire ce que les gens souhaitent.

Une fois cela acquis, il sera peut-être possible, en concertation avec les autres instances sociales et politiques, d'améliorer les conditions de vie de la population. Mais ce n'est pas le Ministère de la santé qui devrait être responsable de cette démarche, elle devrait être assumée par l'ensemble de la société.

Restitution des ateliers et discussion

La journée du 8 juin est conçue comme un espace de communication et de discussion sur la base des interventions qui se sont tenues le vendredi 7 juin. La matinée a réuni les participants en trois groupes favorisant l'échange d'idées. Les trois textes suivants présentent une synthèse des débats tenus dans chacun de ces groupes de travail.

1. Synthèse des débats du groupe n° 1

Selon les indications très précises qui nous avaient été données, nous sommes partis de certaines expériences. Et à partir de ces expériences, nous avons essayé de travailler : d'une part, sur la question « l'évaluation, pour qui ? » et d'autre part, sur l'émergence de priorités en termes d'évaluation.

Je ne vais pas rapporter en tant que telles, les expériences mais plutôt rapporter les points de discussion qui ont émergé à leur propos. Voyons ce qu'il en est de la question du : pour qui ?

L'évaluation, pour qui ?

Je crois que je ne trahis pas le groupe en disant qu'il y a eu consensus pour dire qu'on en général à faire à un double destinataire, d'une part les acteurs mêmes du réseau et d'autre part, les financeurs du réseau. On a par ailleurs dit que ces deux groupes d'acteurs étaient des destinataires concomitants de l'évaluation et non pas séparés l'un de l'autre.

Le débat a alors mis en avant le caractère conflictuel lié notamment à cette concomitance mais la discussion nous a finalement amenés à dire que le terme de « conflit » ne convenait peut-être pas et que le terme de négociation était probablement plus adapté. En effet, si ces destinataires sont présents de façon concomitante, il s'agit alors de trouver une passerelle entre ceux-ci, ce processus faisant appel et reposant de toute évidence sur de la négociation. Dans la continuité de cette réflexion, nous avons conclu qu'il était *a priori* faisable de construire une évaluation répondant à ces deux attentes.

Ceci étant et nous avons alors insisté sur ce point, cela ne voulait pas dire que l'on rend les mêmes comptes aux mêmes acteurs. Ainsi, ce que l'on rend, en termes d'évaluation, aux acteurs du réseau, n'a pas forcément la même teneur que ce que l'on rend aux financeurs.

Un participant a alors fait remarquer que ce qui est rendu aux usagers n'a pas non plus la même teneur. Et à ce propos, nous avons dans notre atelier un représentant de la Ligue contre le cancer ; il a confirmé que ce qui est attendu des usagers (et ce qui leur est rendu), en termes d'évaluation, ce n'est pas la même chose que ce qui est attendu par et rendu aux financeurs. Ainsi le Conseil d'Administration est plus intéressé par tout l'aspect économique et par les coûts, tandis que les usagers s'intéressent essentiellement au service rendu et à la qualité plutôt qu'au coût, chose qu'il vaut mieux ne pas trop évoquer.

Revenons à la question du double destinataire, la discussion nous a amenés à aborder le problème épineux de l'évaluation interne versus l'évaluation externe. Et cela nous a occupés un bon moment.

En fait, on est arrivé sur l'idée qu'il y avait une double compréhension du « interne/externe ». Le premier sens renvoie à l'identité du destinataire des résultats de l'évaluation : est-ce que le demandeur est l'institutionnel, le financeur ou est-ce que ce sont les acteurs ? Le second renvoie au fait qu'il y ait un tiers méthodologiste ou non. Pendant un moment de la discussion, il y a eu ambiguïté et confusion autour de cela.

Nous ne sommes pas vraiment revenus sur le premier point qui renvoie en fait à la question déjà amplement discutée du double destinataire. Rappelons simplement qu'on a donc en général un demandeur interne et un demandeur externe.

Sur le second point, la question du tiers méthodologiste, cela a été plus difficile. Nous avons commencé le débat en soulignant qu'en fait le tiers méthodologiste finit en général par endosser une double casquette. En effet, d'externe au départ, il devient assez rapidement « interne » puisqu'il fait parti du groupe technique d'évaluation et qu'il est donc partie prenante dans l'évaluation interne. En même temps, il joue le rôle de médiateur externe entre des destinataires différents et des attentes différentes ; il se retrouve alors inévitablement dans le processus de négociation entre les destinataires et notamment, entre les acteurs et les financeurs. Cela l'amène à occuper une place importante dans la définition négociée de ce que doit être l'évaluation et les axes à privilégier ou non.

Sur cette question du positionnement du tiers méthodologiste, nous sommes finalement arrivés au consensus suivant : d'un côté, l'évaluateur reste toujours externe aux différentes institutions, parties prenantes dans l'évaluation. Et à ce titre, il n'a donc pas à se mêler de leur point de vue et de leur rapport de force. Mais en revanche, comme on l'a dit précédemment, il est aussi inévitablement interne. Donc on peut faire la distinction en disant : le tiers évaluateur est externe au réseau mais dans le même temps interne au projet, en ce sens qu'il est partie prenante du projet. Il ne peut ainsi pas dire qu'il est uniquement observateur car son intervention fait qu'il a un impact sur ce projet.

L'exemple des 19 réseaux MSA a été donné pour illustrer cela. L'interprétation de l'évaluateur consistait en fait à être un colporteur, c'est-à-dire quelqu'un qui prenait ce qui marchait bien dans un réseau pour le colporter dans les réseaux dans lesquels on avait l'impression que cela marchait moins bien. De ce point de vue-là, il intervenait de façon très forte et très positive dans la constitution et l'élaboration même des réseaux. Pour autant, il était toujours externe aux différents objectifs avoués ou cachés, des différents acteurs, financeurs, etc. Ce qui est intéressant dans cet exemple, c'est qu'au départ, le tiers évaluateur est totalement externe : il a été choisi sur appel d'offres selon des procédures les plus rigoureuses et transparentes possibles et malgré cela, il est devenu colporteur.

Enfin, une question pratique est apparue sur cette question du tiers évaluateur, question qui est en relation avec ce que l'on a évoqué hier sur l'existence d'un marché de l'évaluation. S'il semble assez facile de faire appel à un tiers méthodologiste à Paris, il n'en est pas de même en province. Donc il y a une question qui est posée : à qui peut-on faire appel et comment définir les profils de tiers méthodologistes ou d'équipes, qui pourraient être à même de mener des évaluations de réseaux ? On n'a pas forcément répondu à la question. Mais il est important de dire qu'elle a été soulevée et qu'elle pose problème.

Voilà pour la question du « pour qui ? » voyons ce qu'il en est de la question des priorités en termes d'évaluation.

L'émergence des priorités

Par rapport à l'émergence des priorités, le point de départ a été assez structurant et a consisté à dire premièrement, qu'un réseau a une durée de vie qui lui est propre et deuxièmement, qu'il connaît différentes étapes de construction, puis de fonctionnement, qui font que la question de l'évaluation ne va pas se poser de la même façon à ces différentes étapes. La question de l'évaluation est donc plutôt, dans ce cas-là, un processus itératif et évolutif.

Un autre point a été soulevé comme parenthèse préliminaire : il y a des familles de réseaux un peu différentes selon que le réseau est plus ou moins modélisable. J'entends par là qu'il y a par exemple des réseaux qui sont quasiment des réseaux de recherche clinique, dans la mesure où ils vont mettre en place un protocole de soins particuliers. Pour ces réseaux, on va pouvoir mettre en place une évaluation quasiment de type médico-économique. Par contre, un réseau qui est plutôt un réseau de santé – voire de santé communautaire – ne pourra pas faire l'objet de cette modélisation-là et il y a donc peut-être des types de réseaux, à définir, en face desquels il faudra déterminer des modes d'évaluation différents.

Pour en revenir à la question des différentes étapes de vie du réseau, on peut voir deux axes se dégager qui seraient évalués de façon successive, mais pas forcément. Le premier axe tournerait autour de l'organisation, de la coordination, de l'évaluation du processus en quelque sorte ; cet axe serait plutôt mis en avant dans la phase de construction ou de mise en œuvre du réseau. Il faut insister sur un point : lors de la phase de construction, certains réseaux et notamment les réseaux médico-sociaux, mettent en place des procédures et des façons de faire qui sont relativement peu connues. Se fait jour alors certainement dans l'évaluation, la nécessité de décrire ce qu'est un travail médico-social qui vient enrichir la question de l'organisation et de la coordination.

Le second axe qui sera peut-être privilégié, à un moment ultérieur est constitué de l'évaluation des résultats et du service rendu – résultats bien évidemment intermédiaires. Là aussi, il y a différents niveaux de résultats. On n'a pas vraiment approfondi la question parce que l'on était en fin de matinée. Donc je vous livre ce sur quoi on s'est arrêté mais il y a certainement beaucoup d'autres choses à dire sur les résultats.

Un point particulier a été soulevé par rapport à ces deux axes. Certes, les réseaux ont une durée de vie et des étapes de construction propres à un projet mais, par ailleurs, un réseau est évolutif et va s'adapter. Par exemple, un projet de réseau de soins peut évoluer vers un projet de réseau de santé. En fait, on peut dire qu'il n'y a pas du tout de stabilité des projets et cela pas uniquement en termes de processus de vie du réseau, mais plutôt en termes de changement complet de l'objet. Ainsi pour les évaluateurs, se pose la question de: quel objet évalue-t-on à un moment donné ?

Ce point a de l'importance pour savoir où l'on est et quand on fait de l'évaluation.

On est revenu ensuite sur le point soulevé en préliminaire et qui concerne la diversité des modèles de réseaux. Il a été proposé de travailler à construire une typologie de réseaux en fonction de ce qui est modélisable, qui serait destinée aux réseaux pour qu'ils sachent où ils en sont et ce qu'ils sont. Il a semblé important de caractériser les réseaux en répondant à certaines questions.

- Est-ce qu'ils sont en période de stabilisation ou non ?
- Est-ce qu'ils sont modélisables ?
- Quel type d'évaluation peuvent-ils être en mesure de proposer par eux-mêmes ?
- Dans quelles attentes peuvent-ils être par rapport à l'évaluation ?
- Dans quelles attentes les financeurs peuvent-ils être également ?

C'est sur ce dernier point que la matinée s'est achevée.

Discussion avec la salle

Mme CONARD

Il y a un point que j'ai soulevé et j'aimerais le redire ici parce qu'il n'a pas été donné dans le compte rendu.

Par rapport à l'évaluation, on a mis en place un projet d'évaluation localement sur le bassin alésien et par rapport à ce projet, on s'est adressé à des spécialistes, professeurs de santé publique, pour nous aider et nous accompagner. On s'est rendu compte que pour pouvoir arriver à travailler ensemble, en groupes pluridisciplinaires, il a fallu un long moment, tant pour les acteurs de réseaux que pour les chercheurs, comme lorsqu'un réseau se crée. Un temps de formation mutuelle est nécessaire : d'une part, les chercheurs ont à se former à ce qu'est un réseau de santé ; et d'autre part, les acteurs doivent comprendre les enjeux de l'évaluation et savoir ce qu'ils peuvent proposer pour construire une évaluation qui leur convienne.

Je pense qu'il est nécessaire que ce temps de formation soit réciproque et nous, on a mis du temps. Le professeur de santé publique qui a travaillé avec nous dit que cela a complètement changé sa façon de voir les choses et je pense que c'est important.

2. Synthèse des débats du groupe n° 2

On peut dire que les discussions dans ce groupe ont été extrêmement riches et on va essayer de les restituer en étant les plus fidèles possible, sachant qu'il est impossible d'être exhaustif compte tenu du temps qui nous est imparti. On a privilégié deux thèmes qui ont été discutés : « qui fait quoi ? » et « comment ».

« *Qui fait quoi ?* »

Vous allez voir que l'on retrouve beaucoup de points par rapport à ce qui vient d'être dit et donc on est bien sur la même longueur d'onde.

Sur le « qu'évalue-t-on ? », le premier point à résoudre est de savoir si on est sur de la santé ou sur du soin. La même conclusion est ressortie. C'est-à-dire que l'on ne peut pas distinguer le soin de la santé. Il faut en avoir conscience quand on bâtit l'évaluation. Le second point porte sur la définition des finalités du réseau. Ce qui est ressorti au niveau des finalités, c'est que c'est sur le terrain que les finalités émergent et que finalement, le rôle de l'évaluateur n'est certainement pas de définir ces finalités, mais d'apporter les méthodes qui permettront de les objectiver et de les mesurer.

Ce qui revient à dire que l'on a répondu à la question de « qui évalue ? ». La réponse donnée dans ce groupe est : ce sont les réseaux.

Maintenant, une autre question a souvent été évoquée au cours de ces journées : « pour qui évalue-t-on ? » Le groupe répond que c'est également pour les réseaux. Cela implique que les experts de l'évaluation doivent travailler avec les acteurs des réseaux à la formulation, à la mise en scène ou en discours ou en objectivation des objectifs et des finalités des acteurs de réseau.

A ce moment-là des débats, une intervention introduit le patient comme acteur central : si l'évaluation, c'est de répondre aux objectifs des réseaux et que ces mêmes objectifs sont d'avoir des retombées pour les patients, alors on peut se demander si le véritable « l'évaluation, pour qui ? » n'est pas le patient.

Et finalement, il a été dit aussi que si ce sont les besoins de la population qui ont initié les réseaux au démarrage et que l'on juge que ces besoins sont légitimes, effectivement, est-ce que les véritables acteurs légitimes, ce ne sont pas les patients ?

Donc voilà pour le « qui fait quoi ? » et la question de la légitimité.

« *Comment ?* »

La première question posée, c'était : peut-on faire une grille d'évaluation adaptable à la diversité des réseaux ?

La réponse donnée par le groupe a été claire. C'est non.

Le premier argument fortement défendu par certains participants, c'est que l'on ne peut pas traiter de la même façon des réseaux historiques et des réseaux récents, les réseaux récents rentrant plus dans les cadres d'évaluation tels qu'on les a présentés. Quant aux réseaux historiques, pour pouvoir les comprendre et les évaluer, il faudrait absolument regarder tout le processus historique qui a permis de faire ce qu'ils sont aujourd'hui. Donc on voit bien que ce sont des méthodes différentes.

Le deuxième argument porte sur la taille des réseaux. Il ne faut pas que l'évaluation plombe le réseau. On ne peut pas demander les mêmes choses à un petit ou à un gros réseau.

Troisièmement, la méthode doit être choisie en fonction du destinataire, nous en avons parlé tout à l'heure.

Par ailleurs, on a également travaillé sur les critères d'évaluation (est-il encore pertinent aujourd'hui étant donné le contexte législatif, de continuer à travailler sur le concept d'évaluation finale ?) et sur le rapport entre le degré d'exigence en termes d'évaluation compte tenu des données de comparaison possibles. Sur ce dernier point, le groupe s'interroge : peut-on demander aux réseaux de travailler sur une analyse en termes de plus-value dans la mesure où ils n'ont ni les méthodes, ni les données pour pouvoir forcément se comparer aux autres ? On ne peut pas non plus, demander aux réseaux de se comparer au système de santé. On le disait déjà hier.

Au cours de ces deux journées, il a été fait état d'un certain malaise concernant l'évaluation. L'une des explications qui a été proposée ici, c'est que le réseau se serait trouvé enfermé dans un cadre institutionnel, en raison du contexte réglementaire. Et quand on lit le document de l'ANAES, on voit bien que les réseaux voient plutôt l'évaluation comme une contrainte institutionnelle plutôt que comme quelque chose de positif pour eux et que ce cadre institutionnel est extrêmement réduit. Donc il faut peut-être sortir tout simplement du cadre évaluatif défini par les institutions.

Précédemment, on a dit que les finalités doivent être issues des réseaux. On retrouve cette idée dans le choix de la méthode. Certains participants ont mis en avant que l'évaluation doit s'adapter au réseau. Mais attention, il ne faut jamais perdre de vue que l'évaluation doit être scientifiquement valide. Elle ne doit en aucun cas servir à justifier un discours déjà formaté. Elle doit être le signe d'un véritable questionnement. N'oublions pas que l'évaluation n'est pas neutre.

Tout cela concourt à une autre notion : puisqu'il y a autant de points de vue, autant de variables, on va rentrer dans une procédure de négociation des variables. Et qui dit négociation, dit que chacun doit accepter de faire des compromis et donc peut-être, ne pas aller jusqu'où il voulait aller. C'est une véritable négociation. Aucun des acteurs impliqués dans l'évaluation ne doit imposer son point de vue.

Enfin, quand on se pose la question de l'évaluation, il faut faire le point sur l'existant en termes de données, sur ce dont on dispose, sur ce qui est possible, etc. Mais toujours : ne pas partir dans des grands schémas qui sont en fait impossibles à mettre en pratique.

Quelqu'un a dit lors des discussions, qu'il y a confusion entre les valeurs et les outils et que quelque part, ce qui était des valeurs au départ, devient progressivement des outils et que l'on confond tout. Cela met en lumière l'enjeu de la professionnalisation des réseaux et de la professionnalisation du mouvement qui rassemble les réseaux et c'est l'un des enjeux forts qui est ressorti. On a eu des débats très riches au sens où ils étaient vrais et francs. Dans le groupe en fait, il n'y avait pas de financeur. Donc le débat se faisait entre des experts et des professionnels. On voit en tous les cas que si l'on veut avancer ensemble autour de l'évaluation des réseaux, il y a un vrai enjeu à définir nos hypothèses de travail collectives entre chercheurs et professionnels de réseaux et peut-être aussi associer des financeurs au moins déjà entre nous. C'était là, un élément fort que je voulais souligner.

Je termine par un trait positif. On a parlé d'un certain malaise mais plusieurs fois dans la discussion, il a été dit que l'évaluation est un point positif. C'est un bénéfice pour le réseau, ce serait même un élément fondamental de la vie du réseau.

Une expérience nous a été décrite. Au début, c'est vrai que la démarche évaluative est difficile. Ce n'est pas facile de rentrer dans cette démarche-là, mais finalement, il y a eu beaucoup d'apport. En particulier, cela a permis de prendre un certain recul et de se poser certaines questions à un moment où l'on constatait que le réseau s'étiolait peut-être. Cela peut être un moyen de :

- remotiver les troupes en montrant les « plus » du travail en réseau ;
- montrer aux libéraux non convaincus pour le moment, que cela vaut la peine ;
- capitaliser les pratiques qui sont bonnes pour pouvoir les enseigner et les généraliser ;
- évaluer un savoir-faire.

Pour conclure, il a été dit que l'important est de ne pas oublier l'histoire du réseau et de vraiment l'analyser dans son contexte historique. L'autre question importante est celle de la légitimité des critères : le point de vue du groupe est que l'évaluation est principalement à destination des acteurs de réseaux et que la légitimité des finalités peut être celle du patient.

Discussion avec la salle

M. LAUNOIS

Il y a deux points de vue qui n'ont pas été évoqués et que je voudrais rappeler.

Premièrement, il y a eu une remarque sur les comportements des évaluateurs et des promoteurs et avec deux mots-clés : les évaluateurs sont sur la défensive et les promoteurs sont frustrés. Donc je pense que lorsque l'on évoque l'harmonie générale, il serait quand même intéressant de savoir ce qui se cache derrière ces mots.

Deuxièmement, il y a eu une remarque sur le fait d'analyser l'histoire du réseau. Il y a des divergences d'appréciation sur ce thème. Je pense que l'histoire du réseau —mais ce n'est pas la position de la Coordination Nationale des Réseaux— se capitalise dans l'intervention du réseau. Un schéma d'évaluation quasi-expérimental permettra de s'apercevoir naturellement de l'impact de l'histoire du réseau et de l'accumulation de savoir-faire et de connaissances. Il n'y a pas besoin de reconstituer l'histoire dans le détail en rétrospectif ; il faut évaluer par une évaluation prospective, l'impact de cette histoire.

M. FHIMA

On ne va pas reprendre le débat. L'idée est la suivante : si l'on est en train de définir une dynamique, il me semble important de détacher la construction, « pourquoi la création des réseaux ? », et de projeter cet élément en termes d'indicateurs qui pourront, à terme, apporter un éclairage sur le « pour quoi les réseaux aujourd'hui ? » et sur ce que cela apporte sur le système de santé au sens large. Ce n'est pas le mot « santé » tel que défini encore par le Ministère.

Il est bien entendu que ce n'est pas du tout la position qui vient d'être tenue. Le propos de se projeter, c'est de partir sur des critères d'évaluation de projet, de voir comment les réseaux se construisent, puis de retirer de cette analyse, l'expérimentation et l'évaluation qui peut en être faite. Cela montre que l'on est dans des cultures, des modes de pensée et de travail, différents. Si le malaise peut se dissiper, on voit que la naissance de la mise en commun va nécessiter un temps de réflexion ensemble.

En pratique, il faudra que l'appel d'offres, qui doit être lancé aux réseaux dans le cadre du projet AAC, pose clairement ce qu'est la mayonnaise de l'organisation du travail, ce que l'on veut faire. Il faut que les réseaux sachent sur quoi ils s'engagent, qu'ils comprennent la perspective dans laquelle ils s'aventurent. Il faut que l'on sache très bien que chacun a ses compétences et que chacun a ses pluralités d'analyse, et que tout cela soit pris en compte dans le travail collectif que l'on va faire. C'est important sinon il n'y aura pas le respect du travail fait entre nous et ce travail ne sera pas productif.

M. LOMBRIL

Certes, l'évaluation, c'est avant tout un service que les promoteurs se rendent à eux-mêmes, mais c'est quand même aussi dans la finalité, d'améliorer un service rendu à l'utilisateur, au sens du patient. Et donc c'est renvoyer à quelque chose dont on n'a pas eu le temps de débattre. Quand on parle de réseau de réseaux, quand on parle de territoire, c'est une dimension qui mérite d'être rappelée dans le débat plus général.

Mme FRATTINI

Dans la lignée de ce qui vient d'être dit par Mr LOMBRAIL, je voudrais dire que la façon dont cela a été rapporté, laisse à penser qu'il fallait rendre compte au patient. Cela peut faire partie du fameux discours qui consiste à dire que le patient est au centre du réseau, etc. Mais, quels moyens on se donne pour que ce patient puisse véritablement interagir avec la production de résultat qu'on lui a donné ? Si l'on se contente de lui donner individuellement un compte rendu, quel qu'il soit, et que l'on ne produit pas un discours collectif des patients ou des élus, ou de je ne sais pas qui, c'est un peu un leurre.

Mme MIDY

Effectivement, ce n'était pas du tout l'idée qu'il faut rendre compte au patient. Ce dont il a été débattu, c'est la légitimité du patient en amont et en aval de l'évaluation pour aider à définir les finalités.

Un participant

Par rapport à ce qui a été dit sur l'évaluation finale, je voudrais donner une précision sur la temporalité de l'évaluation, parce que la façon dont les choses ont été présentées a peut-être laissé les gens un peu sceptiques.

Pour un réseau expérimental, ex-SOUBIE, c'était simple. On affichait une logique d'agrément, une expérimentation dont la fin était déterminée et centrée à 3 ans. Donc évaluation finale à 3 ans, et point barre ! Mais maintenant, on n'est plus dans une logique d'agrément, on est dans une logique de financement, où théoriquement le réseau peut continuer de fonctionner tant qu'il a les ressources pour le faire. Partant de là, quand s'arrête-t-on pour faire une photographie de l'activité du réseau ? Et peut-on véritablement encore parler d'évaluation finale ? A titre purement personnel, je pense que l'on ne peut pas définir le même laps de temps pour l'évaluation d'un réseau de soins palliatifs que pour l'évaluation d'un réseau dont le but est de permettre l'entrée en dialyse de patients et pour lequel l'efficacité s'appréciera sur le long terme.

J'aurai une dernière remarque, s'ajoutant au débat sur l'historicité des réseaux et la prise en compte de son histoire dans l'évaluation. Il n'y a pas que les réseaux CNR qui aient une histoire ; et je pense que Mr Fhima ne va pas me contredire. Un exemple simple : parmi les réseaux diabète passés dans les filtres CNAMTS, deux avaient reçu un financement très ancien, au titre du FNPUICS. Le troisième réseau Diabète remonte à 1991, à l'initiative du Comité Départemental du Diabète de l'Essonne. Je pense qu'une fois que l'on a dit cela, cela permet d'éviter de jeter l'opprobre sur un tel ou un tel.

3. Synthèse des débats du groupe n° 3

Nous avons travaillé sur la question : l'évaluation, pour qui ?, c'est-à-dire à qui sert-elle, et pour quoi faire ?

La discussion a démarré avec le récit, par quelques participants acteurs de réseaux, d'un certain nombre d'expériences concrètes d'évaluation vécues comme des expériences repoussoirs (ayant par exemple beaucoup mobilisé les réseaux sans leur être utiles) .

Progressivement a émergé l'idée que trois niveaux d'évaluation peuvent exister.

Premier niveau d'évaluation

C'est celui qui paraît tout à fait prioritaire aux acteurs, c'est l'évaluation accompagnement, c'est-à-dire l'outil au service des acteurs du réseau. C'est l'évaluation qui leur donne les éléments d'une meilleure compréhension et d'une meilleure maîtrise de ce qu'ils font. C'est une évaluation qui est en étroite participation avec eux et qui est pilotée par eux. En conséquence, sa démarche et ses options, définis par les réseaux eux-mêmes, sont éminemment variables. Il faut accepter cette grande variabilité, reflet de l'expérience spécifique de chaque réseau, et ne pas chercher à la normer.

Il faut donc aussi en accepter les limites, par exemple la non transposabilité à l'ensemble de la population. Il s'agit avant tout d'un outil pensé au service des acteurs de réseau, en lien avec le processus de développement du réseau. Des réseaux à des stades de développement différents auront des modes d'évaluation différents, ciblés sur ce qui leur permet, à eux, d'avancer.

L'idée a été émise que cette évaluation-là devrait être complètement constitutive d'un réseau (comme d'autres organisations d'ailleurs). L'exemple donné a été le secteur médico-social, qui a un financement régulier pour des actions de supervision communes. Le financement de cette évaluation devrait partie du financement du réseau, puisque c'était une condition logique de son fonctionnement au quotidien.

Dernier point souligné à propos de ce niveau d'évaluation : la qualité demandée aux évaluateurs pour la mener à bien. C'est moins une technicité dans certains domaines que la capacité de renvoyer aux acteurs de quoi les faire réfléchir, car ils sont dans l'action en permanence et n'ont pas énormément de temps pour prendre du recul. L'objectif, c'est de leur faciliter ce recul, et une bonne façon de le faire est de leur permettre de se confronter à d'autres expériences. C'est donc plus la connaissance, l'expérience de l'évaluateur avec d'autres réseaux, qui sera précieuse, que sa technicité.

C'est là, le premier niveau de l'évaluation. C'est celui qui paraît essentiel, les acteurs de réseaux voient bien ce qu'elle apporte, et les qualités d'une bonne évaluation ainsi conçue.

Deuxième niveau d'évaluation

Le deuxième niveau d'évaluation s'inscrit dans une logique de restitution de comptes, de la part du réseau, aux institutions. Le sentiment généralement partagé est ici qu'il y a peut-être lieu de reprendre un peu de distance par rapport à une conception qui a été longtemps dominante et qui pourrait s'exprimer comme : « mettons-nous tous autour de la table et regardons tout, tous ensemble et tout le temps ». La restitution des comptes est quelque chose qui se négocie entre le réseau et son financeur, qui n'est pas la totalité de ce que le réseau produit dans son évaluation pour lui-même, ce peut en être éventuellement extrait.

Beaucoup d'interventions ont souligné qu'aujourd'hui, les tutelles et les financeurs, peut-être par incapacité à voir eux-mêmes ce qu'ils voudraient vraiment regarder et ce qu'ils voudraient vraiment évaluer dans une intervention, ou dans un réseau, ont une forte tendance à vouloir tout regarder et à être assez intrusifs, y compris dans l'analyse des processus, c'est-à-dire le fonctionnement à un niveau très micro entre les acteurs. Et finalement, ce n'est peut-être pas leur rôle, leur rôle étant plutôt du côté de savoir si le service attendu est bien rendu – et donc plutôt du côté des actions et des interventions. Leur question devrait être : quel est le service rendu par le réseau ?

La nécessité d'une démarcation entre le premier et le second niveau d'évaluation a été fortement ressentie et exprimée par les acteurs de réseau. Il y a une volonté de transparence, mais aussi une certaine vigilance sur la façon dont on rend des comptes à l'institution.

Ce qui a été également mis en cause dans ce cadre, c'est parfois l'absence d'adéquation de certaines démarches évaluatives très standardisées à l'objet du réseau, à ce qu'il cherche à faire.

Dans cet espace de négociation locale, un tiers est-il nécessaire ?

Pour le premier niveau d'évaluation, c'est au réseau de voir s'il en a besoin. L'ensemble des participants s'est accordé sur le fait que c'est en général, pour le réseau, un assez bon processus que de s'associer le service de gens extérieurs pour l'évaluation. Mais c'est de sa responsabilité de faire ce choix.

Pour le deuxième niveau d'évaluation, on est dans une négociation entre deux acteurs sur la nature des comptes que l'un rend à l'autre par rapport à un financement, par rapport à un financement spécifique, ou non d'ailleurs, qui lui est alloué.

Le tiers est sans doute nécessaire, et peut-être d'autant plus nécessaire que, comme l'ont évoqué plusieurs participants, il serait important que cette évaluation soit en quelque sorte réciproque. C'est-à-dire que l'évaluateur évalue bien le réseau, ce que fait le réseau, mais que quelque part, il évalue aussi la capacité qu'a l'institution qui le finance et qui le regarde fonctionner, qu'il évalue les faiblesses de l'autre côté, c'est-à-dire du côté de l'institution qui, soit par un système de contraintes qu'elle lui donne, soit par la non-pérennité des financements, par la précarité des conditions dans lesquelles elle le met, le met aussi dans un système de contraintes et de fragilisation. Et cela aussi, il faut que ce soit retourné à l'institution.

Et donc de ce point de vue-là, c'est plus facile avec un évaluateur externe.

L'idée émise par certains est que si l'on n'était pas dans une phase relativement frontale aujourd'hui, qui rendait parfois cette explicitation des contraintes faites au réseau difficile, peut-être que l'on pourrait se passer d'un tiers dans ce niveau d'évaluation qui est de la restitution de comptes.

Le troisième niveau d'évaluation

Le troisième niveau est un niveau plus global, pour lequel on n'a pas dans notre séminaire, ni autour de la table, ni dans les groupes de travail, l'ensemble des acteurs qui seraient fondés à en parler et à y contribuer.

C'est un niveau où ce n'est pas un réseau que l'on évalue, mais un ensemble d'expériences. L'idée est que l'évaluation peut servir au passage de quelque chose qui est très expérimental, et qui essaie de transformer des pratiques, à la diffusion de cette transformation dans l'ensemble du système et vis-à-vis de tous les professionnels. C'est l'irrigation de nouveaux modes de faire dans l'ensemble du système. Cette évaluation-là doit nécessairement s'appuyer sur une multitude d'expériences. Ce n'est pas une évaluation individuelle.

Or, on voit bien que ce type d'évaluation est peu demandé aujourd'hui. D'une certaine façon, le projet que l'on mène ensemble, de façon assez paradoxale, se substitue un peu à cette absence de réflexion sur ce que pourrait être une évaluation qui serait un levier pour une diffusion de l'expérience réseau, pour une forme de généralisation.

Le rôle de l'évaluation comme levier pour la reconnaissance des réseaux a été aussi évoqué. La question s'est posée de savoir à quel niveau d'évaluation on se situe quand on envisage cette fonction de l'évaluation. C'est bien dans le troisième niveau à l'évidence, mais aussi sans doute le deuxième dans la mesure où les choses ne sont pas acquises dans la négociation quotidienne, sur la pérennité des expériences qui sont en cours, et que ce besoin de reconnaissance locale existe aussi.

Intervention complémentaire

Il serait sans doute important d'essayer de créer un espace, que l'on a appelé de médiation, ou de négociation, mais finalement aucun des termes ne convient tout à fait et on ne sait pas très bien non plus si c'est une instance, ou une structure... Mais c'est quand même un endroit où l'on pourrait essayer d'externaliser (au sens de les dégager un peu des champs de forces institutionnelles), essayer d'extraire une connaissance commune qui pourrait, parce qu'elle n'est pas complètement dans la négociation frontale, être vraiment un levier de progression de l'idée de réseau dans l'ensemble du système.

L'idée, c'est bien celle d'un espace de confrontation sur, précisément, la question de la validité de la connaissance. Donc de fait, on voit bien que la question de la production de connaissances aujourd'hui, ce n'est pas la même chose que la négociation qui se perd dans les rapports au niveau du terrain. On a fait un parallèle avec la question de l'expérimentation sociale à un moment donné.

Quand on est une institution qui porte des projets, ou quand on est des acteurs de terrain qui portons nos projets, peut-on inscrire un regard, peut-on travailler à l'analyse de sa propre histoire, ou à l'analyse des rapports qui peuvent se développer autour de l'idée de réseau si on ne s'externalise pas ? Donc c'est bien l'idée de s'externaliser par rapport aux rapports dans le jeu institutionnel. Et après, ce sont des expériences qui sont censées ouvrir l'intelligence.

Discussion avec la salle

Mme BERNARD

Ce dernier point est très important : l'évaluation pouvait être une chance pour qu'il y ait une reconnaissance des réseaux, tant au niveau des institutions que des professionnels actuellement externes au réseau.

M. CHOSSEGROS

Il y avait plusieurs points que je voulais faire remarquer.

Premièrement, je crois que la notion de modèle ne peut pas être mobilisée dans l'évaluation de niveau 1, parce que dans ces systèmes complexes, on n'a jamais tous les éléments qui permettent cette transposition ; on préfère donc parler d'exemples et non pas de modèles. Si on prend quelque chose que l'on remet ailleurs, cela ne marche pas parce qu'il y a trop d'éléments et que l'on ne les contrôle pas. C'est un point qui paraît important à Mr Fhima et à moi-même.

Deuxièmement, si on admet que l'évaluation de niveau 2 ne soit pas justifiée du point de vue des réseaux dans leur fonctionnement, alors les réseaux ont le droit de demander à ce que les institutionnels montrent en quoi cela leur sert à quelque chose. Et si cela ne sert à rien, sinon simplement à engranger des chiffres pour dire que l'on a fait quelque chose, on peut *a posteriori* au moins, leur dire que l'on refuse de faire.

Enfin, j'insisterai sur la notion de reconnaissance, parce qu'elle est importante aux trois niveaux. On parle surtout de la reconnaissance au niveau des institutions (niveau 2). Mais ce qui va se faire notamment aux niveaux 1 et 3, c'est la reconnaissance vis-à-vis des professionnels parce que cela permet de les motiver. Ce sont les exemples de ce que l'on aura fait, de ce qui marche pour les usagers et qui est donc repris par eux, qui exerceront une pression susceptible de faire bouger le système. C'est pourquoi la reconnaissance et la validation de ce qui est fait au niveau de l'expérimentation doivent être retransmises auprès des usagers, de la population des malades, qui peuvent se la réapproprier et demander à d'autres professionnels, et éventuellement aux institutionnels, de faire bouger les choses.

Mme PUISSANT

Il faut savoir que si on restitue à la population, cela fait une boucle de rétroaction : cela revient et enclenche autre chose, il faut donc redémarrer une évaluation. Le mouvement social étant un repositionnement permanent du système de santé, et de ce que cela comporte, cela neutralise automatiquement l'évaluation.

Je pense que l'on s'inscrit dans une recherche, quitte ensuite à démontrer *a posteriori* si la recherche est bonne ou pas bonne. Mais la difficulté, c'est l'évolution de chaque réseau or, si on renvoie là sur la population, cela ne va en bouger que plus vite, parce que l'on va faire ressortir des besoins qui ne sont pas pris en compte actuellement dans les réseaux, par manque de moyens, et là, on s'engage sur autre chose et je dirais sur une révolution du système.

Mme FRATTINI

Nous sommes partis du constat qu'il y a eu plutôt des expériences qui finalement n'étaient pas très intéressantes en termes d'évaluation. Nous avons alors tenté de voir en quoi la demande actuelle d'évaluation était adaptée ou pas. Aujourd'hui, l'évaluation est très exactement située entre le niveau 1 et le niveau 2. Or, nous sommes arrivés à la conclusion que ce n'est pas avec des évaluations telles qu'elles se pratiquent actuellement, que cela va nous servir à la fois dans la dynamique locale et dans la dynamique plus générale des réseaux. Je crois qu'en cherchant à identifier ces trois niveaux, on a cherché à faire autrement. Il s'agissait pour nous de définir un cadre qui corresponde à la fois à ce que les Pouvoirs Publics peuvent souhaiter au niveau des pratiques professionnelles, et aux demandes et attentes de la population.

Mme FARSI

Je voudrais revenir sur ce qui a été soulevé dans l'atelier précédent, à propos de la défensive des évaluateurs et de la frustration des acteurs de réseaux ; je parlerais plutôt de questionnement. Je dirais que c'est la légitimité et la pertinence qui est en questionnement par rapport aux acteurs des réseaux. Et pour répondre à Mr Launois, il ne s'agit pas de faire de l'évaluation rétrospective. Ce n'est pas ce que les acteurs demandent.

Nous disons ceci : si l'on veut avancer sur la pertinence des méthodes et des indicateurs, il faut pouvoir analyser ce qui s'est passé dans les réseaux auparavant, dans leur histoire

Si l'on n'arrive pas à capitaliser tout cela pour retrouver des indicateurs et des méthodes – et des méthodes pertinentes – on échouera. Et c'est cela le problème : c'est la pertinence. Il ne faut pas rester sur la défensive mais essayer de comprendre tout cela, tout simplement.

Mme POLTON

Est-ce que vous ne croyez pas que cette histoire a plus de sens quand même, à un niveau collectif du réseau qu'à un niveau individuel ?

Qu'elle ait un intérêt pour le réseau lui-même, donc qu'elle soit dans l'évaluation de type 1, que l'on revienne sur le passé, sur les objectifs, sur les changements, la façon dont on a perçu les choses à certains endroits et pourquoi on a changé en cours de route : pas de problème. Mais je pense qu'en revanche, vouloir en faire un objet pour le niveau 2, c'est-à-dire un niveau d'évaluation de type : rendre des comptes à la tutelle, je me demande si on ne s'embarque pas dans un processus que l'on voit beaucoup et qui me donne beaucoup à réfléchir, même dans d'autres domaines.

On aboutit à cette grande difficulté qu'a l'administration globalement à essayer de voir sur quoi elle doit juger les acteurs, que ce soit d'ailleurs les réseaux, ou beaucoup d'autres structures. Et du coup, devant cette incapacité à formuler des objets qui seraient les siens, qui seraient ce dont elle doit s'occuper, elle est prise d'une espèce de vertige à regarder tous les processus, tout l'intérieur des boîtes noires et à se dire qu'elle va de cette façon, essayer de comprendre comment cela marche.

Je crois qu'il y a là, une grande illusion de sa part, je crois. Et puis c'est un manque de répartition des rôles et ce n'est pas sain. Se pencher sur l'histoire intime d'un réseau et la façon dont il a évolué, cela peut apporter des enseignements y compris dans la discussion avec la tutelle, oui. Mais il semble à ce niveau-là, que c'est peut-être dangereux et en tous les cas d'en faire une règle.

Mme FARSI

Je ne parle pas de faire l'évaluation de l'histoire du réseau. Je dis que l'histoire globale des réseaux est importante à prendre en compte lorsque l'on définit les méthodes qui vont être utilisées pour évaluer les réseaux, si on ne veut pas passer à côté d'une pertinence sur le sens qu'avaient ces réseaux —et qu'ils ont toujours. Sinon, on va rester sur des méthodes qui existent aujourd'hui, d'évaluation, d'organisation d'évaluation, d'action médicale et point.

Je prends l'exemple de mon réseau. Je ne vous demande pas d'inventer une méthode pour évaluer ONCORA par rapport à l'histoire d'ONCORA. Ce qui est demandé par les acteurs, c'est de prendre en compte l'histoire de l'ensemble des réseaux pour ne pas se tromper.

Mme FRATTINI

Est-ce que c'est l'histoire, ou la dynamique ?

M. FHIMA

Je voudrais illustrer ce qu'a dit Mme Farsi. Dans le réseau toxicomanie, on a eu des difficultés au départ pour s'entendre avec la DDASS parce qu'elle nous demandait la liste des professionnels qui travaillent dans le réseau. Pour nous, il était hors de question qu'il y ait une liste qui circule. Pourquoi ? Parce que l'on avait tout de suite repéré qu'en termes de toxicomanie, si une liste de médecins circulaient, ils allaient être directement pris en charge par la population qui aurait le nom des gens en capacité de les recevoir, et ils seraient tout de suite envahis et débordés.

L'association fonctionne comme une passerelle coordinatrice entre usagers et professionnels. Un numéro de téléphone, disponible pour les institutions et les professionnels, permet de contacter l'association qui joue le rôle d'intermédiaire. Elle s'adresse à un professionnel membre du réseau et lui explique la problématique du patient ; le professionnel décide s'il est en capacité, ou non, de recevoir le patient. Et on renvoie à la personne qui prend contact avec le professionnel. C'est préparé. Et de cette façon-là, 95 % des contacts sont honorés. On demande un retour d'information pour connaître l'orientation.

Obtenir cette précaution a été une bagarre parce que l'on nous disait : on vous paie, on a le droit de tout savoir. On dit : ce n'est pas parce que vous payez, que vous pouvez tout savoir. Ce que vous demandez ne respecte pas la procédure et le fonctionnement du réseau. Le fait de payer n'est pas une condition d'exigence à tous les niveaux et point barre.

Un participant

Je voudrais revenir sur ce qu'a dit Mme Frattini, à savoir que l'évaluation, telle qu'elle est demandée actuellement, se situe entre le niveau 1 et le niveau 2.

Dans notre groupe, il a été dit que l'on pouvait éventuellement faire la même évaluation pour ces deux niveaux. C'est une position qui a été dite, mais on était mal à l'aise. Quelqu'un est ensuite intervenu pour dire qu'à son avis, il fallait séparer les deux niveaux et laisser le réseau s'évaluer sur deux ans et passer ensuite à une évaluation externe. Donc il était plus dans votre position. Cela dit, pour être dans cette démarche disjointe, il faut négocier avec la tutelle. Elle doit accepter de laisser le réseau s'évaluer pendant deux ans et accepter de financer sur cette durée une évaluation interne endoformative qui débouchera sur la négociation de l'évaluation externe.

Donc il faut une double négociation, que la tutelle ou le financeur accepte de se positionner en retrait pendant deux ans et qu'ensuite, cela permette de préparer conjointement, et de négocier, l'évaluation externe.

Mme FRATTINI

Par rapport à ce qui vient d'être dit, je ne crois pas que dans le groupe dans lequel j'étais, cela se soit posé exactement de cette façon.

On a complètement dissocié les choses et on a mis de côté l'évaluation externe telle que demandée aujourd'hui. L'idée, c'est qu'il y ait une possibilité d'évaluation endoformative quand les réseaux en ressentent le besoin au début, à la fin, au milieu..., quand ils veulent – disons au cours de leur vie – et que donc, ce soit prévu dans leur financement, sachant que l'on n'a pas du tout exclu l'idée qu'il puisse y avoir une façon de rendre compte dès le début au financeur.

Mais après, rendre compte sur quoi ? C'est-à-dire qu'au début, on ne va pas rendre compte sur tout ce qui est demandé.

M. DEMACE

Rendre compte sur quoi ? Est-ce qu'il n'y aurait pas possibilité, si je prends l'exemple des réseaux de toxicomanie, dont on sait qu'ils fonctionnent à peu près tous de la même façon, d'élaborer quelques indicateurs qui permettent de savoir globalement, sur un territoire donné, le nombre de patients qui sont pris en charge par rapport à la population estimée de toxicomanes ? On pourrait ensuite avoir des indicateurs de vitalité du réseau et de sa capacité à s'adapter aux nouvelles situations. Avec cela, on saurait globalement si le champ de la pathologie est couvert et si le réseau est en état de vivre et de remplir sa mission. Est-ce qu'il y a des indicateurs de vitalité, de dynamique d'un réseau ? Est-ce que c'est quelque chose qui peut exister et qui pourrait être utilisé éventuellement ?

Mme FARSI

Mon intervention allait un peu dans le même sens, il s'agissait bien d'une dynamique et non pas d'une histoire chronologique allant de moins l'infini à plus l'infini. Les réseaux s'adaptent et ne devraient jamais perdre leur capacité à s'adapter. C'est ce dont je m'aperçois dans mon réseau, mais aussi ce que j'entends quand je rencontre mes collègues coordonnateurs.

Tout à l'heure, j'ai utilisé une image qui était le travail en étoile. C'est-à-dire qu'en fait, elle va lancer quelque chose, une espèce de branche de l'étoile sur la territorialité, sur la surface qu'elle va couvrir, sur la surface que le réseau va couvrir, sur l'objet et puis elle peut revenir parce qu'elle va être dans l'incapacité pour plusieurs raisons. Et c'est cette dynamique-là que j'entends par « histoire des réseaux » pour essayer de retrouver justement cette capacité à s'adapter.

M. LAUNOIS

Je voudrais réagir par rapport aux obligations que les réseaux doivent avoir vis-à-vis de la tutelle.

D'une part, je crois qu'il existe un droit à l'opacité à l'intérieur d'un réseau. C'est-à-dire qu'il y a des informations qui n'ont pas à circuler à l'extérieur et qui ne concernent que les professionnels impliqués dans l'expérimentation. En même temps, il me semble très difficile de demander aux institutions qui financent, de ne pas avoir un rendu sur l'opération à laquelle elles sont associées. Le donnant/donnant, c'est cela. On vous finance, mais vous nous donnez des informations sur un résultat.

Le résultat, il faut le définir. Mais je ne crois pas que l'on puisse dire que c'est aux institutions de se débrouiller toutes seules pour évaluer la performance ou la plus-value médicale organisationnelle et économique. Parce que les institutions n'ont pas la possibilité de faire cela. Je dirais qu'elles peuvent évaluer le coût d'une prise en charge et encore, ce n'est même pas sûr, mais elles ne peuvent pas stratifier, par exemple, les lourdeurs de prise en charge sans avoir des informations des réseaux. Et je dirais en plus que, s'il y a de l'information collectée au sein du réseau, c'est l'information sur les contacts avec le système de soins ou le système médico-social ou la participation des divers

intervenants et cela fait partie d'un suivi médical bien compris. Donc on ne voit pas pourquoi ce suivi médical bien compris ne pourrait pas faire l'objet d'une valorisation que l'on confronterait avec les données de l'Assurance maladie qui ne donneraient probablement pas les mêmes résultats. Et là, c'est un véritable enjeu.

Mme GUILLOUX

Je voudrais faire plusieurs remarques.

D'abord, j'ai le sentiment que l'on est tous un peu dans la même galère, que ce soient les institutions, les réseaux, les évaluateurs et les chercheurs, parce qu'en fait, on a du mal à cerner l'objet réseau. Il faut absolument que l'on puisse travailler tous ensemble sur ce qu'est cet objet. On ne peut pas construire des indicateurs et une méthode si on ne s'attarde pas sur un vocabulaire, des valeurs partagées, l'histoire des réseaux. Les réseaux se sont créés pour inventer mais ce n'est pas parce qu'ils sont innovants, qu'ils sont plus pertinents que les autres. C'est là que l'évaluation est importante.

Les réseaux se sont créés pour s'adapter à des situations qui leur apparaissaient beaucoup plus problématiques et complexes que celles qui étaient présentées dans les classifications des maladies, etc. C'est par rapport à cette complexité qu'ils construisent une pratique différente. Ils partent d'une définition du soin, de la maladie du patient, qui ne correspond pas au cadre déjà préétabli. Je crois qu'il est donc illusoire de se dire que l'on va prendre des outils déjà tout construits, des grilles d'analyses déjà établies, pour les plaquer sur un mode de fonctionnement qui est justement en opposition par rapport à un fonctionnement habituel du système de soins. Là, je crois qu'il est important de pouvoir avancer y compris avec les institutionnels.

C'est vrai que la question de la transparence est compliquée. Comment un financeur va pouvoir participer, apporter un jugement, analyser une évaluation si on ne lui donne pas les éléments de compréhension pour le faire ? Il a bien fallu un temps de formation mutuelle entre l'évaluateur, qui a dû comprendre ce qu'était un réseau, et les membres du réseau pour s'approprier les éléments de méthodes d'évaluation. Il faudra un temps de formation mutuel avec les institutionnels.

Cependant, les réseaux peuvent se demander où est la finalité de la commande publique de l'évaluation. Pourquoi, s'ils ne la voient pas iraient-ils se décarcasser alors que les seuls demandeurs de cette évaluation, ce sont quelques chercheurs, quelques évaluateurs, quelques réseaux qui sont en train de patiner pour faire de l'évaluation ? Pourquoi se décarcasser s'ils n'ont aucune garantie que cette évaluation puisse être un levier d'analyse dont va se ressaisir la demande publique pour porter une décision à un moment donné par rapport au fonctionnement du système de soins ?

C'est donc important de travailler avec des institutionnels et en même temps, on se dit : si jamais ils n'en font rien, les réseaux vont s'épuiser pour rien. Autant qu'ils fassent une évaluation qui leur serve à eux pour avancer, perdurer et avoir une pratique qui leur paraît plus adaptée.

Mr CHOSSEGROS

On a l'impression que notre groupe, finalement, a une position qui est différente des autres, parce que l'on a débattu de l'évaluation, mais pas trop du « qui fait quoi », etc. et je pense qu'il n'y a pas eu de problème de rapport de force. Je crois que si l'on réfléchit à la façon dont on peut travailler ensemble, on peut le faire de façon simple, en partageant des idées et sans forcément être dans la confrontation.

Mme PUISSANT

Si les acteurs font de l'évaluation un moyen de se réapproprier leurs pratiques, s'ils l'utilisent pour verbaliser ce qu'ils font et le faire reconnaître en tant que tel, ce n'est déjà pas mal. Parce que dans les réseaux, on s'active beaucoup et on finit par ne plus savoir ce que l'on fait. L'évaluation est une réappropriation de son activité et cela, c'est quelque chose de riche parce que l'on peut en parler ensuite.

4. Discussion générale de clôture

M. MENARD

On voit se dessiner un certain consensus sur un certain nombre de choses sur lesquelles on va pouvoir travailler et j'y vois moi, beaucoup plus clair à différents niveaux.

Premièrement, je crois que l'on est parti pour être obligé de travailler ensemble. Le tout est de savoir si on le fait de gaieté de cœur, ou si on le fait parce que l'on sait bien que dans les réseaux, il y a toujours des corvées. Est-ce que celle-ci en sera une ? *A priori* – et sans être naïf – je pense qu'il faut en faire un moment de convivialité et un moment profitable pour tout le monde. Mais ce qui m'étonne un peu, c'est que quand même, on se connaît depuis quelques années et on n'arrive toujours pas à trouver quelque chose de commun au sens de l'histoire. J'ai toujours l'impression que lorsque je parle avec les chercheurs, ils oublient un certain nombre de réalités que l'on vit et qui font qu'effectivement, on est dans une approche de nature différente.

Deuxièmement, il faut faire le constat que l'on est épuisé et mon plus grand désir aujourd'hui, c'est d'arrêter la CNR et d'arrêter de faire les réseaux. C'est clair. J'en ai ras-le-bol ! Cependant, on va continuer. Pourquoi ? C'est sans doute parce que je suis un peu « maso » et puis j'ai quand même investi dans ce problème et entraîné avec moi, et nous avons entraîné avec nous, un certain nombre de personnes. On continue parce que l'on pense que l'on ne peut pas arrêter aujourd'hui, mais il faudrait peu de chose pour que l'on arrête. Je pense que cette façon de voir n'est pas simplement celle de Didier Ménard, mais qu'elle traverse beaucoup d'acteurs de réseaux.

Depuis de nombreuses années, on est dans la répétition. Il faut justifier que l'on peut être précurseur de quelque chose, et ne pas avoir honte de le faire. Avoir à rendre des comptes en permanence, parce que l'on a osé être précurseur dans une dynamique sociale ou médicale, à force, cela devient pénible.

Le troisième élément qu'il faut souligner est l'acquis des connaissances auquel nous sommes arrivés. On a toute une richesse. Je suis tout à fait conscient de l'enrichissement personnel né de nos rencontres et des travaux faits ensemble, ils m'ont permis de me transformer ; je ne suis plus le médecin généraliste des années 1980 quand je me suis installé. Cette richesse, aujourd'hui, ne servira pas à grand-chose si on ne fait de la politique, si on n'est pas arc-bouté dans la politique de défense des réseaux pour défendre, malgré tout, le concept.

Le dernier élément, c'est que demain on accrédite les réseaux ! Il y a une décision politique demain : on accrédite les réseaux parce qu'il y a effectivement un accord entre la Caisse d'Assurance maladie et l'Etat qui dit que l'on va mettre beaucoup d'argent dans la cinquième enveloppe, sauf qu'à partir du moment où l'on va mettre beaucoup d'argent, on va fixer un objectif de dépense de cet argent et on va décider que les réseaux ont cette mission à remplir. Il y a là, plusieurs solutions.

Première solution : cet objectif de dépense ne nous convient pas. En conséquence, on ne prétend pas à cet argent et on continue à travailler sur ce qui nous intéresse dans le quartier, et on a la satisfaction de produire quelque chose. Ce n'est pas l'orientation de la CNR et d'un certain nombre d'acteurs de réseaux puisque l'on a tout fait pour que cette enveloppe existe. On n'est quand même pas idiot au point, au moment où l'on nous donne l'argent, de dire qu'on n'en veut pas alors que l'on est dans le bénévolat depuis des dizaines d'années, alors que l'on en a ras-le-bol, pour ne pas en profiter et au moment où il y a reconnaissance.

Donc à partir de là, il y aura accréditation et elle sera confiée à l'ANAES. La seconde solution est donc de s'entendre. Parce que les gens qui vont être concernés par cette accréditation, ce sont les acteurs des réseaux bien sûr, mais aussi les chercheurs et les gens qui ont effectivement une expertise sur ces questions-là. Cela me fait dire que la priorité la plus importante, c'est le niveau 3 et que dans les perspectives immédiates de travail en commun, ce à quoi on doit s'atteler rapidement, c'est à fournir cette évaluation de niveau 3.

M. GRIGNON

Sur le fait que l'on a intérêt à travailler ensemble, je dirais que l'on a un intérêt intellectuel à travailler ensemble. Dire que s'il y a une accréditation, les chercheurs qui ont déjà investi sur les réseaux vont demander un monopole, non. Ce n'est pas du tout dans notre logique. Je souhaite qu'il y ait un maximum d'évaluateurs de différents horizons, qui produisent des choses différentes parce que de là, naîtra quelque chose de beaucoup plus intéressant. Parce que si c'est toujours nous qui faisons notre petite cuisine toujours dans notre coin, cela ne va pas faire avancer les choses !

M. BOURGUEIL

Je pense que l'on est tous un peu dans la même situation, au sens où il y a une politique qui a semblé émerger autour du concept de réseau, qui s'est plus ou moins structurée et qui n'est pas portée aujourd'hui. Nous avons considéré que c'est à partir de l'évaluation que l'on pourra faire émerger du sens autour d'une politique qui, finalement, n'a jamais vraiment existé parce qu'elle s'est composée d'empilements divers du fait des changements de gouvernements, de doctrines, etc. Le succès de nos débats dans ce séminaire montre tout l'enjeu qu'il y a autour de l'évaluation.

En fait, on est en position d'apesanteur au sens où l'on est en train de demander qu'un acteur politique légitime incarne un sens et là, on sera heureux parce que l'on pourra dire : il y a au moins là, une position politiquement qui a été prise. Il ne faut pas attendre éternellement une reconnaissance et il faut être clair, je pense vraiment, en ce qui me concerne, qu'il n'y en aura pas.

Ma question est la suivante : est-ce que l'on est capable de construire collectivement quelque chose autour de l'évaluation, parce que l'on va collecter, parce que l'on va rassembler ? Est-ce que l'on est capable, de faire émerger un sens que l'on souhaitera porter ?

M. FHIMA

Il ne faut pas se tromper de débat, ni de cadre de travail, ni d'objectif. Ce que j'entends dans ces conclusions m'inquiète fortement.

D'abord, la légitimité, personne ne peut la revendiquer. La légitimité, c'est l'action publique, c'est-à-dire le public, les personnes qui sont les utilisateurs du système et ces personnes-là se sont progressivement organisées, s'organiseront et continueront à se développer pour réclamer qu'il y ait une transformation progressive et que leur demande soit prise en compte.

Si l'on est inscrit dans ces réseaux, c'est parce que l'on a accepté d'être la caisse de résonance de toutes ces demandes, de cette transformation et d'avoir, à un moment donné dans la construction, apporté notre modeste contribution même si elle nous demande beaucoup d'énergie, de travail et d'investissement pour arriver, à un moment donné, à essayer d'être dans une médiation sociale permanente entre l'utilisateur citoyen et l'institutionnel politique qui fonctionne dans le cadre des enveloppes qui lui sont attribuées et/ou des objectifs.

Aujourd'hui, nous sommes obligés de faire deux constats et je crois que ces deux constats amènent à l'épuisement pour un certain nombre d'acteurs et à une certaine désillusion pour certains autres types d'acteurs que peuvent être les chercheurs, ou autres types d'investisseurs sur le devenir des transformations sociales. Ces deux constats sont simples, mais redoutables.

Premièrement, notre administration a du mal à évoluer dans un aspect de continuité, d'évolution, même si on lui donne des indicateurs très objectifs et très pertinents, parce que l'on est dans une société de conflit et de rupture (de crise tout simplement) d'où émerge un certain nombre de solutions. C'est l'évolution sociologique que l'on voit dans notre histoire. On peut peut-être la reprocher par rapport aux Anglo-Saxons qui fonctionnent différemment, mais c'est inscrit dans notre histoire.

Deuxièmement, on ne reconnaît jamais à ceux qui portent l'innovation, la légitimité de l'innovation parce que c'est comme cela. On ne peut pas accepter qu'une société ou des acteurs (voire même des décideurs) n'acceptent jamais de reconnaître celui par qui vient la mauvaise nouvelle, c'est-à-dire de montrer que ce que l'on fait ne va pas et que ce qui ne va pas est à modifier. Ils ne peuvent pas nous reconnaître une innovation et la légitimer, parce que s'ils nous légitiment, cela veut dire qu'ils reconnaissent leur incompétence et leurs difficultés. C'est clair. Il faut que l'on fasse tous, ce deuil-là. C'est un problème personnel ou collectif, mais on est dans cette réalité. Et je voudrais que l'on dépasse ce débat-là parce qu'il n'a pas d'intérêt.

Ce que je voudrais que l'on fasse ensemble, c'est que l'on soit en capacité de rendre possibles des processus de maturation sociologique qui amènent à ce que la santé devienne une préoccupation importante des professionnels, des institutions et des usagers. On pourra le faire au travers des processus d'organisation qui se sont mis en place et qui ne sont pas exclusivement des processus CNR. Je voudrais que l'on participe à l'élaboration commune d'une première étape qui pose la santé publique en tant que valeur collective dans ce pays. On a des actions de santé publique, mais pas une politique de santé publique.

Si l'on peut modestement, par notre travail commun, apporter quelques réflexions, quelques pistes et souligner des trajectoires au travers des réseaux qui vont participer à ce travail, on aura réussi notre affaire et on aura fait, je pense, l'essentiel ensemble.

Mme FRATTINI

En écoutant les dernières interventions, je me disais que l'on retrouvait deux points qui ont déjà émergé hier.

Premièrement, il y a effectivement un niveau de travail de recherche, que vous essayez de construire entre la CNR, le CREDES et le Groupe IMAGE, et un niveau de négociation politique distinct. Je me dis que c'est aux instances ici présentes, et notamment à la CNR avec éventuellement d'autres acteurs, de continuer ce combat politique – même si j'ai bien entendu que vous êtes fatigués. Par contre, ces négociations trouveront une assise dans les résultats du travail de recherche : voilà, on a produit cela et on veut le négocier maintenant avec vous.

Deuxièmement, moi qui ne voulais absolument plus m'occuper d'évaluation des réseaux, j'en ai à nouveau envie. Je rappelle quand même, pour ceux qui ne le savent pas, qu'au DIES, on a fait un courrier il y a un peu plus d'un an en disant que l'on ne voulait plus évaluer les réseaux. Nous considérions que le contexte dans lequel on nous demandait d'évaluer les réseaux était inadmissible et que cette évaluation externe, dont justement on a parlé, ne nous semblait pas correspondre aux enjeux de légitimité et de reconnaissance des réseaux. Nous trouvions que l'on épuisait les gens à leur demander des trucs et des machins dans tous les sens et nous ne voyions pas sur quoi cela allait déboucher. On a donc fait une lettre circulaire et on s'y est tenu. On n'évalue plus du tout les réseaux sauf ceux pour lesquels on était engagé, mais on n'a pas repassé de convention.

Aujourd'hui, je me sens mieux. En clarifiant ce qui peut être attendu au troisième niveau, et en redonnant la main aux acteurs du réseau dans le premier niveau, je me sens bien. Je me dis le travail de la CNR, du Groupe IMAGE et du CREDES se situe au troisième niveau. J'ai envie de continuer à travailler avec vous et d'aider à produire, dans les années à venir, une nouvelle façon de penser, une légitimité des réseaux et une pérennité dans ce qu'ils ont d'intéressant. Mais, ce travail peut aussi montrer que, parfois, il n'y a pas besoin de réseaux pour faire ce que l'on veut faire. Aujourd'hui, tout doit passer par les réseaux, mais il y a plein d'initiatives qui n'ont pas besoin d'être dans les réseaux pour fonctionner.

M. BREMOND

Je crois qu'il faut que plus de gens s'impliquent dans le problème de l'évaluation, surtout dans l'évaluation de niveau 3, c'est-à-dire dans la question de la production de la connaissance. C'est important d'élargir, de fédérer ; c'est important qu'il y ait plus de plats, plus d'ingrédients, plus de gens qui étaient jusqu'à présent étrangers à cette question.

Autre point important par rapport à ce qu'ont dit Mr Fhima et Mr Ménard. La CNR a manifestement un projet politique : faire reconnaître qu'il y a quelque part, une offre de service qui est née et qui cherche à aller du soin à la santé et à la démocratie de proximité. Il y a un itinéraire. Cela, c'est le projet politique de la CNR. Cela ne couvre pas la totalité des initiatives que l'on nomme « réseau » aujourd'hui. Il y en a qui s'arrêtent tout simplement au thème de l'organisation des soins. Donc, si on se place dans la perspective d'une évaluation de niveau 3 des réseaux, il faut tenir compte des autres réseaux qui sont animés dans d'autres logiques politiques, même si c'est vrai qu'historiquement, la CNR est présente. Peut-être qu'aujourd'hui, il faut faire venir aussi d'autres promoteurs sur ce projet AAC (Animer, Accompagner, Capitaliser), qui ne sont pas dans la mouvance CNR, dès lors qu'ils ont travaillé et qu'ils ont fait de l'évaluation sur les réseaux. Je pense à des promoteurs comme GROUPAMA, ou d'autres, qui ont lancé des entreprises innovantes en matière d'organisation des soins.

Cela n'empêche pas, en tant que chercheur, de soutenir une idéologie de la transformation sociale. On peut trouver de l'argumentation. On peut mobiliser des gens qui travaillent sur le plan idéologique, qui sont des chercheurs pas loin de nous. C'est là qu'il faut peut-être être clair dans le débat.

Et puis on peut chercher autre chose en se disant : le projet AAC, c'est renvoyer aux pouvoirs publics l'idée qu'ils ont lancé des initiatives sur le thème des réseaux, et qu'ils n'ont peut-être pas achevé leur travail de finalisation. Ils ne savent pas ce qu'ils attendent et ce n'est pas parce que les acteurs de terrain se sont saisis d'un objet pour l'amener là où ils voulaient, que pour autant, les pouvoirs publics doivent attendre la réponse pour savoir où eux-mêmes veulent aller. Bref : il faut élargir le projet AAC à des réseaux variés.

Mr CHOSSEGROS

On touche, là, une grosse divergence entre la CNR et vous. Nous, professionnels, avons mis du temps dans nos pratiques pour être à l'aise dans la dimension théorique, mais maintenant on ne se pose plus trop de questions sur le fait de savoir si l'on sait bien traiter telle maladie, etc., ce qui nous a permis d'ouvrir ailleurs. Notre expérience pratique de professionnels nous montre que ce champ d'ouverture est incontournable. Un professionnel de santé doit aujourd'hui se poser cette question de l'ouverture de sa pratique et on est bien dans une dimension politique : la question se pose sur un plan général, sur la formation. C'est un élément crucial : soit, on répond que l'on gère un soin technique performant et le reste se fait ailleurs, c'est du social ; soit, on répond que le soin et la santé forment un projet global. Je pense que l'on ne peut pas segmenter les choses ; on a, là, une divergence entre nous semble-t-il.

M. MENARD

Il est indispensable de continuer à préciser où l'on veut aller exactement. On ne peut pas envisager de travailler sur la question de la santé et faire du réseau, sans immédiatement porter le problème de la transformation. Or, ce processus de changement implique forcément de bousculer la situation préexistante. On est forcément dans une logique de transformation et donc de confrontation.

Pour arriver à cela, le discours, la démonstration sur le terrain, la réalisation sur le terrain ne suffiront pas, au moins en tant que tels. A un moment donné, il faut arriver à faire une démonstration plus précise. Et on a besoin de l'évaluation pour cela. On a déjà dit que l'évaluation du réseau, entendu comme façon de travailler tous les jours, a un intérêt important du point de vue de l'acteur de terrain – et c'est le niveau 1. Mais l'évaluation représente également un intérêt pour ceux qui inscrivent ce travail en réseau comme un moyen de retrouver du sens dans l'exercice professionnel. L'évaluation a un enjeu important pour chaque individu qui travaille dans le réseau.

Ce changement, cette transformation, obligent quasiment à être dans une espèce de confrontation née de la volonté de transformer et donc oblige à « se coltiner » ceux qui ne veulent pas transformer. C'est cela que j'appelle le projet politique.

Après, on met des valeurs. On est entré dans un processus de transformation précis. Dire, aujourd'hui, qu'il faut multiplier les partenaires et s'ouvrir à d'autres gens... ; je ne veux pas recommencer, alors que l'on a mis 10 ans, pour arriver à trouver un minimum de partage sur certaines valeurs. Je sais bien que le projet de GROUPAMA n'est pas le même. Quel intérêt cela aurait pour nous, pour défendre notre projet, d'entrer dans une négociation avec des gens qui, effectivement, ne partagent pas les mêmes choses ? On est engagé dans un processus et on ne va pas, parce que c'est tout simplement de la tactique, commencer à nous piéger nous-mêmes ou à saboter nous-mêmes notre démarche, au nom d'une préoccupation qu'en plus de cela, je ne partage pas.

Je n'ai jamais dit qu'il y avait exclusivité d'un groupe. Cette réaction un peu épidermique que Mr Grignon a manifestée, se positionnant immédiatement comme chercheur qui est dans la recherche de la neutralité, je pensais que l'on avait dépassé ce stade-là. Je pensais que les changements que nous avons déjà initiés – et je rappelle quand même qu'on s'est « coltiné » l'épidémie du sida – sont importants et on n'a pas à rougir de ce que l'on a fait, on a instruit, assuré et géré des changements. Et sur ces changements, on ne peut pas se situer complètement en neutralité, sous prétexte que l'on est chercheur, de la signification et de la portée politique de ces changements.

Si l'on veut travailler ensemble, cela nécessite un engagement, au moins sur les valeurs que l'on est capable de défendre dans ce projet. Et si l'on ne peut pas se mettre d'accord là-dessus, on n'ira pas loin. Parce qu'il n'y a pas de neutralité ou, je dirais, d'observation simple de la question des réseaux au sens où ils sont effectivement dans ce processus de transformation. Penser que le réseau, demain, ne transformera plus le système, cela veut dire qu'il redevient simplement un élément comme tout système de santé.

Pour finir, rappelez-vous la réforme de la psychiatrie avec les Centres Médicaux Psychiatriques. Reprenez les textes. Quand on a ouvert les hôpitaux psychiatriques, il y avait tout un projet autour de la sectorisation. Le jour où le secteur a arrêté de transformer la psychiatrie, il s'est institutionnalisé et il a disparu. Est-ce que ce n'est pas l'un des risques pour les réseaux aujourd'hui ? Nous qui sommes mandatés pour défendre un certain projet des réseaux, on est forcément, je pense, obligé d'essayer de se protéger contre cette évolution-là. Maintenant, nous, on va continuer avec qui voudra. Mais à un moment donné, si l'on n'est pas d'accord là-dessus, on aura du mal parce que l'on ne peut pas avoir de position neutre du chercheur sur ce que nous, on a produit.

M. BREMOND

Je suis content que cela soit bien acté. On peut étendre les points de vue en matière de recherche en faisant venir des gens qui sont dans d'autres sphères que le CREDES, le Groupe IMAGE et le DIES. Il y a d'autres intelligences en matière d'évaluation qui sont intéressantes à analyser et le fait qu'il y ait des gens dans cette salle qui ont fait de l'évaluation de réseau, sans être dans l'un ou l'autre des groupes, est intéressant.

Maintenant, l'idée est de voir comment enrichir le niveau 3 de l'évaluation. Quelles sont les compétences à faire venir pour travailler sur le champ des réseaux ? Mais la question fondamentale est celle-ci : jusqu'où va-t-on interroger l'innovation sociale qu'est le réseau ? Répondre à cette question permettra de délimiter la nature de notre champ d'observation. On a très bien entendu la position tenue par la CNR : une progression vers un autre projet de prise en charge de la personne. Mais, il y a d'autres initiatives aujourd'hui qui n'ont pas forcément cet objectif. Donc est-ce qu'ils rentreront ou non dans le champ d'observation ?

Mme DEVELAY

Je voudrais réagir sur ce qu'a dit Monsieur Ménard. La discussion montre qu'il y a un certain malaise qui s'est installé entre nous dans ces deux journées. Je ne pense pas que l'on va régler la question aujourd'hui par rapport à cela. On acte le fait que là où l'on croyait qu'il y avait une communauté de regards et d'actions, ce n'est finalement pas si évident et il y a sans doute à rediscuter des choses qui ont fait que l'on s'est associé.

Sur le problème d'élargir le champ des compétences : oui, et c'est d'ailleurs prévu dans notre projet d'une certaine façon. Quant à l'élargissement à d'autres réseaux, cela fait également partie du projet, tel qu'il est écrit et tel qu'il a été présenté au FAQSV, de ne pas rester sur le réseau CNR uniquement.

M. LARCHER

Je me suis occupé des réseaux à la DGS. Je voyais surtout des réseaux CNR, je voyais également des réseaux tout neufs, qui n'avaient aucune expérience, mais dont certains, à l'extérieur, disait que c'étaient les seuls viables car scientifiques. Les réseaux qui voyaient des malades depuis 25 ans, étaient parfois qualifiés de bricoleurs alors que ceux qui n'en voyaient jamais étaient des gens sérieux... Ce sont là, des propos que j'ai entendus tenir dans des salles de 600 personnes.

En passant de la DGS à la DGAS, donc dans l'action sociale, on m'a aussi demandé de m'occuper des réseaux dans le social. J'ai alors découvert, qu'en fait, on y retrouve la même histoire que celle de la CNR : des réseaux se sont créés (souvent avant ceux de la CNR) mais n'ont jamais fait l'objet des études qui se sont faites au niveau de la CNR. Quand on regarde ce qui s'est passé, on retrouve, au bout d'un certain temps, tout ce qui a pu être mis en avant dans les réseaux de la CNR. Bref : quand on essaie de travailler de façon transversale, sous forme de réseaux, entre les institutions, on retrouve exactement les mêmes règles, les mêmes outils, les mêmes types de raisons d'échec et les mêmes obstacles de développement.

Je constate que les premiers réseaux de la CNR datent d'il y a 25 ans pour les premiers. Les autres, ceux dont on a parlé, sur lesquels on a fait des masses d'études et de publications, datent d'il y a moins de 5 ans. Pour raconter l'histoire des réseaux de la CNR, il a fallu attendre qu'ils soient suffisamment nombreux. On espère tout tirer de réseaux qui ont une histoire très courte alors que parmi les réseaux de la CNR, certains sont assez anciens pour qu'il y ait une histoire à en tirer, pour que l'on puisse en tirer des règles qui seront utilisables pour les autres.

M. BOURGUEIL

En conclusion, je pense que ces débats ont confirmé que l'évaluation des réseaux est un enjeu stratégique, et qu'il s'agit d'un enjeu où il faudra trouver un accord.

Epilogues

1. Le point de vue des chercheurs (CREDES et IMAGE)

Yann BOURGUEIL, Aude DEVELAY, Groupe Image (ENSP)

Michel GRIGNON, Fabienne MIDY, Dominique POLTON (CREDES)

Le projet AAC : une ambition impossible à porter par les seuls chercheurs et la CNR

La première phase du projet « *Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins* » a débouché sur le constat d'une articulation impossible entre les attentes des chercheurs (équipe CREDES-IMAGE) et celles des représentants de la Coordination Nationale des Réseaux. Il n'était alors plus envisageable de continuer ensemble un projet prévu pour se dérouler sur trois ans (cf. annexe n° 2).

Ce constat peut paraître surprenant à la lecture des actes qui révèlent un certain nombre de convergences entre les acteurs présents quant aux enjeux et finalités des réseaux dans le système de santé. Cependant, ils traduisent également des tensions. Comment en est-on venu à ce constat d'incompatibilité des attentes ?

- Un contexte initial défavorable

L'évaluation a longtemps été le seul élément clair de « la politique publique des réseaux de soins ». Alors que les objectifs assignés par l'Etat ou la Sécurité sociale à une mise en réseaux des professionnels de santé n'apparaissent pas très clairement, tous les acteurs institutionnels (CNAMTS, DGS, FAQSV) sont tombés d'accord pour affirmer la nécessité d'une évaluation, élaborée et finalisée dès le dépôt de la demande de financement, à tel point que certains promoteurs de réseaux ont pu ressentir que leur « agrément » reposait principalement sur leur protocole d'évaluation. Psychologiquement, ou symboliquement, l'évaluation et les évaluateurs ont pu être perçus comme les instruments de la régulation (voire d'une régulation quelque peu étouffante) des promoteurs et de l'innovation.

Il s'agit cependant d'une raison « circonstancielle », expliquant peut-être un contexte initial défavorable, mais sûrement pas une incompatibilité durable.

Nous pensons en effet partager avec la CNR une vision commune de l'évaluation comme outil d'accompagnement, d'aide à la construction et au pilotage du réseau. Le travail collectif autour de la définition des méthodes et des référentiels de l'évaluation des réseaux permet en effet au réseau d'explicitier ses propres objectifs et, dans cette mesure, l'évaluation participe du processus d'apprentissage à l'œuvre dans les réseaux de soins. Nous partageons également l'idée que l'évaluation des réseaux ne peut pas adopter le modèle de l'essai clinique dans lequel on veut parfois la cantonner, car les réseaux sont aussi des transformations organisationnelles, des dynamiques d'acteurs, des espaces de construction collective de nouvelles références professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun, de nouvelles *valeurs*. L'évaluation est donc aussi celle d'une expérimentation sociale – ce qui la situe autant dans le champ de l'évaluation des politiques publiques que dans celui des sciences.

En choisissant de rassembler les acteurs impliqués dans l'évaluation des réseaux, avec l'objectif de faire émerger l'ensemble des questions qui se posent et –si possible– leurs solutions éventuelles, les chercheurs et la CNR se sont en définitive auto-saisis de la question de l'évaluation des réseaux afin d'accompagner les changements engagés et de produire de la connaissance sur ces changements.

- L'évaluation des réseaux : un enjeu de pouvoir et un défaut de légitimité

Malgré cet accord fondamental sur l'objet du séminaire, les buts poursuivis sont apparus divergents, à cause, notamment, de l'absence de politique publique affichée des réseaux de la part du régulateur. Sans objectif fixé par le régulateur, l'évaluation « collective » peut obéir à deux logiques.

La première logique, qu'on pourrait qualifier d'historique, consiste à comprendre le processus par lequel la philosophie à la base des réseaux de la CNR a changé ou fait évoluer à la marge le système de santé. L'évaluation « collective » s'intéresse alors aux seuls réseaux CNR et principalement sous l'axe des processus. On cherchera par exemple à savoir comment les acteurs et les patients ont vécu et changé à la suite de ces expériences.

La seconde logique, qu'on pourrait qualifier de normative, consiste à évaluer des outils, voire à dégager de « bonnes formules » ou de « bonnes pratiques » de la mise en réseaux. Dans cette perspective, toute expérience est bonne à évaluer et il serait contre-productif de se limiter à la philosophie CNR, dans la mesure où on perdrait de la variance dans l'observation. En outre, si les indicateurs retenus restent qualitatifs, ils sont moins subjectifs et s'appuient sur un regard systématique (partant, moins circonstancié, et plus comparatif). Cette logique privilégie bien sûr le prospectif, quand la logique historique cherchera au contraire le rétrospectif.

Certes, chacune de ces deux démarches peut nourrir d'abondants procès d'intention. Nous ne pensons pas que de tels procès soient de saison : chaque logique a sa légitimité. Le problème fondamental est que le régulateur n'a pas joué son rôle en suggérant la légitimité qu'il souhaitait, au nom du bien public qu'il représente, voir appliquée. Partant, aucune des deux logiques n'avait de bonne raison de s'effacer *a priori*.

L'élaboration d'un dispositif d'accompagnement et de capitalisation sur l'évaluation des réseaux de santé est pourtant plus que jamais une question d'actualité

Depuis le séminaire, le cadre juridique et financier des réseaux s'est précisé. Le cadre, qui nous faisait défaut en 2002, existe aujourd'hui. Nous pensons que, non seulement, la question de l'accompagnement et de la capitalisation sur les expériences réseaux et leur évaluation est toujours un sujet d'actualité, mais que des conditions favorables existent aujourd'hui pour qu'un projet de capitalisation des expériences réseaux soit mené à bien.

- Le nouveau cadre juridique, financier et organisationnel, des réseaux de santé

La loi du 4 mars 2002 définit le cadre juridique de « réseau de santé » et le décline au travers de deux décrets d'application modifiant respectivement le code de santé publique (17 décembre 2002) et le code de la sécurité sociale (27 octobre 2002). Ces deux décrets sont complétés par une circulaire d'application DHOS/03/DSS/CNAMTS (19 décembre) qui précise les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, des réseaux de santé.

Sur le plan financier, le dispositif actuel repose, depuis 2002, sur une enveloppe dédiée au financement des réseaux de santé. La dotation nationale des réseaux est régionalisée et administrée conjointement par deux tutelles qui sont respectivement l'Agence Régionale d'Hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie⁹. Ils peuvent également recevoir des subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie. Des dérogations forfaitaires sont possibles pour toutes ou parties des activités des réseaux ; elles sont entièrement intégrées dans l'enveloppe.

Les textes précisent clairement l'objectif, la forme et les modalités organisationnelles, du réseau.

⁹ Elles sont libres de définir les modalités d'instruction des dossiers (ce qui leur laisse une marge de manœuvre pour décider d'associer ou non les partenaires locaux). Cette régionalisation est renforcée dans le souci exprimé de vérifier qu'il y a bien articulation entre les projets de réseau et les priorités de santé définies par les conférences régionales de santé et les SROS élaborés par les agences.

Il a 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 ».

Le réseau a une base territoriale, il répond à un besoin de santé identifié et s'adresse à une population précisée. « [Les réseaux] sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ». Les actions menées ne se limitent pas aux soins : prévention, dépistage et éducation à la santé.

Une charte définit les engagements et pratiquement toute l'organisation réseau ; une convention constitutive signée par les créateurs et les promoteurs définit l'objet, la zone géographique et la population concernées en 13 points détaillés.

- L'évaluation des réseaux : une richesse à capitaliser

De nombreuses évaluations ont été réalisées ou sont en cours de finalisation. Selon les textes, les réseaux doivent toujours faire l'objet d'une évaluation dont les résultats devront être colligés par l'administration centrale.

L'investissement public dans la politique des réseaux n'est pas négligeable et semble croissant à entendre les discours politiques. Nous pensons dès lors qu'il est nécessaire pour les promoteurs de terrain, les financeurs et le régulateur public, de rassembler les bilans d'expériences, de les ordonner, de les diffuser et d'en débattre pour continuer à mobiliser le concept de réseau comme un outil au service de la transformation du système de santé.

Cependant, notre expérience montre que cette entreprise ne peut être initiée et animée que par les représentants de l'intérêt général dans un cadre négocié avec les différents acteurs impliqués.

2. Le point de vue de la Coordination Nationale des Réseaux

Dr Philippe CHOSSEGROS ; Dr Claude LAGUILLAUME

2.1. Quelles leçons tirer de ce séminaire ? (P. CHOSSEGROS)

Le Dr Philippe CHOSSEGROS est président de la CNR et membre du réseau GT-69 à Lyon

Ce séminaire réunissait des intervenants dont les origines variées cherchaient à refléter la diversité des positions possibles au sein du système de santé et, plus particulièrement, des réseaux de santé. Il était sensé offrir à ces différents intervenants un espace d'échanges sur le thème de l'évaluation des réseaux.

En fait, son déroulement a confirmé la difficulté ou même l'impossibilité de demander à des acteurs venant de champs aussi différents que les professions de santé (médecins, infirmiers, etc.), le secteur social, la santé publique, les institutions, dont la plupart ne se connaissaient pas auparavant, d'aboutir à un consensus même partiel. C'est cette discordance qui apparaît dans les actes.

Il reste à définir s'il s'agit d'un déficit lié à un problème de temps, temps nécessaire à la prise en compte des valeurs portées par chacun des participants pour aboutir à des normes qui pourraient être communément admises au sein d'un même système (système des réseaux, sous-système du système de santé), ou s'il s'agit, au contraire, d'un problème plus complexe, expliquant les difficultés rencontrées dans la formulation même de la question et de sa compréhension (certaines interventions donnant lieu à des appréciations diamétralement opposées suivant la position du juge : membre d'un réseau ou économiste).

Sur le fond, il ne semblait pas exister de différences notables entre les modèles. Pourtant, les discussions qui ont suivi les présentations et accompagné les ateliers ont démontré que des différences profondes existaient bel et bien.

Les interventions des acteurs de réseau, dont le discours d'ouverture de Didier Ménard a été emblématique, témoignent des difficultés rencontrées pour faire travailler ensemble, dans un même but, les médecins libéraux, les hospitaliers, les différents secteurs sociaux. Dans leurs esprits, partant de leurs réussites concrètes, ils savaient qu'il était possible de réunir des personnes désirent atteindre une compréhension mutuelle. Il était nécessaire qu'elles désirent instaurer un dialogue symétrique pour résoudre un problème de santé. Instauré dans un paradigme de communications intersubjectives, dégagé des contraintes stratégiques, ce dialogue, quand il est possible, est capable de rétablir des liens entre les constructions rationnelles et la pratique quotidienne des participants pour définir des normes communes. Pourtant, la pratique quotidienne souligne les difficultés à faire communiquer les différents acteurs concernés par la création et le fonctionnement d'un réseau, difficultés d'autant plus grandes qu'est dépassé le cadre individuel et que la discussion a lieu au niveau des institutions. Difficultés exprimées, par exemple, par les promoteurs devant la nécessité d'exposer leur projet de réseau : la forme du cahier des charges qui leur est proposé par leurs tutelles ne leur est pas compréhensible, et le texte qu'ils voudraient présenter ne l'est pas non plus pour les tutelles. Les textes de loi et les décrets les plus récents n'ont pas fait évoluer ce problème. Le réseau, c'est ce « miracle » de transversalité réussie qui démontre que des lieux communs, tels que : « un réseau ne se décrète pas », correspondent à des réalités qui ne peuvent être ignorées. Qu'attendre alors de l'évaluation, sinon d'aider à comprendre et à faire comprendre ce processus et ces nécessités ?

Pour les évaluateurs, la question était ailleurs. L'organisation du réseau répond à une logique compréhensible par l'ensemble des partenaires avec, pour objectif final, son efficacité. D'où la possibilité d'une modélisation généralisable (Benoît Dervaux). Cette conception est partagée par les trois travaux analysés par Cécile Jaglin-Grimonprez. Reprenant la présentation d'André-Pierre Contandriopoulos, un réseau est alors une structure à trois dimensions physique, organisationnelle et symbolique, comprenant des systèmes qui doivent s'articuler entre eux (clinique, gouverne, valeurs). Il suppose qu'il existe un système de santé coiffant des sous-systèmes et leur proposant des règles cohérentes d'organisation. Les réseaux doivent s'y adapter tout en faisant évoluer les pratiques des professionnels et des gestionnaires, et en amenant les organisations à se restructurer. L'évaluation joue son rôle en analysant des processus et en fournissant des informations nouvelles qui seraient capables d'alimenter un débat. La nature et le cadre de fonctionnement des dispositifs qui devraient être mis en place pour permettre ce débat ne sont pas explicités.

Pourquoi ces deux positions sont-elles si difficiles à concilier ? Parce qu'elles partent de deux constats différents, même si celui des acteurs des réseaux n'est pas toujours exprimé comme tel.

Pour les évaluateurs, l'organisation des soins correspond à un système unique qui peut se décliner en sous-systèmes cohérents, articulés entre eux, capables d'échanges, de partage de valeurs, sources de normes acceptables par tous (la nature Rawlsienne ou Habermassienne de ces échanges n'est pas précisée).

Les acteurs des réseaux constatent que, dans leur pratique, ce n'est pas le cas. Les sous-systèmes constituant le système de santé, même quand on se limite au domaine du soin, sont bien des ensembles différents (médecins libéraux, secteur hospitalier, CPAM, ...), répondant à leur propre logique, qu'il est difficile (impossible) de faire communiquer entre eux dans un objectif normatif. Quand la communication existe, elle est le fait d'individus réunis dont les situations particulières les font accepter une remise en cause de leur appartenance systémique. Ces cas particuliers sont tributaires de situations locales qui permettent cette émergence.

Pour comprendre le vécu des acteurs des réseaux et la réalité du terrain, il faut considérer que le système de santé s'est constitué comme un ensemble de systèmes autopoïétiques (médecine libérale et hospitalière, professions paramédicales, assurance maladie, assurance privée, consommateurs du soin) qui se sont développés progressivement pour permettre de dominer la complexité du champ social qu'ils étaient chargés de maîtriser. Ils ont défini leurs limites et se sont, chacun, donnés un sens qui a structuré leur vision du monde créant leur propre description normative fermée et autoréférentielle qui ne peut être fondamentalement remise en question par des relations avec leur environnement. S'ils restent ouverts cognitivement sur cet environnement pour réaliser les adaptations nécessaires à leur survie, les informations qu'ils en reçoivent restent interprétées à partir de leurs propres normes qui peuvent être très différentes de celles des autres systèmes qui ont fourni ces informations. Si les systèmes communiquent, ils ne résolvent pas les difficultés de compréhension. L'appartenance à des systèmes différents peut expliquer, par exemple, les difficultés rencontrées au cours du séminaire, notamment entre acteurs de réseau et évaluateurs et plus généralement, dans la vraie vie, entre les promoteurs et leurs tutelles.

La situation de prospérité économique qui a permis ce développement anarchique étant terminée, se pose maintenant le problème de son efficacité et de son coût qui remet en cause cette organisation et qui crée les tensions actuelles auxquelles sont confrontés les réseaux. Cette position Hubermanienne acceptée, la question de l'évaluation est éclipsée par la question d'une compréhension des logiques internes de chacun des différents systèmes, condition nécessaire à leur intégration et à une redéfinition de leurs objectifs qui seraient d'améliorer la santé d'une population ou, moins ambitieusement, la qualité des soins. Reste à situer la place de l'évaluation dans cette démarche.

2.2. Leçons provisoires d'une journée de rencontres autour de l'évaluation des réseaux (C. LAGUILLAUME)

Le Dr Claude LAGUILLAUME est vice-président de la CNR et membre du réseau Equilibres de Gentilly.

Evaluer, c'est évidemment donner de la valeur à la chose que l'on observe, en fonction, bien entendu, de ses propres possibilités. Possibilités d'observation, d'analyse, et en employant des méthodes diverses et variées, au plus près d'une rigueur que l'on peut parfois qualifier de scientifique...

Evaluer, c'est également se doter d'un outil. Outil construit à partir d'un regard interne ou du regard d'un observateur extérieur. Comme pour tout outil, le travail qui sera accompli dépendra de l'ouvrier qui le maniera, de sa dextérité, de sa capacité d'invention, des matériaux en cause...

On le voit évaluer n'est pas facile. Et à quoi bon ?

S'il s'agit uniquement de porter un jugement sans connaître obligatoirement tous les attendus, les cheminements qui ont abouti là où en est l'objet de l'évaluation, bref de ne point s'attarder sur le processus mais plus de faire un arrêt sur image, l'intérêt nous semble fort éloigné de la vie même des réseaux.

S'il s'agit de porter un regard pour permettre d'évoluer de façon positive, avec de nouvelles données auxquelles, soit l'on n'avait soit pas prêté attention auparavant, soit qui nous avaient échappé et qui vont permettre de modifier, d'améliorer un travail donné, alors faisons fi des inquiétudes, des outils différents, et travaillons ensemble ! Il s'agit là de créer un langage commun, de travailler à une compréhension mutuelle nécessaire.

C'est comme cela que je voyais, pour ma part, le long travail de préparation accompli, l'organisation du séminaire dont les actes suivent, et surtout le travail d'équipe, de partage, qui allait s'ensuivre avec un grand nombre de réseaux de santé volontaires, prêts à remettre en cause leurs pratiques, pourvu qu'on les accompagne sur le chemin d'une optimisation concertée.

Lorsque l'on s'intéresse à l'histoire, à la genèse des réseaux dans le domaine de la santé, on s'aperçoit qu'il s'est agi là d'une démarche destinée à améliorer les pratiques ; à vivre constamment celles-ci en croisement avec celles des voisins, à évaluer journallement ce que chacun pouvait apporter de plus au travail solitaire de l'autre, puis à l'accompagner dans son exercice.

Chaque jour, la fréquentation et la satisfaction ou les récriminations des usagers sont là pour remettre en question la vie et les méthodes du réseau.

Chaque année, d'autres types d'évaluations sont demandés à juste titre par les financeurs qui ont au moins le mérite d'interroger chacun sur ses résultats annuels.

C'est dire si ce domaine est habituel aux acteurs de terrain.

Mais voilà que, pour améliorer le travail quotidien, pour permettre une efficacité accrue, pour –nous le répétons– tenter de rendre plus accessible à chacun des divers acteurs qui agissent autour et dans les réseaux, pour se remettre en question, la CNR, maître d'œuvre de ce projet, se met à travailler de concert avec des experts reconnus dans ce domaine si complexe de l'évaluation.

Le CREDES n'est plus à présenter et fait référence dans le domaine économique, le groupe Image de l'ENSP complétera les regards croisés que nous voulons porter sur notre pratique du point de vue de la Santé Publique.

En route !!

Mais force est de constater que, tant que nous avons préparé en commun et en petit comité ce projet, il s'agissait bien que non seulement chacun donne son point de vue sur la valeur des choses, mais aide ensuite à accompagner les acteurs de terrain.

Lorsque arriva le séminaire, nous fumes en position de confronter nos invités, futurs évalués et acteurs de réseaux avec les experts d'une certaine évaluation.

Bon nombre n'avaient pas préparé la rencontre et sont arrivés avec les uns, des certitudes et les autres, des schémas, des graphiques, avec une tentative de modélisation des différences, des richesses de travail. Pas –selon nous– avec un regard à égalité, où chacun souhaite apprendre de l'autre et s'améliorer au contact réciproque. L'évaluation redevenait *ipso facto* une échelle (voire une grille) de valeurs plaquées sur la complexité des pratiques... Bref, une évaluation normative et donc réductrice, sans ce mouvement de va et vient qui fait la vie, sans cette mise au même niveau qui permet aux différentes parties de mieux comprendre l'autre avant de le classifier, à sa manière habituelle et suivant ses schémas techniques.

Voilà, ce me semble suffisant pour expliquer la genèse d'un échec.

Ce fut une sorte de face à face entre anciens évalués, futurs évalués, demandeurs ou non d'évaluations et évaluateurs... avec tout l'historique et le vécu préalables de chacun.

Les acteurs aussi, bien sûr, ont leur part de responsabilité car beaucoup étaient sur leurs gardes tant les évaluations ont comme connotation contrôle et violence pour eux, dans leur quotidien. Force est de constater que, malgré tous les efforts préalables déployés de part et d'autre lors de la préparation du colloque, cette rencontre aura renforcé cette malheureuse impression.

Manque de temps ?

Nous ne baissons pas les bras, tant sont habituelles la complexité et la pratique des regards différents dans nos métiers médicaux et sociaux. , tant nous savons la difficulté des rapprochements réciproques.

Nous réitérerons car il nous semble illusoire de vouloir camper sur des méthodologies immuables et contradictoires.

Nous évaluer pour nous permettre de mieux avancer, de créer à travers l'évaluation des passerelles et des ponts entre les pratiques, entre les réseaux, les institutions et les individus qui les composent, quels qu'ils soient.

A bientôt, donc, de nouvelles tentatives car le système sanitaire bio-technologique a montré ses limites, nous sommes persuadés que les réseaux sont une alternative plausible et nous voulons la faire connaître et l'évaluer pour permettre l'évolution nécessaire de tout processus, surtout dans le domaine de l'humain.

Annexe 1

- Liste des participants

Liste des participants

- **Denis AGRET** Groupe Image – ENSP
- **Madeleine AKRICH** CSI, Ecole des mines de Paris
- **Martine BANTUELLE** Association Santé-Communauté-Participation, Belgique
- **Sophie BENTEGEAT** DHOS, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- **Noëlle BERNARD** Fédération Aquitaine des Réseaux
- **Annie BIBOUD** RVH Santé Toxicomanies Savoie
- **Yann BOURGUEIL** Groupe Image – ENSP
- **Marc BREMOND** FAQSV
- **Serge CANNASSE** Revue du praticien
- **Carine CHAIX-COUTURIER** Service Santé publique, Hôpital Henri Mondor
- **Philippe CHOSSEGROS** CNR
- **Jean-Pierre CLAVERANNE** IFROSS. Université Jean Moulin Lyon II
- **Jacqueline CONARD** RESEDA, Alès
- **A.P. CONTANDRIOPOULOS** DASUM, Université de Montréal, Canada
- **Benoit DERVAUX** CRESGE/LABORES, Lille
- **Bruno DETOURNAY** CEMKA, Bourg-la-Reine
- **Aude DEVELAY** Groupe Image – ENSP
- **Stéphanie DROLEZ** CNAMTS
- **Jean-Pol DURAND** Filières et Réseaux
- **Gilles ECHARDOUR** ARH-IdF
- **Sophie FARBOS** Réseau santé VIH Côte Basque
- **Fadila FARSI** ONCORA, Lyon
- **Albert FHIMA** GT69, Lyon
- **Michel FILIDORI** Réseau de santé du Haut Nivernais
- **Tony FOGLIA** LATEG, Université de Bourgogne
- **Annelise FONDARY** DHOS, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- **Marie-Odile FRATTINI** DIES, Paris
- **Arnaud GRAMOULLE** FNMF

▪ Michel GRIGNON	Résicard
▪ Ketty GUILLOUX	GRES médiation santé, Toulouse
▪ Alain HARARI	Groupe Image – ENSP
▪ Didier JAFFRE	ARH-URCAM Bourgogne
▪ Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ	Centre hospitalier A. Mignot
▪ Guillermo JASSO-MOSQUEDA	A.C.E., Paris
▪ Dr Jean-Luc JURIN	URML Lorraine
▪ Pierre KEMPF	Le Chêne de la Vierge, 35340 La Bouexière
▪ Serge KRIKORIAN	JNB-Developpement S.A., Paris
▪ Claude LAGUILLAUME	CNR
▪ Monia LAMBERT	RESSY réseau santé sud Yvelines
▪ Olivier LAQUEVRE	Aides
▪ Pierre LARCHER	DGAS, Ministère de l'emploi et de la solidarité
▪ Robert LAUNOIS	REES France, Paris
▪ Stéphane LE BOULER	Commissariat général au Plan
▪ Laetitia LENGLET	URCAM Alsace
▪ Pierre LOMBRAIL	PIMESP, CHU Nantes
▪ François MAIGNIEN	CNPS (Centre national des professions de santé)
▪ Luc de MASSE	Réseau de Santé Paris Nord
▪ Didier MENARD	CNR (Coordination nationale des réseaux)
▪ François MENNERAT	FNMF (Fédération nationale de la mutualité française)
▪ Pierre METRAL	DIM, CHU Dijon
▪ Christine MEYER	FNMF
▪ Fabienne MIDY	CREDES
▪ Philippe MOUROUGA	La Ligue contre le cancer
▪ Michel NAIDITCH	DIES
▪ Myriam NEULLAS	UPE, Dreux
▪ Fanny PELISSIER	URCAM Bourgogne
▪ Hervé PICARD	RESSY
▪ Daniel PINCHENZON	MSA

- **Dominique POLTON** CREDES, Paris
- **Annie PUISSANT** SAT Méthadone, Pierrefeu-du-Var
- **Armelle SAUTAGEAU** AFM (Association française de lutte contre les myopathies)
- **Raphaël SCHWOB** Groupe Image – ENSP
- **Dr VARROUD-VIAL** Service de diabétologie, CH Corbeil

Annexe 2

- Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins et de santé

Animer, Accompagner et Capitaliser l'évaluation des réseaux de soins et de santé

CNR/CREDES/Groupe Image de l'ENSP

L'évaluation est aujourd'hui un thème indissociable du développement de la mise en réseau des professionnels de santé. En octobre 1998, la circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), suivie en novembre 1999, d'une circulaire ministérielle n° 99648 du 25 novembre 1999 a rendu obligatoire la mise en place de processus d'évaluation internes et externes pour pouvoir bénéficier d'un financement de l'état.

Ceci étant, force est de constater que les démarches d'évaluation mises en œuvre sur le terrain sont multiformes, émanant tant des laboratoires de recherche universitaires (droit, sociologie, économie, santé publique), que des sociétés de consultants, des bureaux d'étude, des réseaux eux-mêmes, etc. Cette variété d'approches, si elle est d'une grande richesse, n'en contribue pas moins à rendre floue et peu compréhensible la question de l'évaluation des réseaux, alors même qu'ils y sont régulièrement confrontés.

Face à ce constat, un partenariat associant la Coordination Nationale des Réseaux, le CREDES et le groupe Image de l'Ecole Nationale de la Santé Publique s'est mis en place avec les objectifs suivants.

- **Animer un débat** qui cherchera à faire le point sur les savoirs, les interrogations et les pistes de recherche relatifs au thème de l'évaluation des réseaux de soins et de santé.
- **Accompagner** les promoteurs et financeurs de réseaux sur le thème particulier de l'évaluation.
- **Capitaliser les enseignements** que l'on peut tirer de la phase d'accompagnement de la dynamique d'évaluation dans la perspective d'une méta-évaluation de l'expérimentation en réseaux ; il s'agit donc de rassembler, analyser et mettre en forme les évaluations de réseaux volontaires en vue de la production d'une publication à diffusion large.

Ce projet a reçu le soutien du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Il s'appuie sur une double réflexion : celle conduite, ensemble, depuis plus de deux ans par les chercheurs du CREDES et du groupe IMAGE de l'ENSP sur le thème de l'évaluation des réseaux et celle menée, depuis plus de dix ans, par les professionnels des réseaux adhérents à la CNR et qui porte principalement sur les pratiques de terrain.

1. Une première étape : l'organisation d'un séminaire de travail sur le thème des enjeux et méthodes d'évaluation des réseaux de soins

Le séminaire porte exclusivement sur la problématique de l'évaluation et adopte une perspective très pragmatique. Il devra identifier les questions concrètes qui se posent sur le terrain et rechercher les réponses qui peuvent y être apportées.

Plus spécifiquement, les objectifs du séminaire sont les suivants :

- susciter un débat sur l'évaluation en confrontant aux pratiques de terrain les travaux existants et publiés : ceux de l'équipe CREDES-IMAGE « L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations » ainsi que ceux de l'ANAES « Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique » et ceux de l'URCAM et de la Fédération Régionale des Réseaux d'Aquitaine « Guide pour l'évaluation d'un réseau » ;
- faire le point sur les questions qui se posent en pratique en matière d'évaluation et sur les réponses que l'on peut y apporter ;
- publier les débats dans des actes.

Privilégiant l'efficacité, l'accès à ce séminaire sera limité à une soixantaine de personnes : représentants des professionnels travaillant dans des réseaux, évaluateurs, universitaires, tutelles, institutions et usagers.

Il s'agit bien d'organiser une réflexion portant sur l'évaluation des réseaux, conduite par une soixantaine de participants ayant une activité en rapport avec les réseaux. Cette réflexion s'appuie sur les documents existant pouvant servir de base à un débat qui exige, certes, confrontation de points de vue mais aussi écoute réciproque. Des actes seront ensuite publiés qui feront la synthèse des différentes approches possibles, tout en faisant état des convergences et des divergences sur les points ou dimensions d'évaluation abordés.

La rédaction de ces actes s'appuiera sur les propositions contenues dans les différents documents et tiendra compte des propositions et des critiques qui se seront exprimées pendant le séminaire. Ce document servira de support à la réflexion qui sera menée au cours de la seconde étape du projet.

2. Une seconde étape : accompagner la mise en œuvre du processus d'évaluation et collecte de données à des fins de capitalisation

Si de nombreux réseaux se sont développés depuis plus de 10 ans, leur fonctionnement s'est rarement donné les moyens d'un processus d'évaluation continu. La cause de ce déficit est multiple :

- absence de modèle préexistant auquel se référer,
- absence de formation des acteurs à une approche évaluative de leur pratique,
- absence de demande précise des tutelles,
- enfin, et surtout, absence de budget disponible pour financer ces actions.

Il résulte de cette situation que peu d'expériences concrètes ont été conduites sur le terrain. Le document «Principes d'évaluation des réseaux de santé » édité en août 1999 par l'ANAES, au terme d'une recherche bibliographique exhaustive, signale que « dans la littérature évaluative internationale, il n'a pas été possible d'identifier des interventions se rapprochant des réseaux de santé du contexte français » et que « dans la littérature nationale, les réseaux ville hôpital ont fait l'objet de publications et surtout de rapports non publiés, le plus souvent descriptifs, qui soulignent les difficultés rencontrées pour évaluer ces réseaux ». Toute démarche évaluative des réseaux de soins et de santé ne peut donc avoir qu'un caractère expérimental.

Etant donné la diversité des réseaux et des approches évaluatives, il est indispensable de confronter les hypothèses proposées dans le document de synthèse produit à l'issue de la tenue du séminaire inaugural, à la réalité de l'évaluation effective des réseaux, avec par ailleurs l'idée de susciter des évolutions à la faveur de cette confrontation.

C'est l'un des deux objectifs suivants de la seconde étape, d'une durée de trois ans après la tenue du séminaire et la publication des actes du séminaire :

- accompagner les promoteurs et financeurs dans leur démarche d'évaluation sans pour autant se substituer aux évaluateurs déjà en charge de l'évaluation des réseaux ;
- collecter des données intermédiaires qui nourriront la phase de capitalisation ; si cela s'avère nécessaire, des investigations complémentaires seront éventuellement mises en œuvre, soit auprès des réseaux participant au projet, soit auprès d'autres réseaux.

Cette démarche veut bénéficier de la diversité des approches évaluatives qui ont été mises en place. Dans ce but, la méthode suivante est proposée.

Objectif n° 1 : Accompagner les promoteurs et financeurs dans leur démarche d'évaluation

Un choix de réseaux qui présente, sans vouloir absolument être représentatif, une certaine variété en termes de thématiques de réseau, par pathologies [cardio-vasculaire, insuffisance rénale chronique, diabète, etc.] ou par population [personnes âgées, urgences, soins palliatifs etc.], en termes géographiques [urbain, rural ou semi-rural] ou encore en termes de dynamique d'émergence [réseau parti d'une institution hospitalière, réseau de proximité, réseau communautaire]... Il permettra de suivre la mise en place du processus évaluatif et son évolution éventuelle dans le cadre de la mise en place du réseau. Pour pouvoir participer au projet, les réseaux candidats devront avoir développé ou s'être engagé dans une démarche évaluative qui leur sera propre. Aucune évaluation ne sera financée par le projet. Le choix des réseaux sera fait au terme d'un appel d'offre basé sur le volontariat. La sélection portera sur 20 réseaux.

Un accompagnement participatif de ces réseaux pendant la période de suivi qui s'appuiera sur :

un membre référent par réseau, mandaté pour le projet et dont il sera l'interlocuteur unique. Il ne s'agit pas forcément du promoteur mais de celui ou celle qui souhaite participer à ce projet, en raison d'un intérêt pour la démarche évaluative en général et pour la démarche adoptée en particulier ;

un suivi de la démarche évaluative de chacun des réseaux sur la base des rapports intermédiaires, des précisions pouvant être demandées ponctuellement au référent. Dans cette optique d'éclaircissement, le chargé de mission du projet pourra, au besoin et en accord avec le référent, participer à une(des) réunion(s) d'un réseau ou bien rencontrer certains de ses membres ou encore l'organisme chargé de son évaluation ;

des séminaires, de 2 jours chacun, qui se tiendront 3 fois par an, soit un total de 9 séminaires. Ils seront organisés autour de thématiques transversales et *a priori* communes aux différents types de réseaux, ces dernières étant définies en partie sur la base des rapports intermédiaires.

Ces séminaires ont pour objectif :

- de progresser dans la conception du processus évaluatif en confrontant les représentations et les pratiques des participants au savoir technique des experts invités ;
- de permettre aux acteurs impliqués (promoteurs et financeurs) dans les projets de réseaux de s'approprier ensemble la démarche d'évaluation et de pouvoir, éventuellement, se positionner ultérieurement comme experts;
- d'échanger leurs expériences en s'exprimant sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la démarche évaluative et sur les solutions trouvées ;
- de déterminer, si besoin, des axes d'investigation complémentaires.

Ces séminaires réuniront :

- le chargé de mission engagé pour suivre le projet ;
- les membres du groupe technique ;
- les couples référents/représentants institutionnels choisis dans les départements ou les régions des réseaux participant au projet ;
- des experts extérieurs choisis en fonction des thèmes retenus ;
- éventuellement, des évaluateurs choisis en fonction des thèmes retenus et des souhaits des promoteurs.

Des synthèses régulières seront publiées tenant compte, notamment, de l'ensemble des rapports intermédiaires des réseaux participant à l'étude. Ces synthèses, sous forme de publications périodiques (semestrielles), seront rédigées afin d'animer la démarche, tout au long de son déroulement. Destinées aux participants et aux financeurs du projet, ces publications permettront de faire régulièrement le point sur les enseignements tirés au cours des séminaires.

Objectif n° 2 : collecte de données en vue de la réalisation des monographies de réseaux

Il s'agit de collecter des éléments d'informations intermédiaires, à partir des rapports intermédiaires et finaux d'évaluation mais aussi à partir des échanges qui auront lieu au cours des séminaires thématiques sus-décrits. Ces éléments vont permettre de constituer des monographies d'expériences d'évaluation des réseaux qui alimenteront, à un second niveau et dans une phase de capitalisation, l'élaboration d'une méta-analyse (nous y revenons plus loin).

En sus du recueil de données produites par les réseaux participant au projet, des axes de recherche complémentaires, validés par le comité scientifique au terme des séminaires, seront éventuellement proposés. Ils feront l'objet d'enquêtes qui pourront être réalisées suivant les cas, soit par les membres des réseaux concernés, soit par des équipes d'intervenants externes dont les qualifications (économistes, sociologues, sciences de gestion, sociologie des organisations, santé publique, psychosociologues,...) seront définies en fonction des axes de recherche complémentaires. Ce recueil de données intéressera, soit les réseaux participant au projet, soit des réseaux ne participant pas à cette démarche mais qui présentent un intérêt particulier, de par leur thématique qui ne serait pas déjà représentée ou bien du fait de l'adoption d'axes d'évaluation particulièrement pertinents.

3. Une troisième étape : capitaliser cet accompagnement sous des formes diverses

Au terme de l'étape précédente, une base documentaire de référence, comprenant les rapports intermédiaires et/ou finaux sur l'évaluation des réseaux participant au projet ainsi qu'éventuellement, les données des investigations complémentaires et des monographies d'expérience, sera constituée. Elle alimentera, comme cela a été dit plus haut, la réalisation d'une méta-évaluation dont les objectifs sont doubles :

- d'une part, tirer des enseignements sur les questions d'évaluation des dispositifs réseaux ;
- d'autre part, permettre la réalisation d'un bilan sur les apports des réseaux en tant que dispositifs innovants d'organisation de l'offre de soins.

Il s'agit donc de rassembler, analyser et mettre en forme les résultats d'évaluation de réseaux qui auront donné leur accord. Chacun des deux objectifs fera l'objet d'un ouvrage, destiné à l'ensemble des acteurs impliqués. Le premier permettra d'expliquer les différentes positions méthodologiques en matière d'évaluation. Le second fera le point sur les apports de l'expérimentation en réseau. L'agencement des données et le contenu de ces ouvrages seront soumis au comité scientifique pour validation, cela après leur présentation aux réseaux ayant participé au projet.

Par ailleurs, *deux journées collectives nationales destinées à présenter les avancées des travaux et les premiers résultats* se dérouleront à mi-parcours du projet et à la fin. Ces journées seront ouvertes à un public très large. Elles pourront concerner 600 à 1000 personnes. Elles viseront à diffuser l'ensemble des analyses produites à un public large non impliqué dans la démarche mais concerné par l'évaluation des réseaux.

Liste des abréviations

Liste des abréviations

AAC :	Animer, Accompagner, Capitaliser
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCECQA :	Comité de Coordination d'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CNPS :	Centre National des professions de Santé
CNR :	Coordination Nationale des Réseaux
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES :	Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la santé
CRESGE :	Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de Gestion
DGS :	Direction Générale de la Santé
DGAS :	Direction Générale des Affaires Sociales
DIES :	Développement, Innovation, Evaluation, Santé, filiale de la Fondation de l'Avenir pour la recherche appliquée.
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENSP :	Ecole Nationale de Santé Publique
FAQSV :	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FAR :	Fédération Aquitaine des Réseaux
GRAPHOS :	Laboratoire de recherche sur les systèmes et organisations de santé de Bayonne
IMAGE :	Laboratoire de recherche de l'ENSP
INSERM :	Institut National de Santé et de Recherche Médicale
ONDAM :	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
SIAM :	Système d'Information de l'Assurance Maladie
UPMLB :	Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne
URCAM :	Union Régional des Caisses d'Assurance maladie
URML :	Union Régionale des Médecins Libéraux

Achevé d'imprimer le 12 novembre 2003

ELECTROGELOZ,
58, rue Rochechouart
75009 PARIS

Dépôt légal : Novembre 2003