



Les petits-déjeuners « Café Réseaux » du 19 juin 2007

**« Evaluation des Réseaux :
quels outils, quelles méthodes, quels acteurs ? »**

Intervention de :

- **Monsieur Gilles Poutout, Délégué à la santé du CNEH**
- **Modérateur : Dr Jean-Paul Hamon, Elu de l'URML IDF**

La séance est ouverte à 7 h 10 sous la présidence de M. ROUEFF, président de l'URML.

Dr Michel Roueff, Président de l'URML IDF - Avant de laisser la parole à Mr Gilles Poutout et au Dr Jean-Paul Hamon qui vont traiter le thème de notre Café réseau, c'est-à-dire l'évaluation des réseaux. Je veux vous redire, à vous qui êtes là régulièrement une fois par mois le mardi qu'un nouveau cycle de cafés réseaux se termine. Vous êtes toujours aussi nombreux. Cela reste un lieu d'échanges important pour les acteurs de réseau impliqués que vous êtes. L'URML va continuer à la rentrée sur ce principe avec, sans doute, une maquette quelque peu différente, mais on se retrouvera à la rentrée. Il faut que vous puissiez continuer à échanger entre vous et à nous faire remonter les divers problèmes que vous rencontrez dans la gestion de vos réseaux.

Il est certain que 2007 a été une année très difficile avec des interrogations pour nombre d'entre vous. Nous serons encore présents l'an prochain, nous espérons que vous serez encore aussi nombreux. N'hésitez pas à nous contacter pour nous faire part des problèmes que vous rencontrez ou pour nous dire que les soucis se sont améliorés. Tout le monde peut bénéficier de ces échanges. Je vous souhaite une bonne matinée.

Dr Jean-Paul Hamon – Je voulais féliciter l'URML pour son sens de l'humour : me choisir comme modérateur !

Quand j'ai découvert l'évaluation pour mon réseau et le montant de ce qu'allait coûter l'évaluation, j'ai été effaré. Tout de suite, on a négocié avec l'évaluateur et on a dit qu'il allait évaluer la qualité de notre évaluation. Nous allons faire une autoévaluation. Nous sommes passés de 20 à 5 %, ce qui nous paraissait nettement plus raisonnable.

Autant il y a cinq ans, quand les réseaux se sont montés, la nécessité d'une évaluation pouvait se faire sentir, autant on pense aujourd'hui que vous avez l'habitude d'une autoévaluation qualitative ou quantitative. Il est vrai que pour nous, le sujet est très sensible. Le coût de l'évaluation a toujours grevé singulièrement le fonctionnement des réseaux. A l'heure de la réduction des coûts, où l'on ne voit pas de perspective d'augmentation de budget, c'est une grande inquiétude. C'est vrai aussi que s'il y a des évaluations - que je ne vois pas passer car je ne suis pas de très près les réseaux de soins palliatifs ou les réseaux de soins gériatriques, on devrait évaluer aussi dans les réseaux la capacité pour les soignants à supporter ce qu'ils soignent. Quand on est dans un réseau de soins palliatifs ou de gériatrie, que l'on voit régulièrement la dure condition humaine et que l'on doit soigner les gens, je pense que le plaisir et la capacité à soigner à l'heure du "burn-out" devrait être évaluée également. De ce côté, je n'ai pas vu beaucoup d'évaluation aller dans ce sens.

Pour revenir sur le côté économique, vous avez vu qu'une circulaire d'évaluation régionale est proposée. Il faudra que tous, vous soyez attentifs à ce qui vous est proposé. S'il y a une évaluation régionale, elle sera ce que vous en ferez grâce à ces réunions ici, à la possibilité de vous rencontrer et de mutualiser les divers moyens à la lumière de vos expériences passées.

Je vais passer la parole à M. Gilles Poutout dont on attend vraiment les propositions.

Mr Gilles Poutout - Le modérateur a fait son travail de modérateur et a bien introduit le sujet. Il a raison. Il est vrai que le sujet est un peu compliqué. Je vais parler d'évaluation à la fois en termes d'outils, de méthodes et d'acteurs.

Nous aurons l'occasion de revenir sur les acteurs. Le Dr Jean-Paul Hamon a commencé à mettre le doigt sur ce qui me paraît important, c'est-à-dire que les évaluateurs ne peuvent pas être extérieur à la matière. Cela paraît évident. Beaucoup d'erreurs ont été commises là dessus. J'y reviendrai.

Avant de parler d'évaluation, je n'ai pas pu m'empêcher de faire une petite introduction sur le contexte. On ne peut pas parler des choses comme si tout allait bien et comme si l'on avait un cadre parfaitement idyllique. Le Président le disait tout à l'heure : il faut tenir compte de cet environnement car il faut desserrer l'étau. Pour ce faire, il faut comprendre ce qui se passe et voir quels sont les outils disponibles.

Il disait tout à l'heure que l'année 2007 a été difficile. Je crois que c'est surtout 2006 qui a été difficile. 2007 n'est que la conséquence de tout ce qui s'est passé en 2006. Sans remuer le couteau dans la plaie, il faut voir comment les choses se sont passées et en tirer des enseignements pour l'avenir. On repart de ce rapport de l'IGAS. La Circulaire - je n'ai pas la Circulaire Régionale, mais la Circulaire Nationale - de mars 2007 qui donne le nouveau cadre d'évaluation des réseaux s'appuie sur le rapport de l'IGAS, elle dit : « conformément aux recommandations du Rapport de l'IGAS etc. », comme s'il était évident et clair que ce rapport avait amené des choses parfaitement objectives sur les réseaux. Or, sans insister, deux ou trois choses doivent être répétées car on est dans des mœurs administratives un peu curieuses actuellement.

Je me rappelle l'épisode un peu troublant où depuis mars ou avril, on a commencé à parler du rapport IGAS que personne n'avait reçu officiellement. Tout le monde en avait de petits bouts sur son ordinateur. On se posait des questions. Une fois que les rumeurs ont fait leur chemin, on apprend dans un grand journal du soir que le bilan des réseaux est décevant. C'était en septembre. Quelques jours après, le rapport IGAS est enfin publié. Il donne certaines conclusions et argumente d'une façon pas très logique.

2006 est une année où pour la première fois, on a eu une inflexion dans les enveloppes. Il faut rappeler l'épisode : une inflexion nette a été donnée par les pouvoirs publics à l'encontre même des services administratifs. Je me rappelle très bien que la DHOS avait proposé 190 MEuros pour 2006 à la fin de 2005. Le ministre en personne était venu dans un café Réseaux pour dire qu'il y avait 170 MEuros. Il croyait faire un tabac. C'était son chef de cabinet qui avait dit cela. N'empêche que cela avait jeté un froid dans l'assistance.

Ce que l'on peut dire de ce tour de vis 2006, c'est qu'il faut voir à quoi il répondait et il faut voir que les mêmes ingrédients peuvent potentiellement se reproduire aujourd'hui. C'est quoi ce tour de vis ? On avait un déficit prévisionnel de l'Assurance Maladie qui était estimé à 4 milliards d'euros. Tout le monde craignait à l'époque que l'on réunisse le comité d'alerte des comptes de la Sécurité Sociale. Je ne sais pas si ce comité d'alerte vous dit quelque chose – il se réunit aujourd'hui d'ailleurs. C'est une instance mise en place par la Loi du 13 août 2004 qui prévoit que lorsque l'on dépasse un peu trop le montant prévisionnel de l'Objectif National de l'Assurance Maladie, on réunit des sages qui disent que c'est très mal, qu'il faut prendre de l'argent ici ou là pour équilibrer les comptes. On avait tellement peur – vous imaginez l'impact que ce comité peut avoir sur le grand public ! C'est une préoccupation majeure. Tous les matins, en me levant, je me dis : « Pourvu que le comité d'alerte ne soit pas réuni sinon je vais mal me porter toute la journée ». Il n'empêche que cela pose question à un certain nombre de gens. Pour éviter que le comité d'alerte se réunisse, en catastrophe, on a fait des économies. Et les économies, où les prend-on ? Là où on le peut. On a essayé un peu du côté des cliniques. Il y avait aussi une enveloppe toute chaude, pas totalement utilisée, l'enveloppe de dotation des réseaux. Comme tous les ans, comme le fonds d'amélioration

de la qualité des soins de ville, ces enveloppes par nature ne sont pas utilisées car elles sont en développement. Quand quelque chose se crée, quand on part d'un nombre de réseaux x en début d'année, on en a $x+n$ en fin d'année. Forcément, comme on n'est pas en année pleine, on n'a jamais utilisé la totalité de l'enveloppe. C'est récurrent dans ce type d'enveloppe. Des fonctionnaires voient cette enveloppe et décident de prendre dedans. C'est comme cela que l'on a pris plusieurs millions. Pour les 4 milliards de déficit prévisionnel de l'Assurance Maladie, on a pris 30 MEuros sur une petite enveloppe de 270 MEuros. Rapporté à l'enveloppe de dotation des réseaux, cela faisait 18 %. Rapporté à l'enveloppe déficitaire de l'Assurance Maladie, cela faisait à peine 0,75 %. Ce n'est même pas une variable d'ajustement.

Il y a eu proximité d'événements qui ont fait que... On a dit que les IGAS n'étaient pas contents et que l'on enlevait donc des sous. Pas du tout ! Il y avait une demande du ministère récurrente qui ne comprenait pas grand-chose aux réseaux. Le FAQSV.... Il y a de l'argent là-dedans. On ne sait pas tout ce qu'ils font. Cela fait plaisir quand on parle d'évaluation. « On ne sait pas trop ce qu'ils font, il faut donc rationaliser tout cela. ». On envoie les IGAS sur le terrain qui disent un certain nombre de choses. A côté de cela, il manque un peu d'argent. On le prend là où l'on peut.

Voilà ce qui s'est passé.

Je le rappelle parce qu'il y a aujourd'hui une réunion du conseil d'administration de la CNAMTS ou de l'UNCAM qui doit prévoir un peu plus d'un milliard d'économies. Vigilance ! Les économies, on va les trouver où ? On les trouve sur le parcours de soins, le médecin traitant. Il est déjà question de sanctionner davantage les gens qui ne passent pas par le médecin traitant. Il serait question de rembourser la moitié des soins. Mais à mon avis, on cherchera aussi les petites enveloppes. On gratte les fonds de tiroirs. Comité d'alerte + économies annoncées aujourd'hui = danger pour ce type d'enveloppe. Toutes les petites enveloppes sont dans le collimateur. Il faudra être prêts à argumenter pour ne pas se faire prendre de l'argent encore une fois.

Je reviens sur le rapport IGAS car cela nous mettra en état de parler d'évaluation.

Le rapport de l'IGAS, c'était « contrôle et évaluation du FAQSV et de la dotation des réseaux ».

Sur la méthodologie, la vidéographie utilisée est insignifiante. Quand on fait un rapport de ce niveau sur un phénomène important, on commence par prendre toute la documentation, tous les ouvrages de référence qui ont été publiés là-dessus. Il n'y en a pas dans le rapport IGAS. On cite à peine le guide de la Haute Autorité de Santé sur l'évaluation des réseaux. Ce qui nous amène à ce qu'il y ait une Circulaire publiée sur l'évaluation des réseaux dont vous verrez qu'elle ne reprend même pas tous les éléments qu'il y avait dans le guide d'évaluation de la Haute Autorité de Santé. C'est étonnant mais... Il n'y a rien sur les autres publications de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les réseaux. Il y en a quand même eu trois. Aucun travail universitaire sur les réseaux n'est cité alors qu'il y en a plusieurs dizaines. Plein de facs ont produit des mémoires et des thèses sur les réseaux. Je pourrais parler de l'université de Marne-la-Vallée puisque j'y enseigne avec le Dr Bernard Elghozi. Chaque année, nous avons des mémoires qui paraissent sur la thématique des réseaux. Mais il n'y a pas que là. J'en ai plusieurs dizaines chez moi. Mais pas de référence à ces travaux universitaires. Curieuse méthode.

Les IGAS ont interrogé 220 personnes. Sur ces 220 personnes, sur un thème comme les réseaux, 120 sont des institutionnels, 44 sont des institutionnels interrogés au niveau national, alors que la dotation des réseaux et le FAQSV étaient régionalisés. On voit déjà le sérieux de l'approche. On a interrogé – c'est cité dans le rapport IGAS - le directeur de la Sécurité Sociale qui, dans le cadre de

la réglementation actuelle, n'a aucun regard réglementairement sur les réseaux. Il n'a pas à en avoir particulièrement. Son administration n'est pas impliquée. Par contre, le président du Conseil d'administration de la CNAMTS directement impliqué dans le FAQSV National, lui, n'a pas été interrogé. Cela l'a amené à dire que si l'on avait interrogé, on aurait quand même évité de dire des erreurs sur le fonctionnement du FAQSV National. On interroge des gens non concernés, et pas ceux qui sont directement au cœur du système.

Au total, il y a 50 représentants des réseaux de santé sur 220 personnes. Et encore faut-il comprendre que 6 régions seulement ont été visitées. La région Ile de France en particulier ne l'a pas été. Sur ces 6 régions, dans 2 régions, et pas des moindres, PACA et Haute Normandie, aucun représentant de réseau n'a été entendu. Pour l'essentiel, c'est en Bourgogne que l'on a entendu les représentants des réseaux de santé. Je n'ai rien contre cette région, mais c'est tout de même un peu curieux. Grosso modo, on a tiré un certain nombre de conclusions à partir d'un échantillon très peu représentatif, mal étalonné et on n'a pas de *background*, pas de référence précise sur les réseaux.

A partir de là, l'ensemble des conclusions tirées par ce rapport sont donc sujettes à caution me semble-t-il. C'est quelque chose qu'il est important de dire et de redire, je l'ai dit à une tribune à l'Assemblée Nationale il y a quelques mois, il faut le répéter. On ne peut pas continuer à avoir des rapports d'une telle médiocrité rendu par des grands corps d'Etat. Un des mêmes rapporteurs a produit quelques semaines plus tard un rapport sur le *desease management* qui présente les mêmes problèmes méthodologiques. Cela va loin. On nous présente le *desease management* qui a quand même des définitions très claires. Si vous allez sur internet, plein de choses sortent sur le *desease management*. C'est une interprétation du *desease management* avec des propositions particulières, curieuses même, sur le *desease management* à la française, tel que l'on pourrait le mettre en place. Il est étonnant que l'on ait aussi peu de précautions intellectuelles méthodologiques avant de publier un rapport comme celui-là par un grand corps d'Etat.

Sur le fond, on a jugé les réseaux sur le service médical rendu. Cela m'a posé une question : juger les réseaux sur le service médical rendu. Parce que nulle part dans la définition des réseaux de santé, on n'utilise ces termes comme cela. Je ne dis pas qu'il ne faut pas juger les réseaux sur le service médical rendu, mais ce n'est pas le cœur de métier des réseaux. Ils n'ont pas été faits pour cela. D'ailleurs la fameuse Circulaire de mars 2007 dit bien que les réseaux ne doivent pas se substituer à une offre manquante, si offre manquante il y a. On voit bien par là même que les réseaux occupent une place qui n'est pas une place que l'on peut évaluer au titre du service médical rendu. C'est pourtant ce qui a été fait.

C'était bien de la part du modérateur d'avoir introduit le sujet comme cela. Comment peut-on évaluer le service médical rendu dans certains réseaux alors que cela n'a été fait nulle part. Parlant de soins palliatifs, quel est le service médical rendu ? Ou alors, on se met d'accord à l'avance sur une définition ! Est-ce que un jour, on a évalué les équipes mobiles hospitalières de soins palliatifs au nom du service médical rendu ? Je ne le crois pas. On ne fait pas ainsi avec les équipes mobiles hospitalières de soins palliatifs ! Elles rendent un service particulier. Idem pour les réseaux cancer ! C'est quoi le service médical rendu ? L'amélioration de l'état de la population... ? Il y a des données nombreuses.

Cette affaire ne marche pas.

J'y reviendrai, mais cela, c'est très important. Parlant d'évaluation, il y a plein de choses qui encadrent, qui réglementent l'évaluation des réseaux. Quand à un certain niveau, on parle d'évaluation des réseaux, on ne parle plus de la même chose. Alors, vous comprenez qu'il faut faire

très attention. C'est pourquoi je suis d'accord avec l'introduction du Dr Jean-Paul Hamon. Il faut faire très attention à ce que l'on vous demande, et que l'on va vous opposer dans la loi, dans la réglementation, dans les conventions et ensuite, ce que l'on va demander nationalement en disant : « Que nous ont rapporté les réseaux à un moment donné ? ». Il faut qu'il y ait adéquation entre les deux. Sinon, vous travaillez pour rien. C'est-à-dire que vous pédalez sur un petit vélo alors que les choses se passent à côté. J'ai le sentiment que dans le cadre de ce qui a été fait dans le rapport IGAS, c'est ce qui s'est passé. On a demandé aux institutions dont je faisais partie à l'époque, on a demandé aux réseaux de faire les évaluations, lesquelles n'ont pas été prises en compte pour faire cette évaluation finale, cette évaluation nationale IGAS. Là, il y a un souci.

C'est arrivé une fois, il ne faut pas que cela arrive deux fois. C'est l'occasion de débattre. Je souscris totalement aux propos du Dr Jean-Paul Hamon : il faut qu'il y ait une sorte d'évaluation, de méta-évaluation régionale, interrégionale des réseaux à partir des évaluations telles qu'on les demande dans les circulaires etc. Mais il faut savoir tirer des enseignements au-delà des évaluations qui remontent au niveau régional, puis au niveau national, et sur la base desquelles on dit que l'on continue à financer ou non. Cela ne nous donnera pas, et cela ne donnera jamais, un élément de négociation national par rapport aux réseaux.

Pour terminer sur le rapport IGAS, je voudrais dire qu'il est en décalage par rapport à d'autres choses qui ont été dites ailleurs. Je ne vais pas parler des rapports universitaires ou de ce que l'on a pu dire dans des assemblées comme celle-ci, je vais parler d'instances tout aussi officielles que l'Inspection Générale des Affaires Sociales. En juin 2006, la HAS a sorti un papier spécifique sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui dit explicitement : « *la participation active des réseaux de santé permet de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles* ». Un certain nombre de réseaux ont été d'ailleurs agréés pour cela. On peut s'interroger sur le bien-fondé, mais c'est une réalité. Cela veut dire que de manière claire nette et précise, la Haute Autorité de Santé considère qu'un réseau qui fonctionne bien améliore les pratiques et que cette amélioration des pratiques peut être vue à travers la certification de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins engagés dans les réseaux. C'est une vraie reconnaissance. La Cour des Comptes, un grand corps d'Etat tout aussi prestigieux que l'IGAS a centré son chapitre 13 dans le rapport annuel de la Cour des Comptes, remis au président de la République, qui fait les unes du *Canard enchaîné*, dans son chapitre 13 consacré à la politique des soins palliatifs, le rapporteur indique que « *les réseaux de soins palliatifs contribuent à ouvrir l'hôpital vers le domicile et inversement, et sont ainsi importants dans la continuité entre les établissements et le domicile* ». Cela veut dire, de manière tout aussi explicite que la Cour des Comptes reconnaît que certains réseaux contribuent à l'amélioration du parcours des patients.

Sur ces deux sujets qui font partie de l'évaluation des réseaux - je reviens sur la méthodologie d'évaluation des réseaux - : évaluation des pratiques professionnelles, protocoles référentiels et sur le parcours du patient, deux institutions nationales reconnues ont donné des choses très précises sur les réseaux. C'est important, et on peut mettre cela en regard avec ce qu'en disent les rapporteurs de l'IGAS.

Après ce long préalable, j'en arrive à l'évaluation. C'est quoi ? Que disent les textes ? Quels sont les outils, les méthodes et les acteurs ? Il faut toujours revenir aux textes lorsque l'on prétend évaluer quelque chose.

On trouve la définition la plus précise dans le Décret d'application de décembre 2002 - c'est l'Article D 6321-2 du Code de la Santé Publique - :

« Le réseau répond à un besoin de la population... »

En général, quand les professionnels de santé se commencent à réfléchir sur un sujet donné, c'est qu'il y a un besoin. Après, même si le besoin est identifié à leur façon, et qu'ils vont voir les autorités régionales, on se met d'accord sur l'existence du besoin ou pas.

« ...dans une aire géographique définie qui prend en compte l'environnement sanitaire et social... »

C'est très important parce qu'un réseau, comme le rappelle la dernière Circulaire de mars 2007, n'a de sens que par rapport à la spécificité des acteurs qui en font partie. C'est une banalité de le dire, mais j'ai tellement entendu qu'il faut modéliser, normaliser, faire des cahiers des charges. Oui dans la mesure où les cahiers des charges sont sur les principes, mais on ne fera jamais un réseau à l'identique d'une région, d'un bassin de santé, d'un territoire de santé à un autre. Cela paraît évident, et c'est rappelé dans la définition. Déjà un hôpital, une clinique – pourtant dieu sait qu'en hôpital ou en clinique, on peut normaliser, modéliser – déjà d'une région à une autre, d'un territoire de santé à l'autre, ce n'est pas la même chose. Depuis quelques mois, me promenant dans les régions et regardant les hôpitaux, je peux vous dire qu'il y a des différences extrêmement importantes d'un CHU à un autre. Je ne vous dis pas entre un centre hospitalo-universitaire et un centre hospitalier. Pourtant, a priori, il y a une infinité de textes dans le Code de la Santé Publique qui définissent tous le même fonctionnement. Déjà, c'est différent, et cela pour des tas de raisons : les personnes qui constituent l'hôpital, l'environnement socio-économique, etc.

Le réseau prend en compte en plus l'existant sanitaire et social du territoire de santé dans lequel il s'inscrit. Toutes les URCAM et les ARH ont été amenées à le dire : un réseau de soins palliatifs pour ne prendre que ceux-là qui sont probablement aujourd'hui les plus harmonisés ou les homogènes, un réseau de soins palliatifs ne sera pas le même selon qu'il est dans Paris intra muros ou dans la Creuse. C'est parfaitement évident. Il n'y a pas les mêmes ressources, pas les mêmes moyens, pas le même type de professionnels, pas les mêmes hôpitaux etc.

« Le réseau met en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social. Il définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation et rappelle les principes éthiques. Il met en place une démarche d'amélioration des pratiques. Il prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation » .

D'emblée dans la conception même du réseau, il se situe dans un environnement donné, il prévoit à la fois la prise en charge d'un certain type de patient avec un certain type de pratiques et en même temps, il prévoit dans le même temps une démarche d'évaluation. Je vous signale que ce texte-là, tel qu'il ressort, il n'est pas étonnant que la HAS ait inscrit les réseaux comme une des structures privilégiées pour faire de l'EPP. On est en plein coeur du courant de pensée qui veut aujourd'hui mettre en place dans le domaine de la médecine, et plus généralement des soins et des soignants, c'est-à-dire intégrer, lier, intriquer à la fois une démarche de soins et une démarche d'évaluation des soins. Qu'est-ce que je fais aujourd'hui ? Qu'est-ce que je devrais faire ? Qu'est-ce que je mets en place pour que cela corresponde etc. ? Dans la démarche d'évaluation au plus profond des réseaux, c'est mettre en oeuvre un certain nombre de protocoles, de référentiels, pas que de soins, mais aussi de prise en charge, et voir si ces référentiels et ces protocoles marchent. Si je mets en place une équipe pluridisciplinaire qui va tracer le parcours d'un patient diabétique, est-ce que ce que je mets en oeuvre, au bout d'un temps, je peux mesurer l'évolution de la prise en charge du patient, tant au niveau des pratiques professionnelles que de l'impact sur le patient ? C'est le premier texte.

Il y a également sur les réseaux trois textes fondamentaux sur lesquels on n'a pas trop insistés dans différents documents, notamment dans le rapport IGAS. Ces trois documents font le substrat des réseaux. C'est le document d'information de l'utilisateur, la charte du réseau et la convention constitutive. On ne le dira jamais assez : c'est la seule chose qui fonde la définition d'un réseau de santé. Je ne veux pas revenir en arrière, mais le nombre de fois où j'ai entendu des définitions... disant qu'un réseau doit être ceci ou cela ! Oui, sans doute, mais si l'on veut savoir si l'on a affaire à un réseau de santé ou pas, on se raccroche à ces trois documents. Existe-t-il un document d'information de l'utilisateur ? Y a-t-il une charte du réseau ? Y a-t-il une convention constitutive du réseau ? Dans le détail, c'est quoi ? Le document d'information de l'utilisateur est considéré comme le plus important dans la réglementation. Ce n'est pas la convention constitutive, contrairement à ce que l'on peut croire, mais c'est le document d'information de l'utilisateur qui rappelle le libre choix, le fonctionnement du réseau, les prestations proposées au patient, l'information à chaque étape du patient et les engagements réciproques de l'utilisateur et des professionnels. Signé si possible, même si dans le cas de la santé mentale ou des soins palliatifs, ce n'est pas facile.

« *Fonctionnement du réseau* » Cela veut dire que, même en termes simples, il faut qu'un patient pris en charge par le réseau sache quelles sont les prestations qui lui seront données, comment elles seront réalisées et il faut qu'il soit informé à chaque fois que l'on modifie le type de prise en charge.

« *La charte* » Dans la mesure où le réseau s'engage vis-à-vis de son patient à un certain type de prestations données, il faut que le réseau soit en mesure de rendre cette prestation. Il faut donc que les professionnels qui y participent, en dehors des principes éthiques, s'engagent à rendre le service pour lequel ils sont venus dans le réseau. Dans un réseau, la charte est le document qui permet d'avoir à chaque pas à la fois le pivot du réseau par rapport au patient, et à chaque fois à qui peut faire appel, comment, pourquoi, selon quel protocole, avec quel type de formation, on fait appel à tel type de ressource complémentaire.

« *La convention constitutive* » Je passe car c'est un document plus juridique qui reprend l'essentiel des autres.

Ce qui est important, y compris dans la convention, c'est que l'on met en place les conditions d'évaluation du réseau. A partir du moment où un réseau a mis en place la convention constitutive, il définit ses conditions d'évaluation. Autrement dit, il définit les principaux paramètres qui vont, selon lui, lui permettre de savoir s'il est dans le bon fil ou pas. C'est à partir de là que l'on pourra placer une vraie évaluation et qu'il pourra y avoir un dialogue tant avec l'évaluateur externe qu'avec les institutions de santé.

Pour l'évaluation elle-même, voilà très exactement ce que disent les textes réglementaires. Je reviens à la Circulaire plus tard. Dans la hiérarchie des textes, la Circulaire ne s'impose qu'aux administrations.

« *Chaque année, les promoteurs de réseau transmettent aux représentants des organismes un rapport d'activité comportant des éléments d'évaluation. Tous les trois ans, un rapport d'évaluation est réalisé, et ce rapport d'évaluation permet d'apprécier - voilà le droit positif - le niveau d'atteinte des objectifs, la qualité de la prise en charge des usagers, la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau, l'organisation et le fonctionnement du réseau, les coûts afférents au réseau, l'impact du réseau sur son environnement, l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.* » Cela, c'est le texte qui s'impose à tous, aux promoteurs, aux participants aux réseaux, aux institutions. Je le répète : la Circulaire du 2 mars 2007 ne s'impose qu'aux administrations, une Circulaire n'est pas opposable au particulier. Bien sûr, les

administrations, à partir de là, vont appliquer la Circulaire, la mettre en oeuvre. Mais une Circulaire n'est qu'un guide à destination des administrations. Pour vous, promoteurs de réseaux, ce document est une indication, au même titre, et sans doute à moindre titre que le guide d'évaluation de la HAS. Naturellement, il faut connaître ce qu'il y a dans la Circulaire puisque les gens des administrations auront cet élément pour pouvoir juger de votre évaluation, mais ce n'est que cela, ce texte. Les fondamentaux sont dans les textes réglementaires. Quand vous faites un rapport d'évaluation qui reprend ces sept points, vous êtes dans le droit. Si vous êtes dans le droit, en remplissant toutes les cases, vous avez fait votre travail d'évaluation.

Dans notre système français de santé la Haute Autorité de Santé a été mise en place entre autres pour l'évaluation. C'est elle qui, en droit français, est compétente en matière d'évaluation. Donc, les références, les référentiels, les normes, etc. viennent de la HAS. Dans la hiérarchie des normes, c'est là que cela se joue. La HAS ne peut naturellement pas aller contre le droit, contre la loi, contre la réglementation, mais c'est elle qui établit les normes et les référentiels relatifs à l'évaluation. Je le redis car c'est important de le savoir. La référence est là. Pas dans 3 fonctionnaires qui ont bâti un machin en passant des coups de fils et qui mettent qu'il faut évaluer comme cela.

Si on a bâti ce système de gouvernance à la française qui – comme vous le voyez – est un peu lourd, il y a au moins un intérêt : c'est que la HAS, lorsque l'on a transformé l'ANAES en Haute Autorité de Santé, a ce pouvoir d'établir les référentiels et les normes. Quand on suit le guide d'auto-évaluation de la HAS, on est dans la logique de la gouvernance de l'Assurance Maladie.

Vous voyez toutes les précautions que je prends avant d'arriver à la Circulaire de mars 2007.

Je ne serai pas très long sur la grille d'auto-évaluation de la HAS.

Elle comprend 4 grandes parties :

L'évaluation de l'intégration et de la satisfaction des patients et des professionnels dans le réseau – elle répond donc au décret et aux critères d'évaluation positifs ;

L'évaluation du fonctionnement du réseau ;

L'évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ;

L'évaluation économique.

Il y a pour chaque partie des données relatives aux patients, aux professionnels libéraux, aux établissements de santé, aux établissements sociaux et médico-sociaux, des éléments sur la satisfaction des patients et des professionnels, des éléments sur le fonctionnement du réseau, sur la qualité de la prise en charge, la sécurité de la prise en charge, l'efficacité et sur les données économiques.

A chaque fois, le document est composé en trois parties :

Une questionnaire d'autoévaluation – qualitatif - qui permet aux professionnels de se poser des questions et de savoir si leur réseau est efficace ou pas, si les patients sont satisfaits ou pas. 88 questions sont posées au total, réparties selon les items.

Un certain nombre de données brutes et d'indicateurs sont proposés. Au total, il y a 43 données brutes et 18 indicateurs. La HAS, l'ANAES à l'époque, ne préconisait pas forcément de reprendre l'intégralité de ces données et indicateurs, mais de prendre celles qui étaient parfaitement adaptées au fonctionnement de leur réseau, aux spécificités de leur réseau, tout en respectant les demandes faites dans le cadre du décret.

Comment est-ce que c'était bâti ? Les données patient étaient bâties de la manière suivante : nombre de demandes de prise en charge, nombre de patients entrés dans le réseau, le nombre de patients suivis par le réseau, le nombre de sorties programmées ou patients sortis avec un protocole de suivi ailleurs, en ville ou à l'hôpital, le nombre de sorties non programmées, le nombre total de sorties, la durée moyenne de prise en charge dans le réseau.

Cela permettait de tirer 3 indicateurs : le taux d'inclusion – c'est-à-dire le nombre de patients entrés sur le nombre de demandes, le taux de suivi, le taux de fuite – c'est-à-dire le nombre de sorties non programmées sur le total. Je prends uniquement cet exemple, mais c'est pour vous montrer comment ce manuel avait été bâti. Les données brutes, telles qu'elles ressortent sur les patients sont des données simples qu'à tout réseau qui se met à fonctionner en routine. Il suffit d'avoir un tableau Excel et de les noter. C'est le tableau de bord. Les 43 indicateurs au total sont tous à peu près du même tonneau. Ces données sont donc simples. Cela donne lieu à des indicateurs qui sont parfaitement identifiés, simples de manipulation et, surtout, totalement opposables. Le questionnaire d'auto évaluation qui complétait ces données et indicateurs bruts permettait de donner du corps et de la chair à ce tableau de bord, à ces données. « *Quels sont les moyens de communication utilisés pour ..., critères d'inclusion et d'exclusion dans le réseau etc.* » Des données qualitatives qui, rapportées aux données quantitatives, devaient permettre d'avoir un rapport annuel d'activité avec des éléments d'évaluation et pouvait être synthétisé tous les 3 ans dans le fameux rapport d'évaluation.

L'outil existe, et il existe depuis septembre 2004. Quand je dis septembre 2004, il faut bien considérer que cet outil a été bâti par un ensemble de professionnels qui déjà avaient mis en place ce type de données, à divers titres, depuis plusieurs années. On a eu à la fin 2004 un outil parfaitement adapté aux réseaux, et en même temps, approprié par les réseaux puisque c'est l'émanation même de la réflexion sur ce que l'on veut savoir des réseaux à un moment donné.

Comment l'utiliser ?

La HAS a indiqué un certain nombre d'éléments. Elle parlait de développer les évaluations collectives – ce qui est repris dans la Circulaire. Plutôt que d'évaluer réseau par réseau, on pouvait imaginer des évaluations regroupées. Cela s'est fait en Ile de France pour les réseaux de soins palliatifs. L'idée fondamentale de la HAS était d'utiliser des méthodes itératives qui n'avaient pas pour objet de normer les choses. C'est totalement dans la démarche qualité : comment à partir d'une évaluation, je cherche à progresser et non pas l'évaluation sanction qui consiste à dire : je n'ai pas fait cela ou je l'ai mal fait, j'arrête. On n'est pas dans cette logique.

J'en arrive à la Circulaire du 2 mars 2007.

Si l'on essaie de la synthétiser, les objectifs des réseaux de santé selon la Circulaire sont :

1 La prise en charge globale des patients et le décloisonnement des professionnels. Prise en charge globale des patients, certainement ; décloisonnement des professionnels, je pense que c'est une conséquence. Je vois mal des gens se réunir pour décloisonner les professionnels. Je sais bien que le diable est dans la cloison, mais quand même !

2. Qualité, sécurité et continuité des soins : on ne dit rien de neuf. C'est dans la définition légale.

3. Cohérence avec les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie, le parcours de soins. Rendons-nous bien compte que cela, c'est quelque chose d'un peu nouveau. La définition légale des réseaux date du 4 mars 2002. Ils existaient avant dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de ville (FAQSV) ; mais ils ont une définition légale à partir du 4 mars 2002. Ensuite, il y a

eu la Loi du 13 août 2004 qui a mis en place le parcours de soins. Que l'on rende cohérents les deux est assez logique. Cela étant, dans la démarche, on a le sentiment à la lecture de la Circulaire qu'il faut que les réseaux s'intègrent dans le parcours de soins. Compte tenu de ces parcours de soins, oui, les réseaux vont s'adresser au médecin traitant lorsque c'est le bon élément pour faire le pivot du patient. La plupart du temps, ce sera le pivot du patient.

Dr Jean-Paul Hamon - Ce n'est pas inutile de le rappeler. C'est très bien. Le médecin traitant est souvent complètement ignoré du fonctionnement de certains réseaux, et même parfois complètement exclu. Ce n'est pas inutile comme précision. Il est bon de le rappeler à pas mal de réseaux.

Mr Gilles Poutout – Tu as raison : il faut que les réseaux veillent à cela.

4. Quatrième objectif rappelé par la Circulaire : répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire. En fait, la Circulaire est assez prolixe là dessus. L'idée, comme je l'ai dit, dans le décret, on disait qu'il fallait que cela réponde à un besoin. Il faut manifester dans le cadre du réseau que l'on répond bien à ce besoin. Cela se traduit notamment dans la Circulaire comme le réseau se disposant pour répondre aux besoins des médecins ou des professionnels de santé de premier recours. C'est souvent ce que les réseaux font spontanément implicitement.

5. Répondre à une logique d'organisation territoriale. Là, dans la Circulaire, on distingue en gros plusieurs types de réseaux et 2 grands types : les réseaux de proximité, dont la fonction est « *de simplifier au maximum la fonction de coordination* ».

6. Mutualiser les services entre réseaux

7. Un niveau subsidiaire qui serait au-dessus, pas forcément au niveau régional, mais cela peut être au niveau interdépartemental ou inter territoires de santé : appui aux réseaux de proximité, diffusion des protocoles, mise en œuvre ou aide à la mise en œuvre de l'EPP.

Voilà ce que dit la Circulaire.

Donc, je passe le premierement et le deuxièmement.

Le troisièmement dit qu'il faut tenir compte du médecin traitant.

Le quatrièmement, il faut essayer de coller aux besoins des professionnels de première intention du patient.

Le cinquièmement il faut essayer de simplifier la coordination.

Cette Circulaire sur le rappel des objectifs répète au fond ce que dit le décret en l'adaptant aux nouvelles modalités, notamment au vocabulaire issu de la réforme du 13 août 2004.

Que dit-elle sur l'évaluation ? « L'évaluation, une condition de financement », c'est l'intitulé du chapitre consacré à l'évaluation. Je regrette ce type de définition. « L'évaluation, une condition de financement », ce n'est pas suffisant de dire cela. Si l'évaluation n'est qu'une condition de financement, ce n'est pas de l'évaluation au sens où la HAS l'entend. Bien entendu, on ne va pas se cacher derrière notre petit doigt : évidemment que l'évaluation, à partir du moment où l'on s'évalue, et si l'évaluation qui est portée par nous ou par d'autres n'est pas positive, naturellement, on va en tenir compte pour les financements. De la même façon que dans le cadre de l'évaluation, l'accréditation ou la certification, on dit que petit à petit, on en tient compte quand un établissement n'est pas certifié ou avec des tas de recommandations, voire des réserves, il y aura peut-être à un moment donné une considération financière du côté de l'ARH. Mais vous voyez que du côté des

établissements, on est très loin de ce trait d'égalité entre évaluation et conditions de financement. Jusqu'ici en tout cas, jusqu'en janvier 2007, on n'a jamais conditionné le financement d'un établissement de santé à la qualité de sa certification et de son accréditation. Il faut peut-être aller dans ce sens-là ?

Dr Jean-Paul Hamon - C'est peut-être dommage.

Mr Gilles Poutout – C'est certainement dommage, mais vous voyez que dans le cadre de l'évaluation des réseaux, on a pris exactement le symétrique. Cela me gêne aussi. Si l'on fait de l'évaluation que la condition de financement des réseaux, on n'est pas dans le schéma de principe. Il y a là une ambiguïté qui me paraît importante.

Dr Jean-Paul Hamon - Surtout pour une nouvelle période de financement.

Mr Gilles Poutout - Il y a 2 niveaux qui sont définis dans la Circulaire. Au niveau de l'évaluation interne, je cite la phrase car cela m'a amusé : « *Les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leur propre performance et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés précédemment* ». Pour dire cela !

Une évaluation externe : « *il faut démontrer la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport au dispositif existant et appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnelles) – il faut noter la mention des tutelles car il n'y a jamais le mot « tutelle » dans le Code de Santé Publique - peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement* ». Cette définition de l'évaluation externe personnellement me gêne beaucoup parce que nous avons la - me semble-t-il, je m'engage devant vous - un recul par rapport aux réflexions qui avaient été menées après ce que l'on avait appelé les réseaux Soubies. Démontrer la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport au dispositif existant, vous comprenez que c'est à un tel niveau de généralité que l'on peut tout y mettre. S'il s'agit de dire – comme tu le disais tout à l'heure en introduction - que l'on a démontré effectivement que les professionnels dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs avaient plus de capacité à « tenir » face à des situations compliquées, si c'est cela, alors oui, d'accord, on peut montrer la valeur ajoutée de l'action proposée.

Dr Jean-Paul Hamon – Je disais justement que je pense qu'on ne l'a pas démontré. J'aimerais qu'on le démontre.

Mr Gilles Poutout - Mais si c'est démontré comme on voulait le faire dans le cadre de la procédure Soubie que c'est plus économique, qu'il y a des résultats positifs, qu'il y a des économies, cela relève de la mission impossible car aucune réseau de santé n'a été capable de le démontrer ainsi.

Sur les champs de l'évaluation externe proposés par la Circulaire, on nous dit : l'organisation du fonctionnement du réseau évalué, son impact sur son environnement, la participation et l'intégration des acteurs (professionnels), la prise en charge des patients, l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles, l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coût/résultat incluant les dérogations tarifaires.

Je n'ai pas résisté à la tentation de mettre en face le décret et de faire les corrélations qui s'imposent. Pratiquement partout, on dit la même chose. Une circulaire répète souvent la même chose que les décrets. Simplement, cinq ans après, c'est long pour dire la même chose ! « L'organisation et le fonctionnement du réseau », ça y était déjà. « L'impact sur l'environnement » y était déjà. Etc. !

L'aspect nouveau est...

Dr Jean-Paul Hamon - Sauf que le patient est en deuxième position dans le Décret et en quatrième dans la Circulaire.

Mr Gilles Poutout – Tu as raison. Cela a un sens.

La grande différence est là : dans le Décret, on dit « Les coûts afférents au réseau ». Dans la Circulaire, on dit : « l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coût/résultat incluant les dérogations tarifaires ». Je ne vais pas rentrer dans le détail de ce qui figure dans la Circulaire, mais je crois qu'il faut être très vigilant. Quand je dis cela, cela veut dire que probablement - comme le disait le Dr Jean-Paul Hamon - il faudra se définir très largement, probablement au niveau régional, voire interrégional dans les réseaux, ses critères d'évaluation médico-économique. Parce que dans la Circulaire, cela me paraît compliqué : « *Cette évaluation repose sur une étude des consommations médicales. Il s'agit en distinguant les différents types de consommations (dépenses ambulatoires, dépenses d'hospitalisation) d'évaluer l'impact des réseaux sur les dépenses d'assurance maladie.* » Ce paragraphe, c'est impossible, c'est rigoureusement impossible. On peut approcher des coûts, on peut les approcher sur échantillons, et c'est très compliqué parce que le dispositif à l'échelle de l'Assurance Maladie ne permettent pas d'avoir cela en routine. Ce n'est pas qu'on n'a pas ces données dans l'échelle de l'Assurance Maladie, mais c'est que les systèmes d'exploitation des données sont tels qu'il faut forcément qu'il y ait derrière quelqu'un en routine qui fasse cela. Je crois que ce n'est pas possible.

Dr Jean-Paul Hamon - Sur le truc économique, cela peut être au contraire les réseaux, notamment en soins palliatifs et soins cancéro peuvent être un « outil » de transfert des fonds, notamment médicaments, de l'enveloppe de l'hôpital vers l'enveloppe de ville. C'est peut-être une manipulation qu'il faut peut-être creuser. Incontestablement, dans ces réseaux que je viens de te citer, il y aura sûrement un transfert de médicaments de l'hôpital, qui seront transférés sur les soins de ville.

Mr Gilles Poutout – Absolument ! Je vais pouvoir conclure là-dessus. Je suis tout à fait d'accord avec toi. Je pense que autant, si l'on s'en tient au texte de la Circulaire, on n'y arrivera pas – il ne faut pas s'obnubiler sur le texte de la Circulaire sinon c'est un combat perdu d'avance -, autant il est tout à fait possible en mettant en place des échantillons - cela veut dire sur des échantillon de patients, cela veut dire un certain travail de « tri » des patients, on peut imaginer avec un système d'étiquette, faire des relevés qui montrent qu'il y a un certain nombre de transferts. Je pense en particulier à tout ce qui permet – et les hôpitaux y sont plus sensibles avec la tarification à l'activité - à la diminution de la durée moyenne des séjours. Avant, on parlait de diminution de DMS, cela faisait rire tout le monde car les établissements de santé n'en avaient rien à faire, sauf quand cela bloquait au niveau des lits ou des services. Aujourd'hui, il est clair que quand vous avez une prestation de groupe (?) de séjour qui est tarifée 100, si vous avez une comptabilité analytique qui vous permette de dire qu'au-delà d'une durée moyenne de séjour normale, vous dépensez 120, voire 130 ou 140 pour produire ce groupe homogène (?) de séjour, aujourd'hui on a 50 % de tarifications à l'activité, l'année prochaine, on sera sans doute à 60 ou 70, peut-être plus car apparemment, les réformes ont accélérer dans ce sens-là, cela veut dire que là, très directement, l'hôpital aura un intérêt à ce qu'un réseau fonctionne bien. Il lui amène le patient mieux programmé et le fait sortir plus tôt. C'est vraiment une piste de réflexion que vous pouvez creuser, comme ce qui a été dit sur les transferts par le Dr Jean-Paul Hamon.

Je vous remercie.

Dr Jean- Paul Hamon - Il est important que vous puissiez parler. Je vois que le fantasme de l'uniformisation de l'évaluation régionale, on l'a vu récemment avec le colloque de la PDS, que les

gens sont différemment organisés, même en Ile de France, même par bassin de vie. On voit que le fantasme de l'uniformisation régionale, vous avez quand même à donner vos avis. Je vois mal comment on va faire une évaluation régionale des réseaux si l'on ne tient pas compte de la particularité locale de chacun.

Dr Marie-Laure ALBY - Vous avez terminé sur quelque chose de très intéressant qui est une vraie piste, mais qui nécessite un appareil d'analyse. Je ne vois pas les réseaux faire de telles analyses économiques. Je suis profondément persuadée, tout en respectant la diversité régionale, que l'analyse économique du fonctionnement réseau versus l'hospitalisation – puisque cela retarde, voire cela diminue les hospitalisations - dans le cadre de la tarification à l'activité, on peut commencer à démontrer des choses et sortir de tout ce galimatias. Je m'excuse, mais le terme juridique. Vous avez très bien dit qu'entre le milieu et le médecin, qu'il s'était passé des choses. Vous n'avez quand même pas assez dit à mon avis que le FAQSV, c'était pour innover. Je ne vois pas pourquoi on évalue des systèmes comme s'ils étaient pérennes, institutionnalisés alors que le fond du FAQSV était d'innover et de lancer des innovations qui pouvaient ensuite être reprises. Peut-être que les comités régionaux des DRDR ont été les premiers déstabilisés, mais je pense vraiment que l'on applique des standards à quelque chose qui ne le mérite pas.

Par contre, des analyses économiques bien faites, là, on a vraiment besoin de systèmes d'expertise. Alors, j'ai vu que le rapport de l'IGAS n'était peut-être pas bon. C'est dommage car Monsieur Duhamel est un type intelligent. Je ne sais pas ce qui lui est arrivé. Peut importe ! C'était peut-être une justification de diminution de budget ou une commande. Je n'en sais rien. Par contre, quel type d'aval ? Vous avez parlé d'université, quel type de système d'expertise ? Parce que je ne vois pas les réseaux qui ont le nez dans le guidon, qui travaillent avec des patients, et même s'ils ont des coordonnateurs, ils n'ont pas d'épidémiologistes à tous les étages, hors les analyses coût/efficacité ou économique faire des analyses qui vont démontrer quelque chose d'intéressant intuitivement. Il faut des appareils d'expertise. Est-ce qu'il faut faire des thèses, est-ce qu'il faut se brancher sur des unités Inserm, est-ce que dans votre faculté, vous avez un département qui peut travailler là-dessus ? Sinon, je ne vois pas comment on va faire.

Mr Gilles Poutout - Je crois qu'il commence à exister... On a été « pollué » dans cette affaire par tout ce qui a tourné autour des évaluations Soubies. Dès que l'on parle d'évaluation médico-économique, tout le monde a en tête cet énorme bastringue qui avait été mis en place en 1996 et les années suivantes où il fallait avoir un matériau absolument incroyable pour démontrer que c'était moins cher en réseau, qu'à terme, cela permettait d'économiser à cinq ans, à dix ans, des tas de choses. C'était totalement impossible. D'autant plus que dans le système dans lequel c'était développé, faciliter les sorties de l'hôpital ou mieux organiser l'entrée à l'hôpital, cela ne changeait strictement rien économiquement pour l'hôpital. Entre la difficulté d'utiliser l'échelle de l'Assurance Maladie pour la ville et l'inadéquation totale de ce mode de raisonnement par rapport au financement de l'hôpital, cela a fait que l'on est resté complètement... que tous ceux qui ont tenté de faire quelque chose autour de cela se sont lamentablement cassé la figure car c'était impossible.

Aujourd'hui, nous avons le recul. On a aussi un certain nombre d'outils. A ma connaissance, il n'y a pas encore de modèle sur le sujet. Par contre, on commence à avoir des pistes pour faire des choses sérieuses. Une fois que l'on a abandonné totalement l'idée de prendre l'exhaustivité des patients pris en charge et à partir de cette exhaustivité, on va comparer, comme c'est indiqué dans la Circulaire, ici ou ailleurs, avant ou après, cela ne marche pas. Il y a des réseaux qui s'y sont essayés avec un sérieux incroyable. Ils n'ont rien prouvé car c'est « improuvable », irréalisable. Le seul

rapport qui a été publié là-dessus est un rapport du professeur Launoie, publié il y a 5 ou 6 ans. Méthodologiquement, c'est très compliqué. A part lui, et quelques autres, personne ne comprend vraiment. C'était en plus appuyé avec une Caisse primaire particulière qui avait bien voulu rentrer dans une machinerie impossible. Il ne prouvait au fond à peu près rien. C'est-à-dire que cela arrivait à prouver que le réseau faisait économiser 2 %. Je n'ai rien contre sa méthodologie, mais il est évident qu'elle n'était pas reproductible et qu'elle était liée à un territoire de santé particulier avec une Caisse primaire particulière et une pathologie particulière. Je crois qu'il faut abandonner cela.

Ce qui peut être fait qui me paraît beaucoup plus astucieux, c'est de faire un système d'échantillonnage. Là, on peut. Sans doute y a-t-il des choses à travailler méthodologiquement. Mais si on échantillonne – cela peut être plusieurs réseaux sur une même thématique - un certain nombre de patients pour lesquels on peut relever, et surtout croiser des données économiques de base - il est important qu'on puisse les valider car si on relève les données de manière empirique, par exemple un cahier au domicile, et si l'on n'a pas de croisement avec d'autres données, on peut dire que ce que vous avez fait est totalement empirique et n'a aucune valeur. Il faut pouvoir relever les données et les croiser par des sources différentes. Relever l'ensemble des données économiques afférentes à ce patient (soins ambulatoires, médicaments, épisode d'hospitalisation). Il faut qu'on puisse comparer cette prise en charge de la pathologie avec ce qui est fait habituellement et que l'on sait chiffrer. En ambulatoire pur, c'est très compliqué. Par contre, en hospitalier, on a maintenant une base : c'est tout simplement le groupe homogène de séjour et la tarification à l'activité. Même si ce n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît parce les patients ne sont pas forcément dans un groupe homogène de séjour donné – je pense aux soins palliatifs par exemple - on a quand même un certain nombre d'outils qui permettent de dire que si le patient passe 60 jours à l'hôpital, il sera tarifé de tant à la Sécurité Sociale. Par contre, d'après les relevés sur un certain nombre de patients, on peut savoir que cela a coûté tant avec un relevé exhaustif pour lequel on peut valider les données.

Ce que je vous livre là, ce sont quelques ébauches. A l'oral, c'est toujours un peu difficile. Il vaut mieux avoir des schémas. Je pense que c'est une maquette que l'on peut essayer de formaliser. Pourquoi pas l'université ? Effectivement, on peut proposer à des étudiants d'y travailler avec de bons directeurs de mémoire. Il y a sans doute aussi une réflexion collective à mener là dessus, cela peut se croiser avec l'université. C'est une méthode pour pouvoir répondre à la demande de la Circulaire.

C'est bien réfléchir à cela, mais compte tenu du contenu de cette Circulaire, il vaut mieux anticiper le coup et dire ce que l'on a fait dans sa région - Pas forcément pour cent réseaux : « Quelques-uns ont fait une étude économique sur un échantillonnage. Sur 7 % des patients, voilà ce que cela donne sur des données chiffrées que l'on a pu valider. Voilà ce que cela donne et voilà ce que l'on peut dire aujourd'hui sur ce que coûte un patient réseau versus ce qu'il coûterait à l'hôpital ». Cela me paraît être une digue pour éviter des évaluations sauvages qui ne riment à rien. Et de toute manière, cela pourra faire progresser la réflexion économique dans les réseaux.

Dr Jean- Marc MOLLARD - Du point de vue de l'évaluation comme de tous les autres points de vue, la balle est dans le camp des réseaux et des gens qui veulent travailler avec eux. Je vais prendre un exemple dans la suite du rapport de l'IGAS : le ministère souhaite actuellement faire une enquête sur « à quoi sert un réseau de soins palliatifs ? ». Il vient de déléguer cette tâche au Crédoc qui est un organisme ayant pignon sur rue. Le ministère a écrit une lettre aux directeurs d'établissements de santé pour les prévenir qu'il voulait se faire une idée sur le fonctionnement des soins palliatifs en France. Ôh surprise ! J'ai demandé confirmation. Il y a 4 réseaux de santé qui font

partie de ces fameux établissements de santé. Je vous rappelle qu'il y a 3 ou 4 ans, on avait fait un travail à l'URML avec des juristes en demandant que les réseaux de santé soient des établissements de santé. Cela avait été refusé par le gouvernement. Donc, on s'adresse à des établissements de santé. Mais le ministère considère les réseaux de santé comme des établissements de santé. C'est une première confusion étonnante. Ensuite, le protocole d'évaluation est mis au point par le Crédoc. Il s'agit d'interviewer, à propos de la prise en charge d'un ou deux patients, 4 acteurs : un médecin, une infirmière, un patient ou son entourage, un psychologue ou un autre professionnel. S'agissant du médecin, je demande qui on veut interviewer : le médecin traitant ou le médecin coordinateur du réseau, ce qui n'est pas la même chose. Réponse : « attendez, je vous rappelle, je demande à mon chef ». J'ai eu la réponse quelques jours plus tard : soit l'un, soit l'autre.

Voilà où l'on en est !

J'attire donc votre attention sur le sujet. L'évaluation repose surtout sur nos propres forces et c'est à nous de faire des propositions.

Autre chose : on parle beaucoup d'évaluation médico-économique. Il y a des domaines, particulièrement celui des soins palliatifs, où la dimension sociale est essentielle. Le projet de réseau de soins palliatifs, ce n'est pas à proprement un projet sanitaire, mais plutôt un projet social : faciliter le maintien à domicile des personnes gravement malades qui veulent rester chez elles. J'aimerais que l'on évalue - c'est très difficile - l'utilité sociale des réseaux de soins palliatifs. A quoi cela sert-il au plan social, et pas seulement au plan médico-économique.

Dr Dominique Descout – Je remercie Mr Gilles Poutout de son intervention parce que pour une séance qui est la dernière de l'année scolaire 2006 – 2007, on a reparlé de nos réseaux en plaçant le patient, en plaçant le médecin et en plaçant le parcours de soin. J'ai l'impression que pour 2006 – 2007, pendant toute cette année, j'ai passé mon temps dans les tableaux Excel pour mesurer des coûts, des recettes, des économies, des coûts budgétaires etc. le droit du travail etc. Grand merci de nous avoir resitué dans notre vrai métier qui est de faire un réseau, qui est de décroquer et de remettre le patient dans un vrai parcours de soin.

Ma question est simple, elle concerne le temps. Comment cette période de 3 ans qui va d'une évaluation à l'autre, peut-on mesurer ce temps et a-t-on le temps nécessaire pour faire toute la transformation quasi révolutionnaire de notre organisations sanitaire qui n'a pas réussi à décroquer depuis plusieurs siècles.

Mme Mireille BECCHIO – je suis Présidente du réseau addictions dans le Val-de-Marne. Je voulais rebondir sur l'utilité sociale des réseaux. Dans un réseau addictions, c'est comme un réseau de soins palliatifs, il est difficile de mesurer l'impact de ce que l'on sur le terrain. J'aimerais... l'idée des échantillonnages me paraît intéressante pour mesurer le service médical rendu aux patients, mais aussi aux professionnels de santé.

Tu as parlé de "burn out". On l'évite avec le travail en réseau. Le décroquement est en marche mais il est difficile de le mesurer. Ce que l'on mesure dans notre secteur géographique, c'est que l'on a par exemple on a proposé aux collègues de la formation pour qu'ils posent la simple question de l'alcool et du tabac aux patients. On se rend compte que depuis, les pratiques ont changé. Comment va-t-on le mesurer ? On va le faire avec l'évaluation des pratiques que l'on a mise en marche. Mais les pratiques ont changé et les médecins se posent différemment la question quand ils ont un patient en face d'eux, et pas seulement sur la question du tabac et de l'alcool, mais aussi, ils posent maintenant la question de la maltraitance. Ils posent différemment la question des

antécédents par exemple ; ils prennent plus de temps. Tout cela prend de temps, malgré nos 21 euros. Mais on est content du service médical rendu. Comment peut-on le faire ? Pour ce qui est des patients, ils ont progressé aussi. Avec les réunions d'éducation que l'on fait en commun avec (?) - on a un partenariat qui va démarrer -, nos patients progressent aussi. Et cela rejaillit aussi sur la prise en compte des médicaments. On ne le mesure pas bien, mais le fait qu'ils soient informés les rend acteurs de santé. Ils utilisent différemment leurs médicaments, cela rejaillit sur le voisin aussi par effet boule de neige.

Dr Jean-Paul Hamon - Je veux compléter l'intervention de Dr Jean-Marc Mollard sur le "burn out". Les médecins en burn-out prennent des anxiolytiques, mais on a constaté que ce sont eux les plus gros prescripteurs d'anxiolytiques. Sur le service médical rendu au patient, ce n'est pas rien de prendre en charge le professionnel de santé.

Mr Gilles Poutout – Il y a plusieurs questions et remarques.

Oui, sur le fait qu'il ne faut pas que mesurer l'aspect médico-économique. Bien sûr ! Il y a plein de choses qui demandent à être développées. J'ai présenté parce que je pense que c'est une base intéressante le guide d'évaluation de la HAS. Oui, il faut renforcer tout ce qui est évaluation de type social. C'est-à-dire que l'utilité sociale des réseaux, c'est sans doute quelque chose à développer. Là aussi, il faut des études particulières, et probablement des indicateurs particuliers que l'on n'a pas forcément en routine. Il y a des choses qui existent déjà dans le guide de la HAS sur le sujet. C'est intéressant de les utiliser, mais il faut aller plus loin. Cela me paraît clair. L'utilité auprès des patients, l'utilité aussi auprès des professionnels. Tout ce qui peut se faire, qui évite - sans parler du burn-out - les difficultés qui peuvent être réglées par des réunions, des groupes de parole, etc. Il faut pouvoir l'identifier et le mesurer.

Il me semble que l'EPP peut être un vrai outil pour vous dans les réseaux. Vous avez tout dans les réseaux, ceux qui fonctionnent bien, qui ont déjà un minimum de routine, pour faire de l'EPP. L'EPP aujourd'hui, c'est difficile partout, à l'hôpital, en ville, etc. Vous, vous êtes totalement dans le cœur de cible. Vous mettez en place des référentiels, des protocoles, c'est pluri-professionnel, pluridisciplinaire, collectif, global. Vous avez tout pour. Une toute petite aide méthodologique que vous pouvez trouver auprès d'un organisme et vous pouvez valoriser comme cela l'EPP. Cela valorisera les professionnels et cela vous valorisera vous-mêmes par rapport aux institutions. Pouvoir dire dans un rapport d'évaluation que sur 40 médecins, 70 % ont été certifiés EPP, c'est un critère qui est tout à fait objectif. Au-delà même du progrès véritable sur le fond, il y a quelque chose de parfaitement opposable tout de suite. C'est donc à développer.

Question encore plus difficile : la question du temps. Comment faire en peu de temps pour modifier aussi profondément des mécanismes ? C'est une question majeure dans notre système. Dans le cadre des réformes en cours on n'a toujours pas trouvé le lien entre la réforme hospitalière et la réforme de la ville. Je suis toujours étonné de voir que l'on fait une réforme à l'hôpital, avec sa logique, sans doute nécessaire, on fait une réforme dans la ville, au-delà des balbutiements de toute réforme, le parcours de soins, on ne peut pas être contre puisque c'est que vous avez inventé. Mais comment faire et lier les deux ? Il n'y a pas de réponse. C'est toujours la grande question. Il y a toujours une phrase dans le SROS etc. où il est dit que quand il y a besoin de coordination, on peut faire un réseau, une coordination « machin »... C'est un vœu pieux. Comment faire concrètement pour lier les deux ? Je crois que c'est une réflexion qui est totalement majeure, mais que vous n'arriverez pas à faire un par un. Il faut une cristallisation dans des territoires de santé, au niveau d'un département ou d'une région. Il faut que les choses se cristallisent autour de cela. Quand il y a 2

ou 3 réseaux dans un territoire de santé où il n'y a même pas d'hôpital, il faut arrêter le jeu. Du point de vue hospitalier, les réseaux sont toujours quelque chose qui est relié à un pôle ou à un service. J'allais presque dire que c'est accessoire. Il y a pourtant des hôpitaux qui ont envie de faire des réseaux. Mais le réseau, c'est pour leurs flux. Ce n'est pas anormal : ils s'envisagent en tant qu'organisations et c'est pour faciliter leurs flux, flux en aval et en amont, programmé ou non programmé. Le réseau est toujours fait comme cela. On part d'une organisation donnée et on met le réseau en place. Il y a des choses très bien qui se font comme cela, mais ce n'est jamais un cœur central de stratégie. Pour la ville, pour des raisons presque inverses, parce qu'il n'y a aucune organisation dans le cadre de la médecine classique, on n'arrive pas à structurer les choses à partir de la coordination du réseau. Donc, les choses n'arrivent pas à se relier. On est dans ce no man's land. Il y a sans doute des pistes. Certaines me paraissent apparaître quand, dans un territoire de santé, il y a plusieurs réseaux qui vont vers l'hôpital, qui débouchent sur l'hôpital ou qui partent de l'hôpital. Il faut que là, il y ait une réflexion collective. Elle ne se fera pas réseau par réseau, mais collectivement sur comment on peut non pas organiser les flux de l'hôpital, mais comment on organise les parcours flux des patients d'un bout à l'autre de la pathologie. C'est cette révolution qui est à accomplir et c'est à partir d'une réflexion collective en groupe mixte que l'on pourra la faire. Cela veut dire qu'il faut des réseaux solides, et que ces réseaux se structurent avec des partenaires hospitaliers prêts à y aller. Et il faut être suivi par les institutions !

Dr Bernard Elghozi - Une réflexion : je sens qu'il y a des choses en train de mûrir. C'est vrai que quand on est en difficultés... on sort d'une période de difficultés. Je fais le pari que nous sommes encore dans une période charnière, que l'on est dans le creux de la vague et que l'on va remonter.

Si on se réapproprie la dynamique, il y a quelques pistes que l'on avait entrevues et que tu nous permets de préciser dans ta présentation un peu historique et synthétique. Il y a quelques éléments, sur lesquels on peut se coller ensemble de façon transversale et territoriale. Les évaluations à partir de demain, commencent à se mettre en place, elles seront territoriales et thématiques. C'est la Circulaire dont tu as parlé. C'est intéressant. On n'y est pas opposé. Si on nous y invite – et je pense que l'on nous y invite -, on va y participer. Au-delà de la réflexion thématique, il faut une réflexion transversale. Il faut une cohérence, une homogénéité, il faut un fil rouge et ce soit nous qui le portions.

Cela peut être une première réflexion à porter avec tous les réseaux organisés en Ile de France sur quelle nouvelle ligne rouge, quel nouveau fil pour ces évaluations de façon à retomber sur nos pattes. Qu'il y ait des évaluations régionales thématiques, c'est bien, mais qu'il y ait quand même une lecture transversale et un peu de cohérence, c'est nécessaire. Premier chantier. C'est bien de dégager dès perspectives et de proposer du grain à moudre pour tous.

Deuxième perspective – on commence à y voir un peu plus clair, pas beaucoup : la possibilité de commencer à travailler sur l'évaluation économique. Tu as donné quelques éléments. Il y en a quelques autres. On ne pouvait pas le faire il y a 3 ou 5 ans. On commence à y réfléchir depuis un an ou 2. Tu précises une ou deux pistes. Je serais assez intéressé que collectivement, avec les réseaux organisés en Ile de France et l'URML, on porte la réflexion sur le sujet et pourquoi pas de demander que tu nous accompagnes avec ta casquette. Là, où l'on a un déficit, c'est la capitalisation. Un travail de capitalisation comme celui-là, on ne l'a pas fait depuis 10 ans. Mais en l'entretenant petit bout par petit bout, on pourrait peut-être avancer. Sur la question économique ce serait bien, parce qu'il n'y a rien derrière nous et qu'il y a tout à construire. On comment à avoir quelques pistes d'outils méthodologiques, quelque lueur au bout du tunnel. C'est un deuxième chantier que l'on peut porter de façon transversale et régionale.

L'important, c'est d'avoir des perspectives de travailler en commun et que l'on évite la segmentation et la verticalisation des réseaux. Si on veut survivre et continuer à aider les... notre rôle n'est pas de faire à la place, mais d'accompagner et d'aider les acteurs de réseau et de s'aider soi-même à continuer à faire un travail qui moi, me semble répondre vraiment aux besoins de santé des publics en difficultés auxquels nous sommes confrontés, quelles que soient les thématiques.

Si on veut travailler sur 2 ou 3 axes dans la transversalité et peut-être retourner vers la HAS. Parce que le cahier des charges de l'évaluation qui a maintenant 3 ans, auquel on a contribué, participé, qui était un bel outil à l'époque, est peut-être un peu dépassé parce que les réseaux ont évolué, parce que les problématiques ne sont pas les mêmes, parce que les modes de fonctionnement des réseaux ne sont pas les mêmes, on pourrait le dépoussiérer et retravailler avec eux sur une mise à jour de ce cahier des charges, qui serait un cahier transversale, et non pas thématique par thématique.

On a 2 3 chantiers, et je pense que l'URML dont c'est le rôle est disposée à nous accompagner. Il faut travailler ensemble avec les bonnes volontés et les compétences.

Merci.

Dr Jean-Marc Mollard – je souhaiterais aller plus loin dans ce que vous avez évoqué sur la difficulté du changement lié à un manque de coordination des politiques de la ville et de l'hôpital. Il me semble que la logique des réseaux de santé est plutôt une logique de territoire, donc une logique d'aménagement du territoire, alors que l'hôpital avait, pour l'instant, une politique de clientèle. En particulier à Paris, la clientèle est à l'autre bout de la France. Les établissements hospitaliers ont rarement un projet d'établissement qui se focalise sur la réponse aux besoins des clients de proximité, de l'environnement géographique proche. Je voulais vérifier que j'avais bien compris cela et que c'est bien la direction dans laquelle il faut se diriger pour évoluer.

En fait, 5 à 6 ans après le début des réseaux de santé, on est encore expérimental, mais on ne peut plus réfléchir de la même façon qu'il y a cinq ou six ans. Nous sommes nombreux et on voit bien qu'il y a des conséquences à notre action qui sont déjà palpables. L'effet du nombre et la possibilité de comparer et de faire les choses collectivement a du sens.

Dr Jean-Paul Hamon - Pour compléter, je rajouterai 2 items aux critères d'évaluation. Je m'épate de voir comment les médecins libéraux qui ne peuvent pas remplir un papier, qui ne supportent pas l'administration, acceptent de rentrer dans des critères d'évaluation, de remplir des machins qui paraissent invraisemblables il y a cinq ans. Cela commence à rentrer. On est en train de rentrer dans le moule et cela m'effraye un peu. J'aimerais ajouter comme item l'évaluation de la qualité de vie du patient, l'évaluation de la qualité de vie du soignant. Je ne sais pas si les critères médico-économiques sont bien adaptés à cela. Et pourtant, dans les réseaux, c'est ce qui fait que les gens s'impliquent de plus en plus.

Mr Gilles Poutout - Qualité de vie du patient, normalement, cela a toujours été un critère. Qualité de vie du soignant, c'est nouveau et cela me paraît important de mettre cela en place. J'ai été frappé en discutant avec des gens qui avaient mis en place des programmes d'EPP car ils disaient que la première retombée de cette EPP, a été que pour eux, la vie est plus facile car ils ont mieux organisé les choses. La vie a été plus facile. Finalement, le résultat le plus évaluable a été celui-là : meilleure planification de leurs travaux, meilleur rythme, plus grande disponibilité, et donc, meilleur service rendu au patient. Qualités de vie des soignants, oui c'est important car là, on a atteint les limites

dans le système et cela pour des tas de raisons, à la pénibilité du travail. Ce n'est pas la même pénibilité qu'avant, mais il y a des tas de difficultés, et il faut être très vigilant là dessus.

Je reviens sur l'idée de continuum ville/hôpital. Cela me paraît fondamental car c'est là qu'est l'enjeu. Pourquoi y a-t-il tant de problèmes avec le DMP ? Pourquoi y a-t-il tant de problèmes de coordination dans le problème de santé ?

Dr Jean-Paul Hamon - Je l'avais oublié celui-là !

Mr Gilles Poutout - Cela tient à quoi ? Au fait qu'il y a là des fossés, plusieurs fossés successifs. Je voyais un article de Rodwin*, un américain qui a fait des études sur les systèmes américains et français. Il compare les deux systèmes et il dit que le système français, au fond, est plus efficace que le système américain, vu du patient. Le patient lambda est mieux pris en charge dans notre pays qu'aux Etats-Unis. Il dit que notre problème, c'est la coordination, problème qu'il n'y a pas aux Etats-Unis. Le principal problème de notre système, c'est la coordination. Si l'on n'est pas vigilant, petit à petit, cela va tout faire sauter. L'hôpital, aujourd'hui, compte tenu des modifications entre gouvernance, la territorialité, la tarification à l'activité, c'est dur à vivre à long terme. Si on ne relie pas tous cela à un fil conducteur autour du patient, on aura beaucoup de mal à absorber toutes ces réformes. C'est compliqué de faire des choses de qualité quand on reste dans une logique totalement et exclusivement fondée sur des actes tarifés, de la manière dont ils le sont aujourd'hui. De toute façon, le système va toujours retaper au même endroit. C'est comment on coordonne, comment on assure le continuum du patient, parce que c'est là que se situent les économies à faire, la qualité à faire. C'est là qu'est l'efficacité. Cela paraît évident quand on prend de la hauteur, mais quand on est dedans, on ne le voit plus.

Dr Jean-Paul Hamon - Si tu comptes sur le DMP pour coordonner les soins....

Mr Gilles Poutout - Le DMP sera un produit de cette coordination. Si l'on met le DMP au départ, on n'y arrivera pas. Si le virtuel ne se fonde pas sur des choses qui existent, il n'apporte rien, il n'apporte que du désordre informatisé. Cela va plus vite et cela sera encore plus en désordre. Le plus compliqué, c'est d'arriver à retisser ces liens. Si ce ne sont pas les réseaux qui le font parce que les réseaux n'ont pas les moyens, on reviendra sur cette question d'une manière ou d'une autre. Pendant la campagne électorale, on a parlé de dispensaires, de maisons médicales. A chaque fois que l'on a évoqué les problèmes de santé, quel que soit le candidat, cela a toujours été autour de cela : le patient va où, comment fait-il ? Comment on structure sa trajectoire ? Il faut le faire valoir. Les seuls à structurer la trajectoire aujourd'hui, c'est-à-dire qui arrivent à imbriquer la continuité dans le temps avec une prise en charge parfois aiguë dans l'espace, cette coordination... il y a 2 staffs un staff vertical à un moment donné pour une pathologie donnée dans un temps donné et il y a le staff dans la continuité. Si on oublie l'un ou l'autre, on ne prend pas les gens en charge. L'hôpital a tendance à oublier la durée. Il fait bien son boulot, il traite etc. Mais après ? Pour faire le programme personnalisé de soins, c'est très difficile. Même en cancérologie, c'est très compliqué.

Dr Jean-Paul Hamon - Tu peux nous faire une conclusion. Moi, la conclusion, je l'avais fait avec l'évocation de la qualité de vie du patient et de la qualité de vie du soignant et quelle était la place des critères médico-économiques.

Tu nous as relancé avec le DMP. On pourrait proposer pour la rentrée de septembre le DMP, outil de coordination des réseaux. On va nous dire que l'on a fumé la moquette.

Mr Gilles Poutout – Je ne ferai pas de conclusion. Une proposition : il y a 2 niveaux, après avoir réfléchi au topo, à ce que j'ai présenté : le niveau de l'évaluation des réseaux en tant que tels. Il y a

quelques pistes. Il faut faire attention d'une part aux niveaux items dont on a parlé dont l'utilité sociale, et tout ce qui tourne autour de l'apport au soignant, mais il y a aussi ne pas se faire surprendre par l'évaluation économique. C'est dans la Circulaire. Cela va ressortir. C'est ce qui intéresse aujourd'hui pour un tas de raisons les responsables. Il faut ne pas se faire surprendre, il faut avoir des méthodologies au niveau de chaque réseau.

Autre élément auquel il faut réfléchir pas forcément tous tout le temps ensemble, mais par groupe de réseaux, ou à plusieurs réseaux - cela peut déborder les limites régionales -, c'est que de ces différentes évaluations, il y a deux choses à proposer : d'une part une aide méthodologique à ces évaluations et d'autre part, à retirer la substance de ces évaluations. Les réseaux ne sont jamais évalués réseau après réseau en fonction de leur résultat. J'entendais à une tribune, mais j'étais orage de ce truc car je ne pouvais pas me démarquer de l'intervenant qui le disait, que les évaluations des réseaux, c'est qu'au fond, cela avait péché. J'avais envie de hurler. Ce n'est pas vrai. Jamais une structure n'a été autant évaluée que les réseaux. Le problème est que personne n'a lu ces évaluations. Pourquoi ? Parce qu'il y en a trop en quelque sorte. Il y en a plein. Cela sert finalement pour des décisions « microcosmiques ». Il faut réfléchir à la synthèse collective de ces évaluations et faire un contre-feu par rapport à ces macro-évaluations qui sortent d'on ne sait où, qui disent que les uns n'ont pas fait ceci ou cela. Si on peut dire à un moment donné que les réseaux de diabète, de soins palliatifs en Ile de France, dans les Yvelines etc., que l'on a mis cela en place et voilà ce que cela a provoqué, c'est une macro évaluation. Cette macro-évaluation, vous ne la ferez qu'à partir des micro-évaluations mais ces 2 niveaux d'évaluations doivent être imbriqués.

Mr Thierry Mazard – Le problème commun aux réseaux et à la médecine générale, c'est le manque de travail universitaire qui est dû au manque de chercheurs. Cela demande du temps, du travail, des méthodologistes. Dans les lignes de budget des réseaux, il n'y a pas de ligne « recherche ». Les médecins généralistes sont des acteurs très impliqués dans les réseaux. Ils ont des départements de médecine générale squelettiques. Il y a quelques jours, on a nommé 6 professeurs pour toute la France, ce qui doit porter le nombre de professeurs de médecine générale à un dixième du nombre des professeurs de toutes les autres spécialités. Pour faire des travaux de recherche, c'est difficile. Cela demande beaucoup de temps. Ces professeurs sont en plus à temps partiel et ils doivent faire tourner leur cabinet, travailler dans les réseaux. Ils doivent en plus faire de la recherche universitaire.

Dr Jean-Paul Hamon – la proportion exacte, c'est 4 500 pour enseigner les spécialités et 60 pour enseigner la moitié des médecins français généralistes. Il y a du travail.

Mr Thierry Mazard – Pour travailler sur l'évaluation médico économique, on manque un peu de bras.

Dr Jean-Marc MOLLARD - Que fait-on des évaluateurs qui ont travaillé pendant 6 ou 7 ans sur les réseaux de santé en France, qui ont acquis pour certains un savoir-faire, des compétences etc. ? N'y aurait-il pas possibilité de mutualiser tout ce qu'ils ont découvert ? C'est comme si on faisait table rase...

Dr Jean-Paul Hamon – Il y a deux catégories de professionnels qui sont menacées en France : les contrôleurs de gestion et les évaluateurs de réseau de santé.

Mr Gilles Poutout - Il y a peut-être une réponse. Maintenant, les évaluations seront faites par thématique régionale. C'est la Circulaire qui le demande. Les administrations seront obligées de suivre. Ils vont faire des appels d'offres. Il faut que les évaluateurs y répondent. Cela ne sera pas

perdu. Ceux qui ont développé des technologies, des méthodologies pourront répondre aux appels d'offres, en espérant que les meilleurs ne seront pas retoqués et que les plus mauvais seront pris.

Dr Jean-Paul Hamon - Nous vous remercions d'être venus. Merci à Gilles Poutout.

La séance est levée à 8 h 45.