

L'évaluation des réseaux de santé

Outils, méthodes, acteurs

Gros temps sur les réseaux



- Toute l'année 2006 aura été polluée par les « rumeurs » autour du rapport IGAS

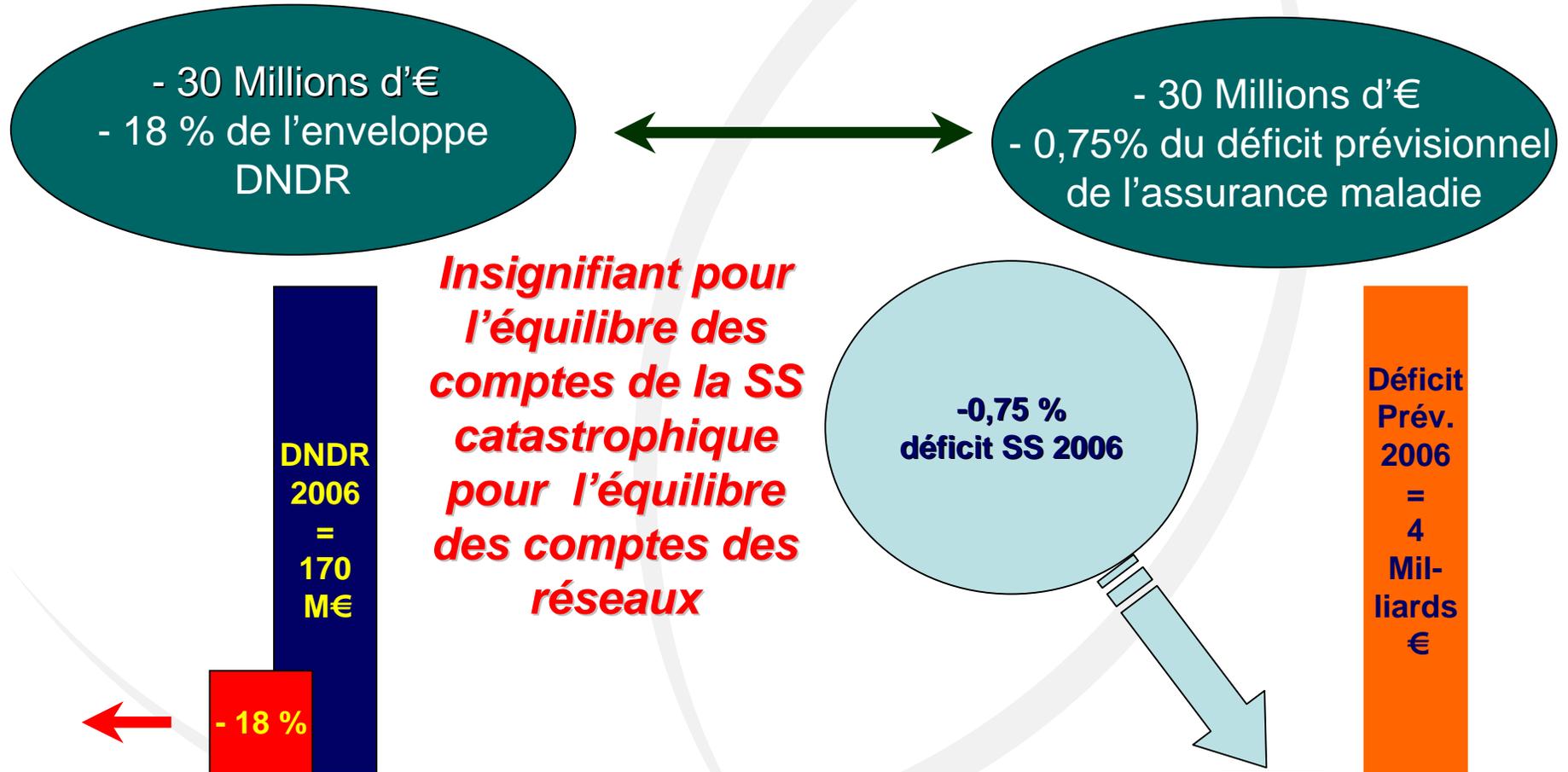
« Le bilan des réseaux est décevant »

- L'enveloppe 2006 initiale est aussi décevante :

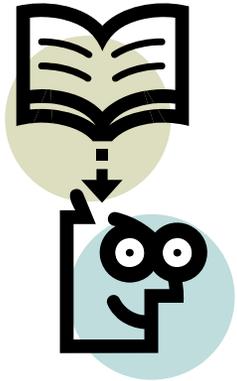
170 millions € au lieu des 190 proposés par la DHOS

- Le tour de vis budgétaire de la rentrée 2006 est aussi inutile que ravageur !

Economies... à 2 vitesses !



Et le rapport de l'IGAS sur « le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DDR » ?



- **220 personnes interrogées :**
 - **120 sont des institutionnels (55%)** dont 44 au niveau national
 - 50 sont des représentants des professionnels ou établissements de santé
 - 50 sont des représentants de réseaux de santé
 - **6 régions sont auditées :**
 - Dans 2 régions (PACA & Haute Normandie), **aucun représentant de réseau n'est entendu**
 - En Champagne-Ardennes, un seul réseau est entendu
 - Mais... en Bourgogne, 6 réseaux et 20 personnes sont auditionnés
 - **La bibliographie est insignifiante :**
 - Le Guide HAS sur l'évaluation des réseaux est cité une fois en bas de page
 - Rien sur les autres publications de la HAS
 - Aucun travail universitaire ou référencé n'est cité

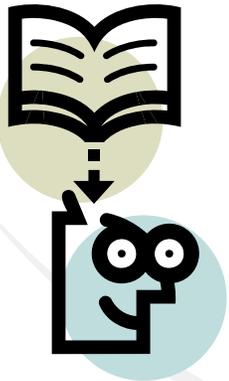
Et le rapport de l'IGAS sur « le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DDR » ?

- les réseaux sont jugés sur le « service médical rendu »



▪ MAIS COMMENT ?

- pour les réseaux de soins palliatifs ?
- pour les réseaux cancer ? Périnatalité ?
- et pour les réseaux prenant en charge des patients présentant une insuffisance fonctionnelle ?



- Quelle histoire lorsqu'on lit sous la plume des mêmes à propos du disease management :
« les organismes de disease management [aux Etats-Unis] ont des difficultés à développer des relations de coopération avec les médecins »

Ce rapport est en décalage avec la réalité des réseaux :



« La participation active à des réseaux de santé permet de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles » - HAS – juin 2006

→  **... amélioration des pratiques**

« 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 » - Rapport 2006 de la Cour des Comptes au Président de la République (Chapitre 13 – La politique de soins palliatifs)



→ **... amélioration du parcours des patients**

Le retour aux textes

Le réseau

- « répond à un **besoin** de la population »
 - « dans une aire géographique définie »
 - « prenant en compte l'environnement sanitaire et social »
 - « met en œuvre des **actions** de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social »
 - « définit son **objet** et les **moyens** nécessaires à sa réalisation »
 - « rappelle et fait connaître les **principes éthiques** »
 - « met en place une **démarche d'amélioration des pratiques** »
 - « prévoit une **organisation** »
 - « un **fonctionnement** »
 - « une **démarche d'évaluation** »
- (article D 6321-2 CSP)

Le retour aux textes

Trois documents juridiques de base

➤ **Le « document d'information aux usagers »**
(article D 6321- 3 du Code de la Santé Publique)

➤ **La « charte du réseau »**
(article D 6321- 4 du Code de la Santé Publique)

➤ **La « convention constitutive »**
(article D 6321- 5 du Code de la Santé Publique)

→ Ces documents constituent le véritable patrimoine génétique du réseau

Le retour aux textes

➤ Le « document d'information aux usagers » (D 6321- 3 CSP)

Mots-clés :

- « libre choix »
- « fonctionnement du réseau »
 - « prestations proposées »
- « information à chaque étape de la prise en charge »
 - « engagements réciproques de l'utilisateur et des professionnels »
 - « signés »

Le retour aux textes

La « charte du réseau » (D 6321- 4 CSP)

Mots-clés :

- « rôle respectif des intervenants »
- « modalités de coordination et de prise en charge »
 - « modalités de partage de l'information »
 - « principes éthiques »
- « référentiels et protocoles de prise en charge »

Le retour aux textes

La « convention constitutive » (D 6321- 5 CSP)

Mots-clés :

- « objet et objectifs poursuivis »
- « aire géographique et population concernée »
 - « identification » administrative
- « modalités d'entrée et de sortie des professionnels »
 - « modalités de représentation des usagers »
 - « structure juridique choisie »
 - « organisation et fonctionnement »
 - « organisation du système d'information »
 - « conditions d'évaluation »

Le retour aux textes

(Art. D 6321-7 - Décret du 17 décembre 2002)

« Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.

« Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé...

Le retour aux textes

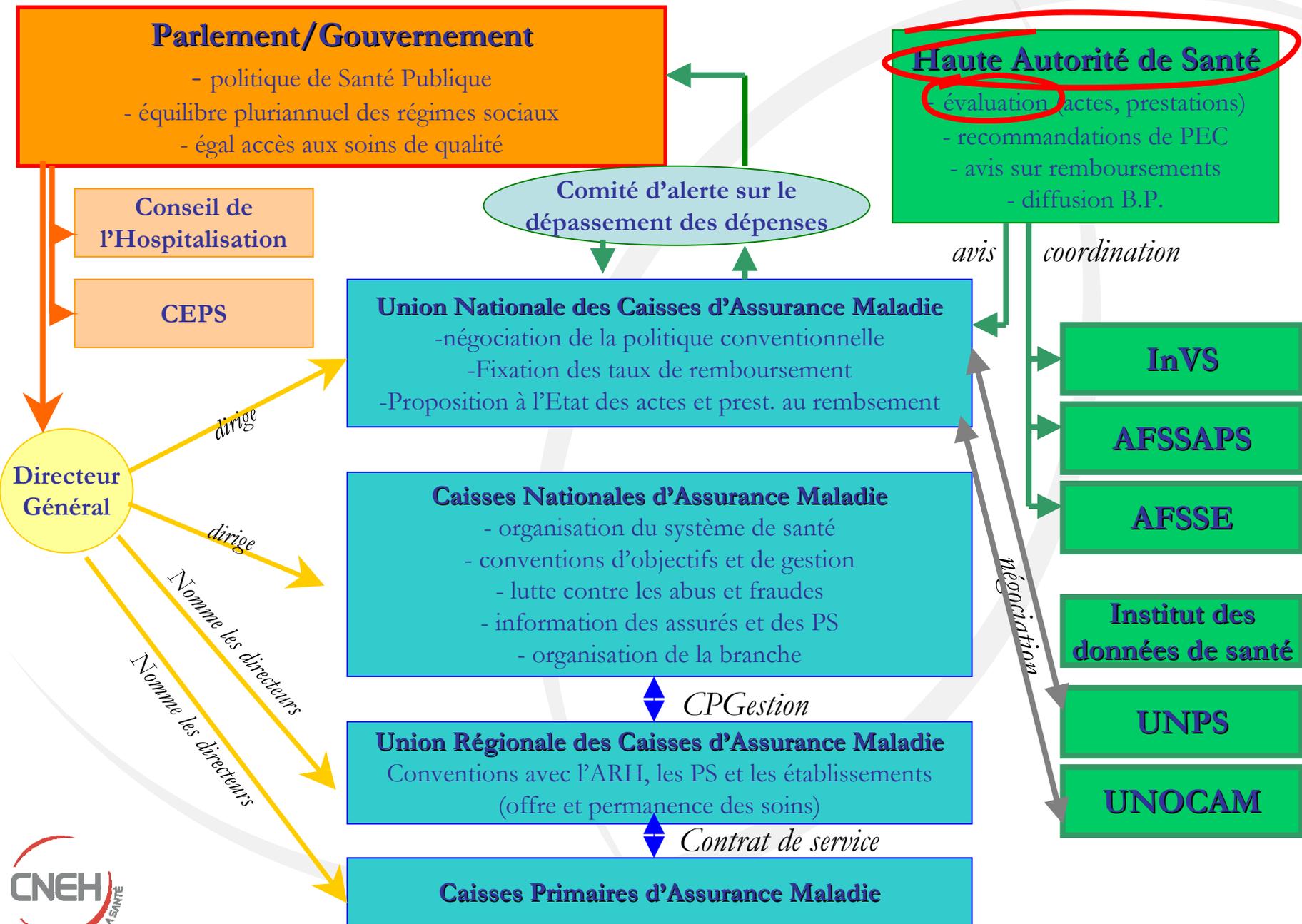
(Art. D 6321-7 - Décret du 17 décembre 2002)

Le rapport d'évaluation permet d'apprécier :

- 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;
- 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- 5° Les coûts afférents au réseau ;
- 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

Au fait... qui est chargé de définir les conditions de l'évaluation des organisations de santé ?

Loi du 13 août 2004 : la gouvernance de l'Assurance Maladie



La grille d'auto-évaluation du Guide de l'ANAES – HAS :

**La grille d'évaluation du Guide de l'ANAES – HAS
comprend 4 grandes parties :**

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

La grille d'auto-évaluation du Guide de l'ANAES – HAS :

	Questionnaire d'auto-évaluation	Données brutes	indicateurs
Patients	9	6	5
Professionnels libéraux	}	5	3
Établissements de santé		4	2
Établissements soc & MS		2	
Satisfaction patients & prf	8	5	2
Fonctionnement	28		
Qualité de prise en charge	}	9	3
Sécurité de prise en charge		4	2
Efficacité		1	1
Données économiques	18	7	
	88	43	18

Données brutes

Données patients

Commentaires

Nombre de demandes de prise en charge	Ensemble des demandes enregistrées par le réseau, y compris celles qui n'ont pas donné lieu à une inclusion de patient dans le réseau
Nombre de patients entrés dans le réseau	Nombre de patients ayant signé un document d'information – patient – (article D6321-3 CSP)
Nombre de patients suivis par le réseau (file active)	Nombre de patients suivis par des professionnels du réseau et faisant l'objet d'un reporting dans un dossier patient tenu par le réseau
Nombre de sorties programmées ou avec protocole	Nombre de patients dont la prise en charge par le réseau s'achève conformément au programme ou au protocole prévu
Nombre de sorties non programmées	Nombre de patients dont la prise en charge par le réseau est interrompue de manière non régulée
Nombre total de sorties	Patients qui ne sont plus suivis par le réseau, quelle qu'en soit la raison (sorties programmées + sorties non programmées)
Durée moyenne de prise en charge dans le réseau	à partir des données individuelles, calcul de la durée moyenne, médiane, mini et maxi

Indicateurs patients

Indicateurs

Commentaires

Taux d'inclusion

Rapport du « Nombre de patients entrés dans le réseau » sur « Nombre de demandes de prise en charge »

Taux de suivi

Rapport du « Nombre de patients suivis par le réseau (file active) » sur « Nombre de patients entrés dans le réseau » moins « Nombre de sorties programmées ou avec protocole » ; l'objet de cet indicateur est de connaître le ratio des patients bénéficiant d'une tenue à jour permanente et conforme de leur dossier par rapport au nombre total inclus

Taux de fuite

Rapport du « Nombre de sorties non programmées » sur « Nombre de patients suivis par le réseau (file active) » ; le taux de fuite quantifie le volume de patients « perdus de vue » par rapport au nombre de patients suivis par le réseau ; ce taux peut être sensiblement différent selon la nature des personnes prises en charge : il peut être plus important notamment pour les réseaux d'accès aux soins ou de précarité

Questionnaire d'autoévaluation relatif aux patients

Quels sont les moyens de communication utilisés pour faire connaître l'existence du réseau auprès des usagers ?

Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion dans le réseau ? Ont-ils évolué dans le temps ?

Comment les usagers sont-ils informés qu'ils sont/seront pris en charge par un réseau ?

Quelles sont les modalités d'adhésion et de formalisation de cette adhésion dans le réseau ?

Comment l'avis du patient est-il pris en compte dans les décisions de prise en charge par le réseau ?

Comment les usagers sont-ils impliqués dans le fonctionnement du réseau ? (ex : participation au comité de pilotage)

Procédez-vous à des mesures de la satisfaction des usagers et/ou de l'entourage dans le réseau ? Avec quels outils ? Depuis quand ? A quelle fréquence ?

(ex. de critères de satisfaction : amélioration de la prise en charge de la douleur, respect des engagements pris, rapidité de réaction en cas d'incident imprévu)

Quelle utilisation faites-vous des résultats de ces mesures ?

Quelles mesures correctrices avez-vous mis en place pour améliorer la satisfaction des usagers ?

Évaluer comment ?

Multiplier les évaluations collectives

- **selon la trame définie par l'ANAES (HAS)**
(Référentiel partagé : *Guide d'évaluation des réseaux de santé ANAES – www.has.sante.fr*)
- **en adaptant des méthodes itératives et non stigmatisantes**
(ne pas chercher le « bon » ou le « mauvais » mais la modélisation de ce qui marche le mieux dans un contexte donné)

La circulaire du 2 mars 2007

Objectifs des réseaux de santé :

- 1° Prise en charge globale des patients et décloisonnement des professionnels
- 2° Qualité, sécurité et continuité des soins
- 3° Cohérence avec les objectifs de la réforme de l'assurance maladie : « le parcours de soins »
- 4° Réponse aux besoins identifiés au sein d'un territoire :
 - offre de service aux professionnels de 1^{er} recours
 - fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques
 - organisation du maintien ou du retour à domicile
- 5° Réponse à une logique d'organisation territoriale :
 - pour le niveau de proximité : « simplifier au maximum la fonction de coordination »
 - mutualiser les services entre réseaux
 - pour le niveau « subsidiaire » : appui aux réseaux de proximité, diffusion des référentiels, EPP

La circulaire du 2 mars 2007

« l'évaluation : une condition de financement »

2 niveaux :

Une évaluation interne :

« les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés précédemment »

Une évaluation externe :

« démontrer la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport aux dispositifs existants et appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnels) peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement »

La circulaire du 2 mars 2007

Les champs de l'évaluation externe

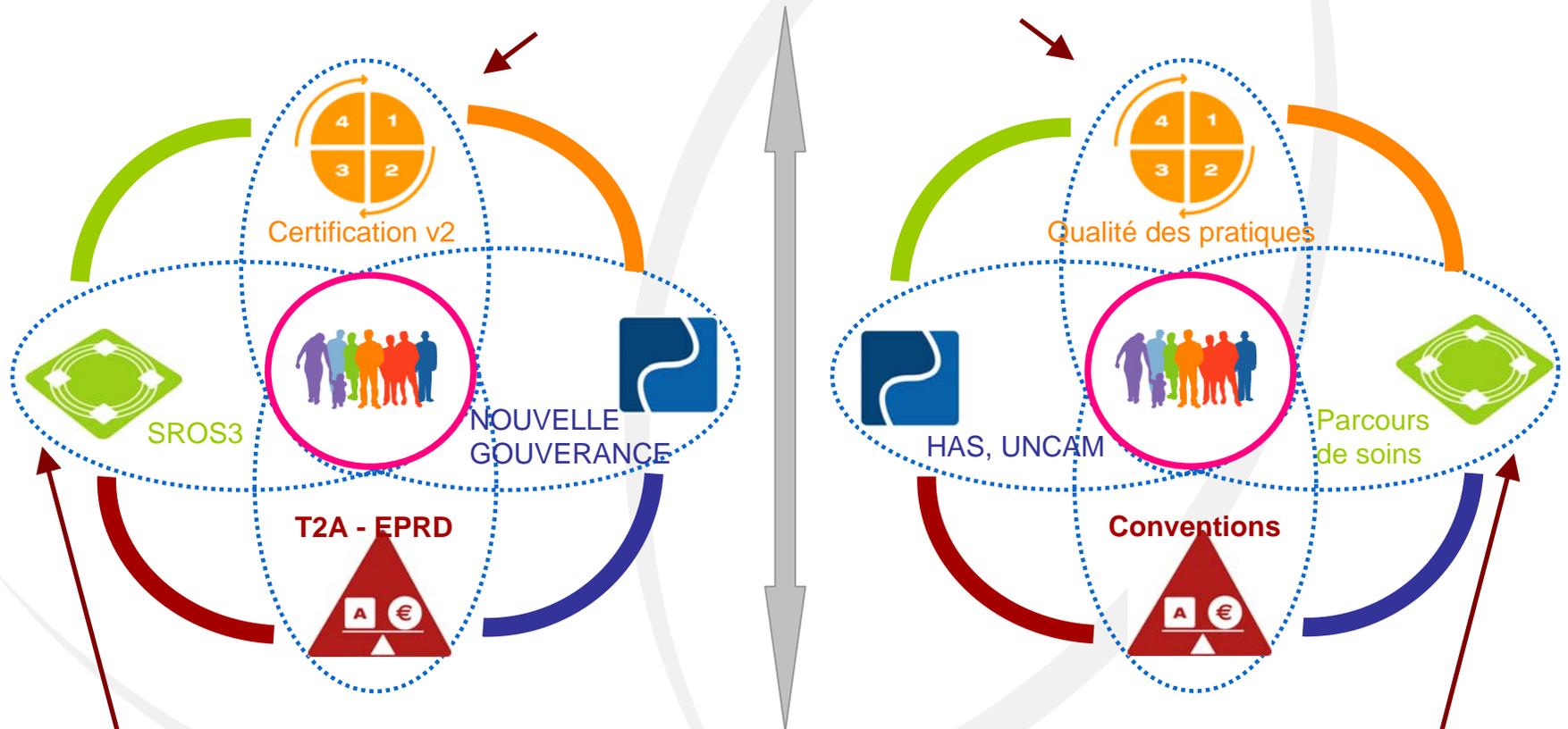
- 1° l'organisation du fonctionnement du réseau évalué
- 2° son impact sur son environnement
- 3° la participation et l'intégration des acteurs (professionnels)
- 4° la prise en charge des patients
- 5° l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles
- 6° l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats incluant les dérogations tarifaires

Le rapport d'évaluation permet d'apprécier :

- 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;
- 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- 5° Les coûts afférents au réseau ;
- 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

Évaluation des réseaux et évaluation des professionnels de santé en réseau

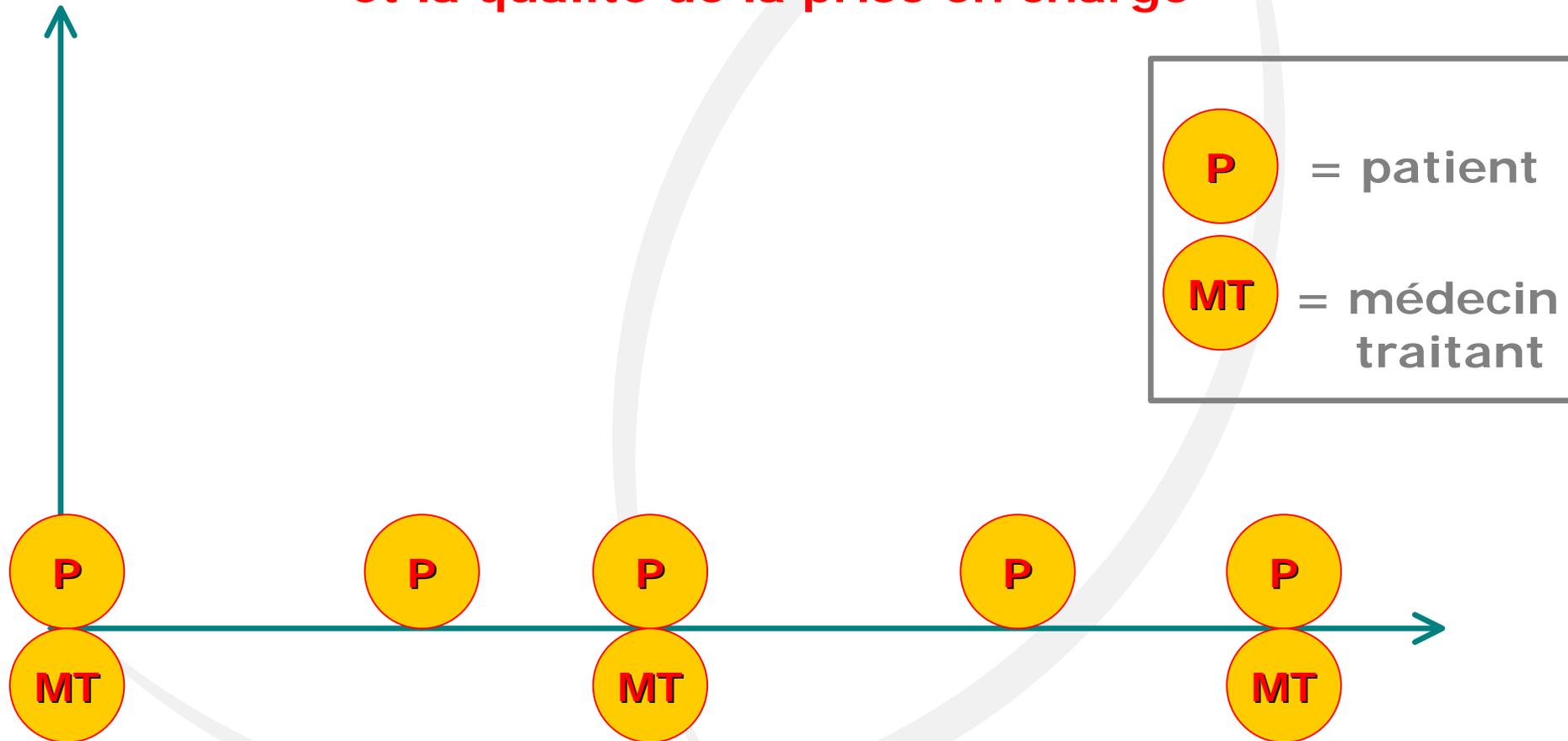
Évaluation des pratiques professionnelles



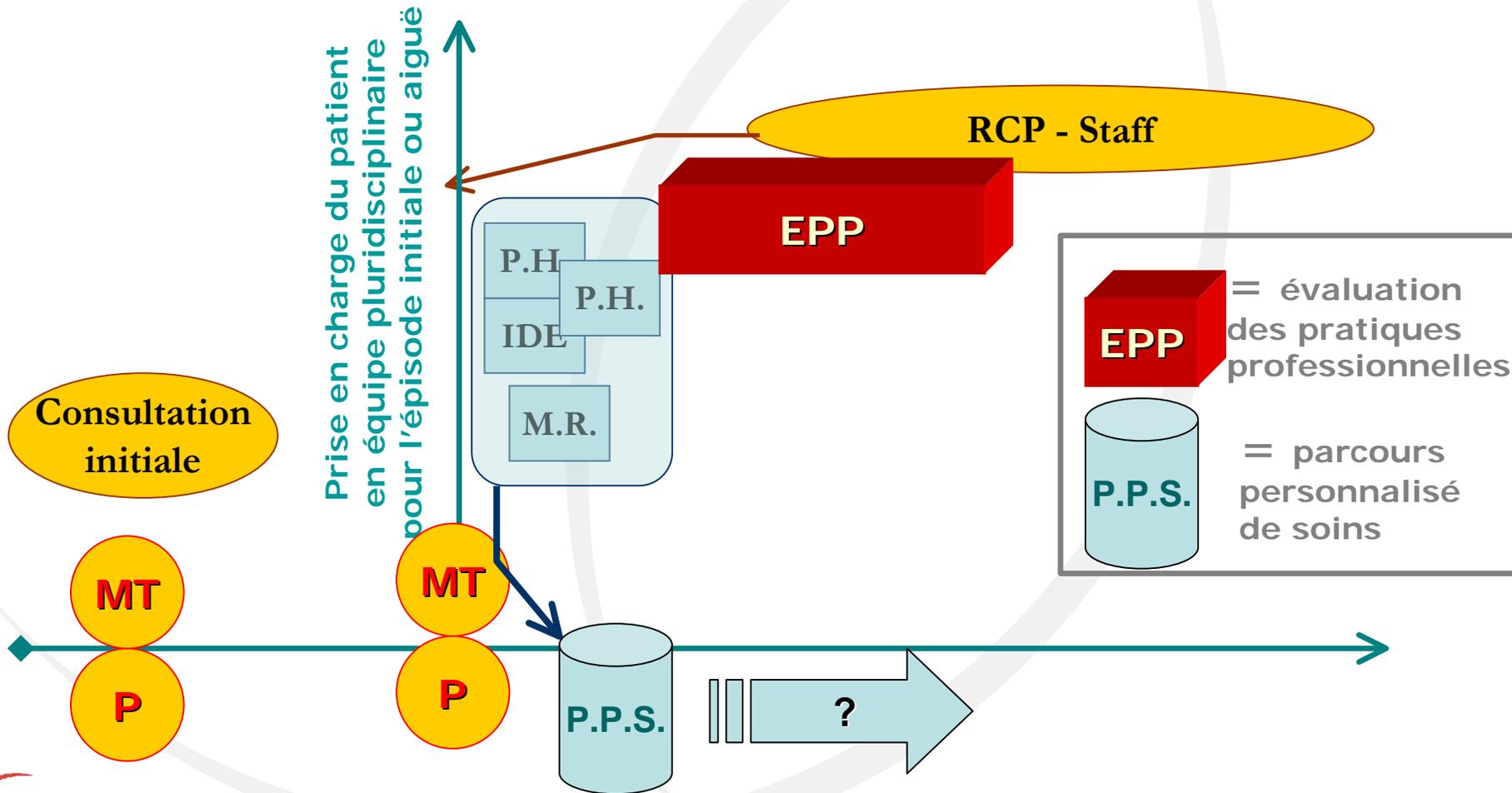
Continuité des soins et coordination des professionnels

Gilles Poutout

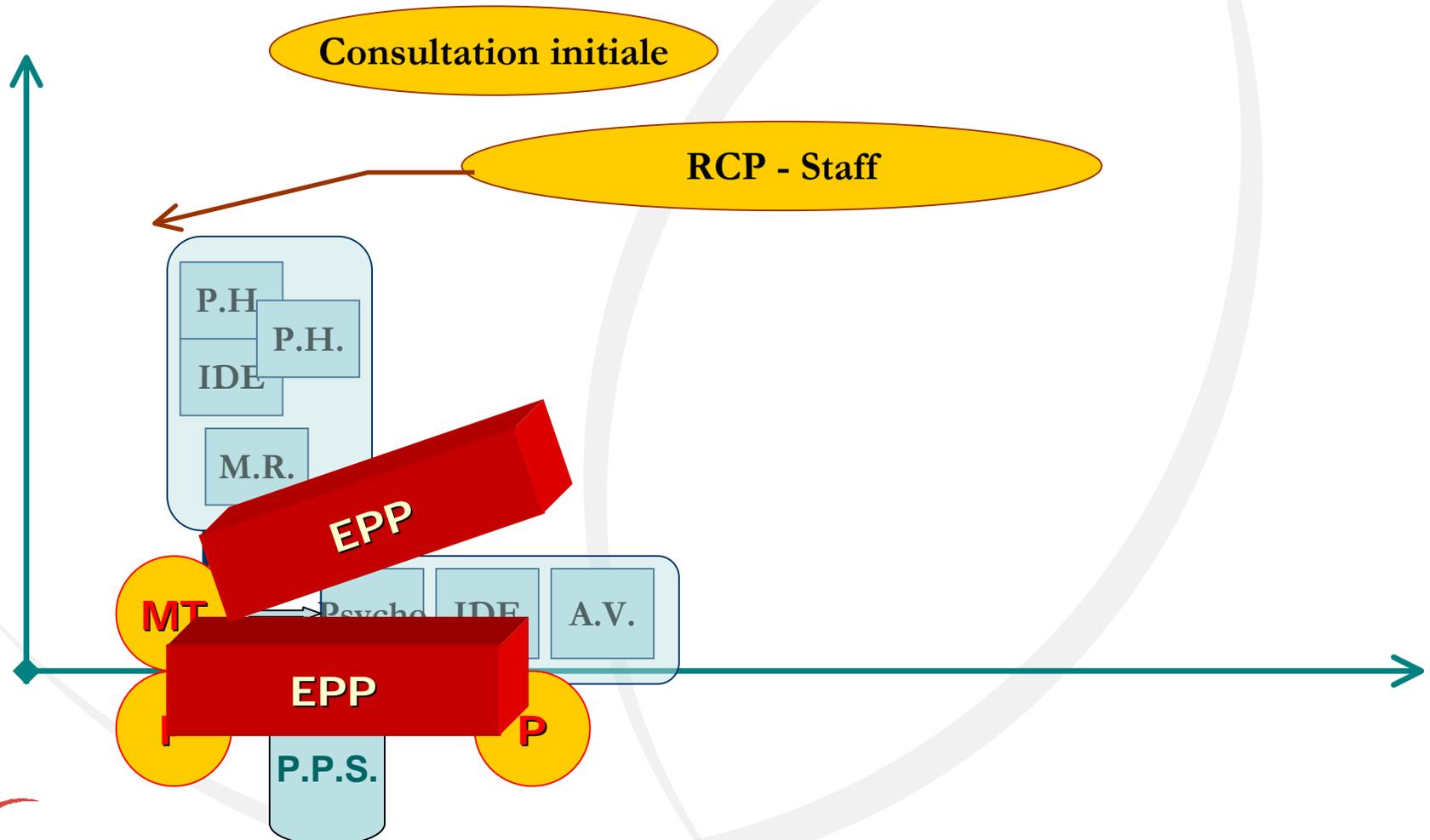
**L'efficacité du parcours de soins du patient suppose
que soient conjuguées la qualité des soins
et la qualité de la prise en charge**



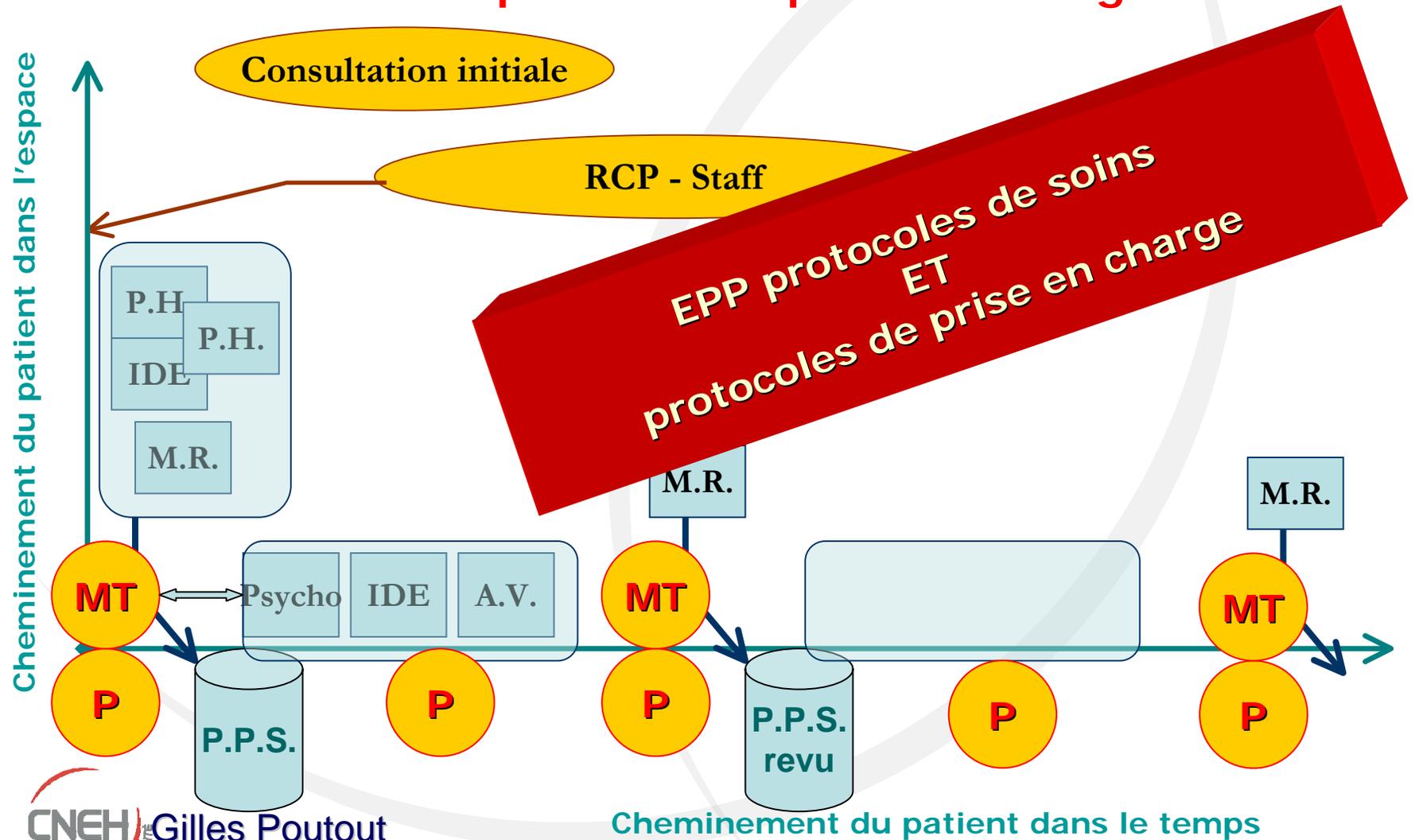
L'efficacité du parcours de soins du patient suppose que soient conjuguées la qualité des soins et la qualité de la prise en charge



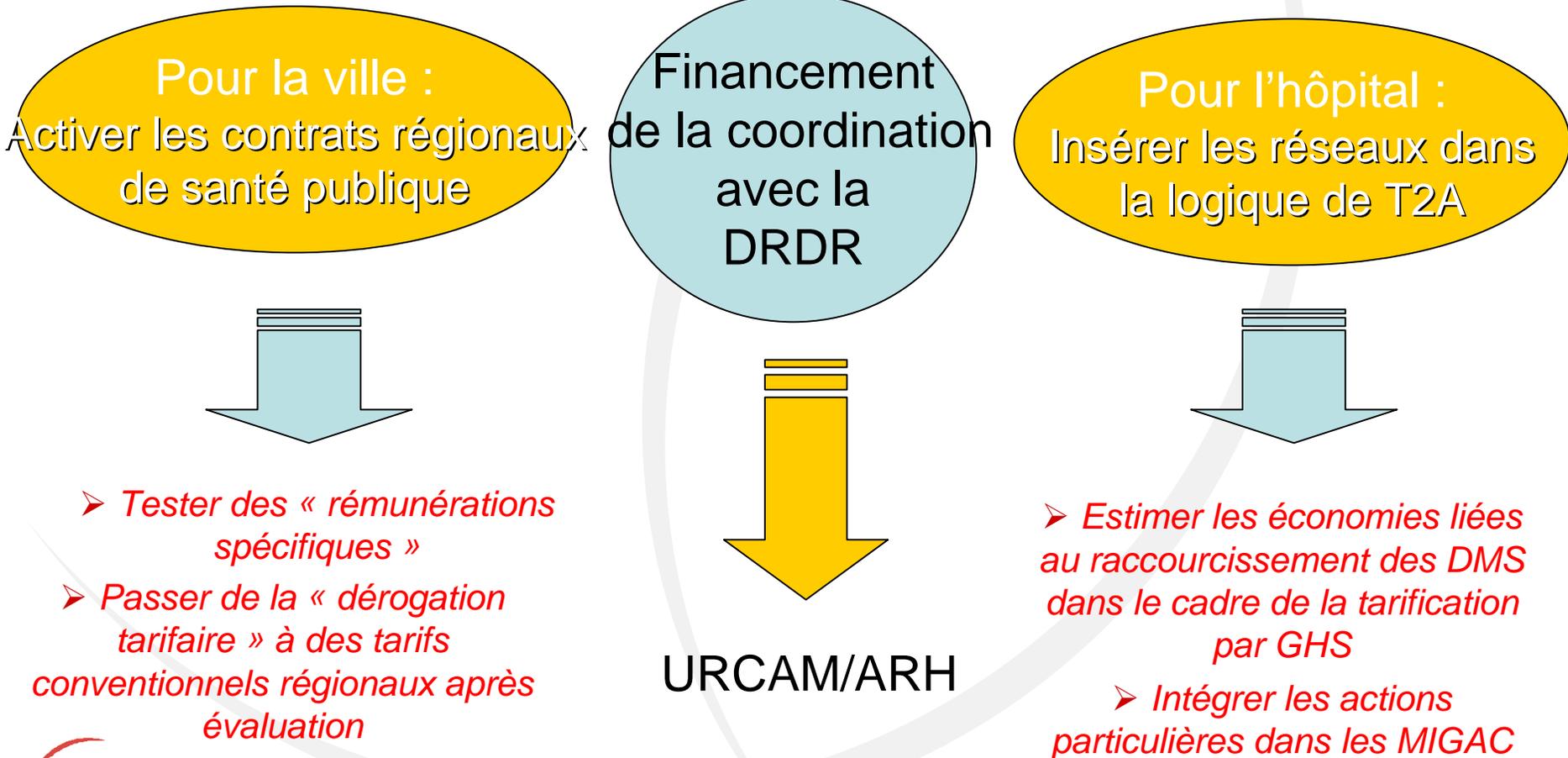
L'efficacité du parcours de soins du patient suppose que soient conjuguées la qualité des soins et la qualité de la prise en charge



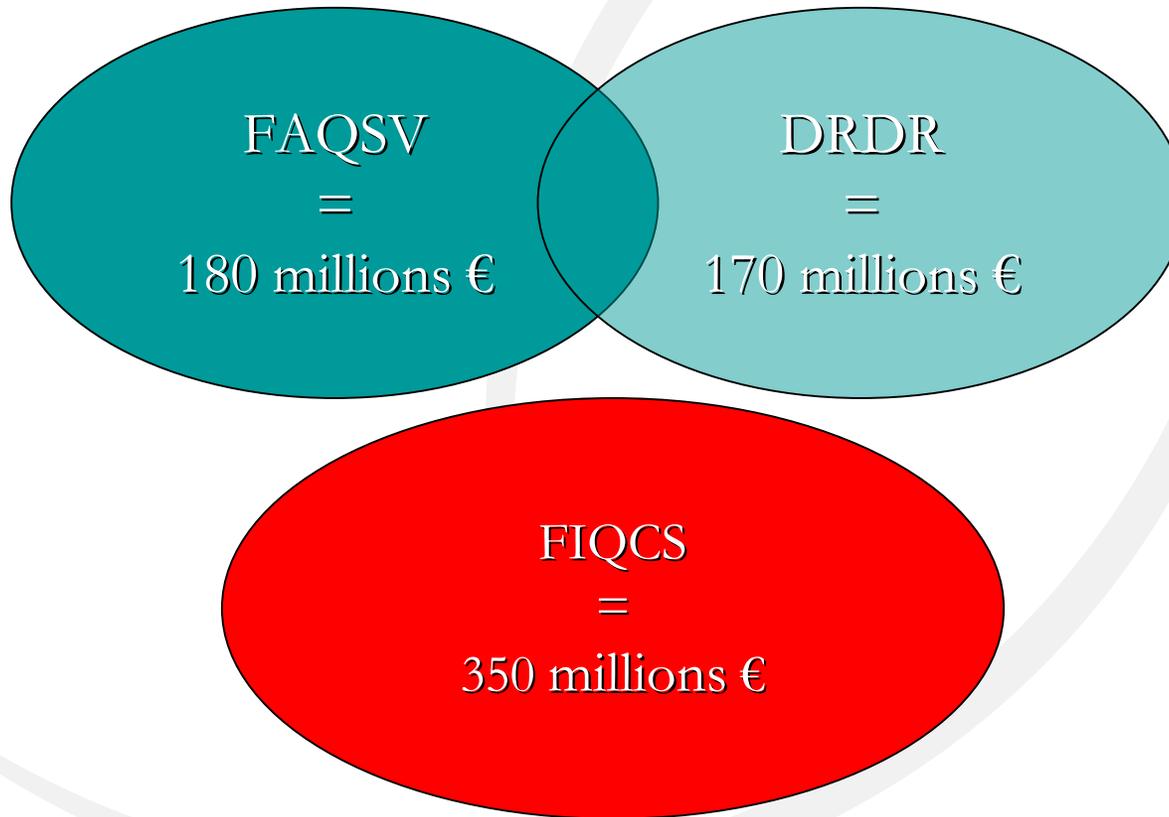
L'efficacité du parcours de soins du patient suppose que soient conjuguées la qualité des soins et la qualité de la prise en charge



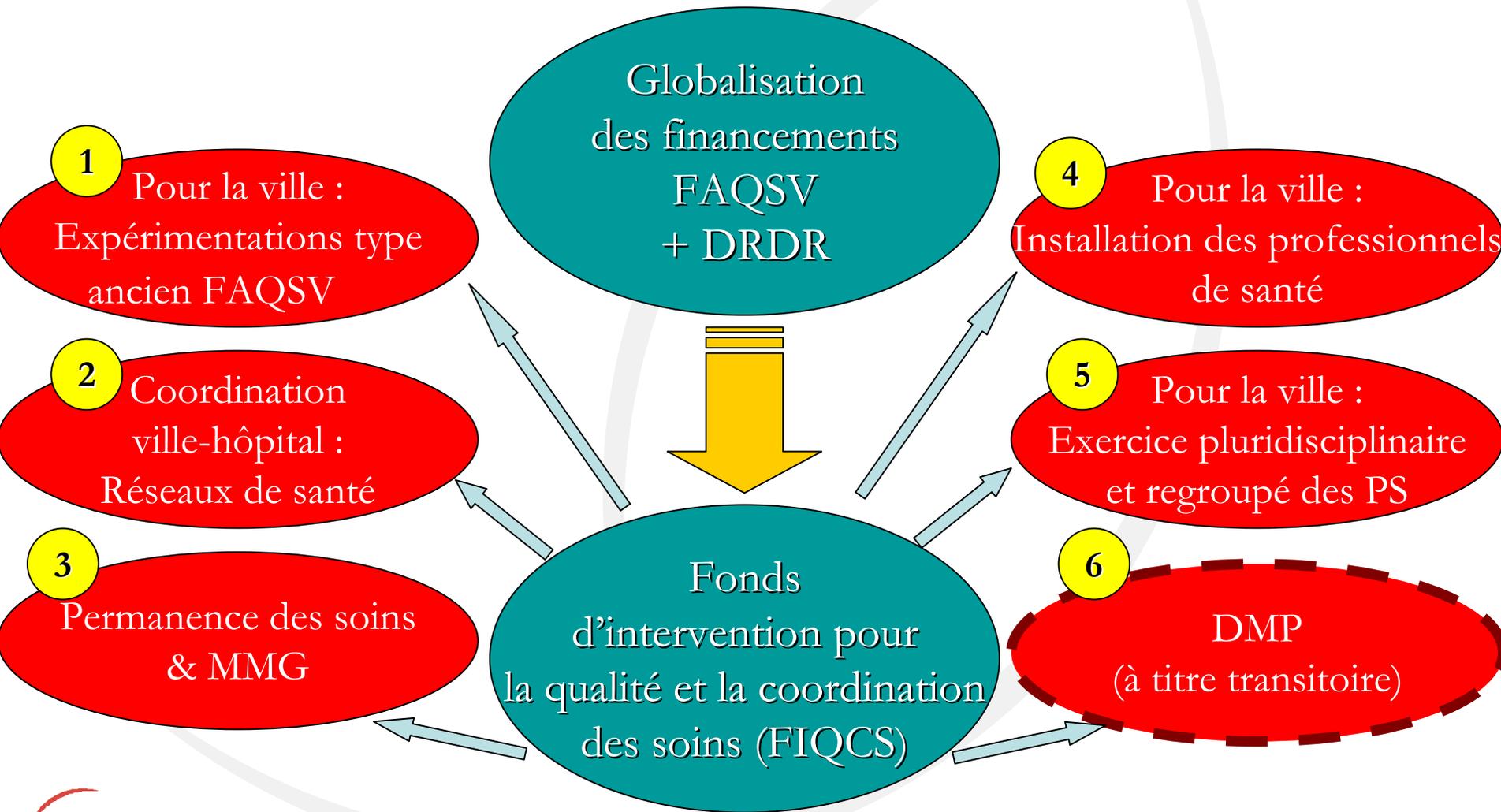
Les financements : ce qu'on aurait pu (ou dû) faire !



Dès publication du décret, les 2 enveloppes
sont fondues en une seule, le FIQCS



6 destinations pour les fonds FIQCS



Quelques remarques :

- *Sont mélangés dans un même fonds des actions relevant :*
 - *de l'expérimentation (ex FAQSV)*
 - *de la santé publique (permanence des soins, aide au maintien ou à l'installation de professionnels)*
 - *de l'organisation (réseaux de santé)*
 - *des flux d'information (DMP)*

Les raisons d'espérer :

- 1 *Les réseaux en ont vu d'autres*
- 2 *Les réseaux sont les seuls à organiser concrètement la coopération et la continuité des prises en charge des patients complexes*
- 3 *Les réseaux sont reconnus par la HAS comme un lieu privilégié de mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles*
- 4 *Les enjeux relatifs au maintien à domicile des personnes âgées, en fin de vie, atteints de pathologies chroniques... légitiment **NECESSAIREMENT** un type d'organisation en réseau*

Gilles Poutout