

# « TECHNIQUES ET DIFFICULTES DE L'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS »

Marie-Claire KABAGEMA

---

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	1
<b>1. PRESENTATION ET PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
1.1. Crise du système sanitaire.....	3
1.2. Coordination.....	4
1.3. Coordination, efficience, évaluation.....	5
<b>2. ANALYSE DES TECHNIQUES D'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS.....</b>	<b>7</b>
2.1. Introduction : qu'est-ce qu'on va évaluer ?.....	7
2.2. Techniques SASI.....	8
2.3. Techniques d'évaluation selon Shortell et.al.....	12
2.4. Techniques proposées par Bungener et Poisson-Salomon .....	17
2.5. Principes d'évaluation selon ANAES.....	20
2.6. Normes de la JCAHO.....	31
<b>3. DISCUSSION ET INTERPRETATION DES TECHNIQUES D'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS.....</b>	<b>33</b>
3.1. Introduction : Définir ce qu'est « un réseau de soins ».....	33
3.2. Comparaison des techniques d'évaluation des réseaux de soins.....	35
3.3. Difficultés liées à l'évaluation des réseaux de soins .....	39
<b>4. CONCLUSION : SYNTHESE ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRABHIE.....</b>	<b>52</b>

## **ANNEXES :**

### **Annexe I :** Technique SASI

- (a) Sample of global measures used in assessing development of a full service array
- (b) Sample workbook pages on developing a full service array

### **Annexe II :** Technique de Shortell, Devers et al. :

- (a) Descriptive summary of physician-system integration measures
- (b) Fiche d'évaluation de l'intégration fonctionnelle dans un réseau de soins

### **Annexe III :** Technique de Bungener et Poisson-Salomon

- (a) Evaluation des réseaux ville-hôpital : questionnaire destiné à la direction du réseau ou de l'hôpital faisant partie d'un réseau
- (b) Evaluation des réseaux ville-hôpital : questionnaire destiné au médecin de ville

### **Annexe IV :** En rapport avec les principes ANAES :

- (a) Exemple d'une étude réalisée aux Etats-Unis pour évaluer l'impact d'une modification majeure du système de soins sur la santé d'une population
- (b) Exemple d'enquêtes faites sur la satisfaction des patients dans un programme de santé

# 1. PRESENTATION ET PROBLEMATIQUE

## 1.1 CRISE DU SYSTEME SANITAIRE

Les systèmes de santé de beaucoup de pays industrialisés ont connu durant ces dernières années, des situations de crise. De quoi s'agit-il ? On parle d'une situation de crise quand il y a divergence entre l'évolution d'une activité et les conditions de la poursuite de cette activité.

Pour ce qui est du système sanitaire, on peut relater deux facteurs qui poussent à parler de crise :

- **Facteur quantitatif** : Il existe une expansion réelle de l'activité et donc des dépenses de santé. C'est principalement sur elle que se focalisent les pouvoirs publics.
  
- **Facteur qualitatif** : il s'agit de l'efficacité de l'activité. Elle est un peu plus difficile à concevoir et à réaliser. Elle dépend de la façon dont l'activité sanitaire utilise ses ressources, c'est-à-dire aussi des combinaisons productives mises en œuvre. C'est l'organisation interne de l'activité.

Dans l'activité sanitaire, la caractéristique organisationnelle la plus évidente est sa différenciation. Elle se traduit par une spécialisation forte et continue de ses services. Elle peut aussi se justifier : en effet, en essayant de trouver des solutions aux problèmes dont elle a la responsabilité, l'activité sanitaire veut :

- réduire la gamme des questions confiées à un agent,
- renforcer par une formation appropriée la compétence de l'agent concernant ces questions ;
- intéresser directement les acteurs qui y trouvent un nombre d'avantages, tant matériels que psychologiques ou socio-économiques.

La spécialisation contribue aussi à faire évoluer l'activité sanitaire, ayant constamment à répondre aux attentes du progrès des questions qui la sous-tendent.

Ainsi, la différenciation forte et continue élargit la gamme de services offerts et améliore leur qualité. En parlant de qualité, on est dans l'ordre de l'utilité, mais pas des ressources, car quand bien même la qualité en serait améliorée, l'efficacité du système, elle, ne l'est pas.

Pour arriver à celle-ci, il a fallu penser à certaines solutions, notamment les solutions organisationnelles. Il s'agit de la coordination des activités. En effet, *la crise du système de santé est une crise principalement organisationnelle.*

Qu'est-ce que cela signifie ?

## 1.2 COORDINATION

Celle-ci consiste à gérer les interdépendances de la combinaison des activités productives. Il s'agit en fait de la transformation d'une simple juxtaposition de tâches distinctes en un véritable ensemble unifié : assurer les équilibres, établir des séquences convenables, faire jouer les complémentarités...

Pour y arriver, il faut deux conditions :

- Echanger de l'information
- Inciter les acteurs du système à vraiment coopérer

L'activité sanitaire a une très faible coordination, qui correspond à la conception traditionnelle de la pratique médicale dont le premier plan fut toujours la relation médecin-malade, et donc l'autonomie du médecin, en plus du découpage traditionnel du métier selon le modèle véhiculé par la formation hospitalo-universitaire<sup>1</sup>. De cette façon, il n'y a pas de réel besoin de coordination ni de coopération.

Cette organisation-là a un mérite: c'est celui de la préservation de l'autonomie. Mais cela n'avantage pas l'efficacité du système car la mise en correspondance de l'offre (médical) et de la demande (des patients) est devenue problématique. Le produit des dysfonctions qui peuvent en résulter peut se révéler plus ou moins grave par rapport :

- au cheminement des patients dans le système
- à la continuité de la prise en charge
- aux retards
- aux duplications des actes
- aux erreurs de communication
- aux coûts qui deviennent plus élevés, et bref, à la performance générale du système.

C'est cela qui est à la base d'un déséquilibre entre forte différenciation et faible coordination, ce qui à son tour engendre une efficacité et une efficacité modestes. D'autant plus modestes que l'évolution de la situation va dans le sens d'une exigence de plus en plus poussée en matière de coordination, à cause de :

- la transformation de la structure de la morbidité : en effet, on constate une plus grande place des maladies chroniques et dégénératives, qui réclament des prises en charge plus longues et plus complexes,
- la modification des attitudes ainsi que des attentes des patients,
- les préoccupations rationalisatrices et planificatrices des pouvoirs publics.

Ainsi, les carences de la coordination deviennent de plus en plus graves avec les évolutions du secteur sanitaire et du coup, elles deviennent plus visibles. Cependant...

---

<sup>1</sup> La médecine occidentale reconnaît la primauté du modèle curatif comme exclusif, considérant le corps humain comme une machine qu'on peut subdiviser en parties puis en sous-parties, l'idée étant que la somme des solutions constitue la solution globale et idéale (Grémy F., **G.H.** 1997).

### 1.3 COORDINATION, EFFICIENCE, EVALUATION

La question est de savoir si le recours à la coordination implique vraiment l'efficacité. Car la crise du système sanitaire est une crise d'efficacité, qui est en effet liée à une double carence : celle de la régulation, et celle de la coordination, comme deux revers d'une même médaille.

1. Régulation : les producteurs des soins, nous le verrons plus tard, n'ont pas d'intérêt à s'intéresser au niveau des ressources qu'ils utilisent, du coup, ils en utilisent trop.
2. Coordination : elle est faible, la mise en œuvre des ressources et compétences se fait de manière assez approximative.

On constate que les deux phénomènes contribuent respectivement, et conjointement, à limiter l'efficacité du secteur.

**Notre hypothèse est que, une régulation et une coordination meilleures produiraient vraisemblablement plus d'utilité, et de ce fait, plus d'efficacité.**

En d'autres termes, le recours au réseau constitue bien un changement de l'organisation de l'activité que l'on suppose capable d'améliorer la régulation et par-là l'efficacité du système. Encore faut-il s'assurer que cette coordination est réelle.

#### ***Evaluer le fonctionnement en réseau dans le domaine des soins***

Une fois identifiées les causes de la crise de nos systèmes de soins, *la question est de savoir comment faire, pour prouver que l'efficacité du système attendue au niveau de la coordination est réelle*, et n'est pas simplement le résultat d'une belle imagination ou un effet de mode. Répondre à cette question revient à pouvoir évaluer l'existence d'une réelle coopération entre les différents acteurs, et si possible, les résultats de cette coopération.

Mon travail consiste en une analyse conceptuelle de certains travaux qui ont été faits sur le thème de l'évaluation des réseaux de soins. Les techniques que j'ai analysées sont différentes quant à l'application qu'on pourrait en faire. Certaines, comme SASI, constituent un outil simple, applicable à tout moment, y compris au lancement du réseau. D'autres, comme les principes ANAES, sont beaucoup trop généraux et du coup peu opérationnels, mais très éclairants au niveau de la réflexion sur l'évaluation et la coordination.

Les cinq techniques que je présente relèvent toutes du domaine des soins. Ce fut cela mon critère principal de choix, tout en ayant conscience que certaines techniques relevant du domaine des entreprises peuvent aussi éclairer l'évaluation en soins. Un autre critère de choix fut la diversité de contextes.

Ainsi, en premier lieu, j'analyserai certains dispositifs d'évaluation existants. Il est clair que le phénomène des réseaux de soins est un phénomène tout récent, et qui n'a donc pas développé beaucoup d'instruments de son évaluation, sauf aux Etats-Unis où il commence plus ou moins à se stabiliser. Seulement, le contexte est tout différent du nôtre, et avec lui le concept des réseaux. La troisième partie de mon travail s'efforcera de discuter et d'interpréter ces différentes techniques.

Beaucoup de difficultés surgissent quand il s'agit d'évaluer un domaine très peu développé, mal défini, dont les obstacles viennent s'ajouter à ceux déjà nombreux de l'évaluation du secteur médical et sanitaire. Un autre but de cette troisième partie sera d'essayer de mettre à jour ces difficultés, tout en relevant les manques et les points non résolus par ces différentes techniques.

Enfin, la conclusion nous amènera à rechercher les éléments qui pourraient alimenter à l'avenir une technique d'évaluation « idéale », et un réseau de soins « idéal ».

Pour une question de simplification, j'ai choisi d'utiliser le terme de « techniques » là où certains auteurs différencient entre outil, méthode, instrument, référentiel, approche etc.; considérant que ces distinctions sont souvent trop floues pour que je puisse les adopter. Ceci n'empêche pas que l'un ou l'autre de ces termes pourrait apparaître dans mon travail selon différents contextes.

## **2. ANALYSE DES TECHNIQUES D'ÉVALUATION DES RESEAUX DE SOINS**

### **2.1 INTRODUCTION : QU'EST-CE QU'ON VA EVALUER DANS UN RESEAU DE SOINS ?**

De façon classique, la recherche sur les interventions en santé distingue cinq champs : technologies médicales, pratiques de soins, organisations, programmes et politiques de soins. Il faut également distinguer la recherche, qui permet de comprendre le fonctionnement et les effets d'une intervention, et l'évaluation, qui permet d'éclairer la prise de décision. Dans ce sens, la recherche évaluative met en œuvre des méthodes qui relèvent de la recherche dans une finalité opérationnelle, ou parfois cognitive et opérationnelle. Mon travail relève donc de la recherche évaluative : comprendre, pour agir.

S'il existe des normes et codes pour l'évaluation de la qualité en santé, il n'en est pas ainsi pour le domaine de la coordination, surtout à cause de sa nouveauté, sauf aux Etats-Unis où la situation semble un peu plus avancée par rapport à l'Europe. Il existe donc très peu d'études qui ont été faites directement sur l'évaluation du fonctionnement en réseau dans le domaine des soins, tel qu'on peut le concevoir en Suisse, et plus précisément dans le canton de Vaud. La plupart des études sont d'origine nord-américaine. Des précautions méthodologiques face à des problèmes de transposition organisationnelle s'imposent.

Traditionnellement, l'évaluation porte sur une structure bien définie, n'ayant qu'un seul type d'activité, par rapport à une structure modèle qui sert de référence. Or, un réseau correspond rarement à ce modèle, ou alors, s'il y correspond, c'est pour des périodes de temps relativement brèves, consécutives à des besoins de sa composition et variant selon le réaménagement des objectifs et des modalités d'organisation. On peut donc évaluer un réseau à différentes périodes : avant son lancement, lors de sa montée en charge, en période de stabilité, ou même en période de changement.

Ainsi, à la question « qu'évaluer », la réponse variera suivant le moment de l'évaluation. Les dimensions classiques d'évaluation à savoir structures, processus, résultats, peuvent être utiles, à condition d'en élargir le sens.

#### *Evaluation des structures :*

C'est l'évaluation de la structuration du réseau : degré de mobilisation des acteurs, pertinence de sa composition, de son implantation, de son cadre juridique, de ses objectifs, cela en considérant la façon dont on connaît la population cible et aussi les besoins de santé auxquels le réseau veut répondre.

### *Evaluation des processus*

Il y a deux types de processus : processus de prise en charge de personnes ciblées (soins, prévention...), et processus organisationnels (coordination des acteurs, formation, analyse collective des dysfonctionnements...).

### *Evaluation des résultats*

Il s'agit des résultats de type médical, économique, sanitaire. La satisfaction des personnes prises en charge (et aussi celle de leur entourage) est l'un des indicateurs de résultats.

Ainsi, pour savoir quoi évaluer, il faut savoir où on en est avec le réseau. L'évaluation **structurelle** est possible avant le lancement du réseau, puis tout au long de son existence. Celle des **processus** est mieux à mener tout au long et en continu, elle reste souvent la seule possible en cas de montée en charge ou de changement. L'évaluation des **résultats** est à conseiller en phase de relative stabilité, si on dispose des données et des indicateurs pertinents.

Si les techniques que j'analyse se focalisent plutôt sur l'évaluation des structures et des processus, je dirai un mot aussi sur les difficultés qui relèvent de l'évaluation des résultats, car ceux-ci font partie intégrante de la performance de toute coopération.

## 2.2 TECHNIQUE SASI

### *Introduction*

Il s'agit d'une technique d'origine américaine proposée par le NCCC, « National Consortium for Chronic Care ».

Cet organisme privé suggère un outil qu'il nomme SASI « Self assessment for Systems Integration Tool ». Cet outil d'audit interne a été lancé aux Etats-Unis à la fin des années 80 à la suite des expériences des réseaux de soins gériatriques.

Ayant constaté que des conditions de maladies chroniques concernaient des millions de personnes et que le nombre allait croissant, les promoteurs de la méthode se sont rendus compte que finalement tous les prestataires de soins étaient concernés. De plus, ces prises en charge chroniques apparaissaient complexes, multidimensionnelles, et bien sûr très coûteuses.

Cet organisme, pour plusieurs raisons, a donc réalisé que les systèmes d'offre de soins en place n'étaient pas adéquats :

Du côté des patients/clients :

- manque de coordination
- patients/clients frustrés et non satisfaits
- soins très chers

- manque de certains services importants
- pas de focalisation sur la prévention
- aucun pouvoir de leur part

Du côté des producteurs de soins :

- mauvais systèmes de financement/ de gestion
- mauvais système d'information
- mauvais systèmes administratifs
- politiques medicaid/medicare défaillantes
- besoins complexes de patients
- tourisme médical

Le but de l'outil SASI était donc d'aider les réseaux à améliorer les soins tout en maîtrisant les coûts en créant des réseaux de soins chroniques « chronic care networks ou CCN».

Ces CCN se retrouvent dans beaucoup de lieux aux Etats-Unis; en 1995, ils étaient dans 26 Etats.

Les objectifs généraux du SASI sont :

- guider les stratégies de planification
- développer la communication
- évaluer périodiquement les progrès
- promouvoir une mentalité d'« agir en système »

Cet outil sert à une *évaluation interne*, mais les évaluateurs externes peuvent aussi s'en servir pour éclairer leur travail. Il fournit également un cadre pour concevoir, établir et mesurer les stratégies de soins chroniques, des soins de longue durée, des soins communautaires dans un réseau, etc.

### ***Techniques proposées***

L'outil SASI donne neuf stratégies de mesure du degré d'intégration des réseaux de soins chroniques, malheureusement sans considération faite de la forme du CCN. Ces 9 stratégies sont dérivées de trois dimensions, qu'on peut énumérer comme suit :

1. **Infrastructure du réseau** : il s'agit d'établir des systèmes et des procédures qui encouragent la collaboration entre différents fournisseurs à travailler pour des objectifs communs
2. **Offre de services** : offrir un suivi complet et adéquat des services de soins chroniques
3. **Stratégies d'offre de soins**: le réseau se donne les moyens de gérer l'utilisation de ses services de telle manière qu'il puisse offrir des soins de qualité et appropriés, et qui soient « coût-efficaces».

Des 3 dimensions dérivent neuf objectifs :

Thème 1. **Infrastructure** . Il s'agit d'évaluer le degré d'intégration de :

1. Structures de pilotage qui soutiennent le développement des objectifs et améliorent la capacité des professionnels concernés à travailler ensemble comme un seul système.
2. Structures et stratégies de gestion qui soutiennent les efforts d'intégration interdisciplinaire
3. Systèmes des technologies d'information qui permettent à tous les professionnels impliqués dans le réseau de partager de l'information compréhensible pour tous
4. Systèmes de financement pour favoriser la gestion des coûts liés aux soins à travers tout le réseau

Thème 2. **Offre de services** :

5. Identification des besoins de la population à hauts risques
6. Gamme complète de services efficaces et efficaces

Thème 3. **Stratégies d'offre de soins** :

7. La prise en charge basée sur la prévention des handicaps et organisée autour des populations définies au préalable
8. L'offre de soins continu sur tout le réseau et en tout temps
9. L'implication des clients dans la gestion des soins et dans leur prise en charge personnelle

Dans un premier temps, SASI donne une définition précise de ce qu'on devrait comprendre par le concept inclus dans chaque objectif. Ensuite, il donne pour chaque objectif les éléments de base qui devraient être sur place afin de pouvoir parler d'évaluation possible. Ces éléments étant implantés à différents niveaux selon le CCN en question, le plus cela est mis en pratique, le mieux c'est.

Chaque fois un cahier de charges est donné, avec les mêmes questionnements pour tous les objectifs, mais en rapport avec l'objectif en question (quels progrès a fait le CCN pour cet objectif, quelles sont les principales barrières au progrès dans ce même domaine, quelles décisions le CCN prendra pour améliorer ce secteur dans un délai donné, et quelle sera la personne en charge de cette mission ?)<sup>1</sup>.

Ensuite, SASI propose ce qu'il nomme des mesures globales. Il s'agit d'indicateurs pour chaque objectif, et chaque indicateur correspond à une question précise. La plupart des questions sont fermées (type oui/non), avec des explications de la réponse s'il le faut.

Exemple de questions(indicateurs) posées :

*Objectif 6* : Offrir une gamme complète de services efficaces

---

<sup>1</sup> voir annexe I, b

Q.1 : Indiquer le type de services que vous fournissez à vos clients, soit directement, soit à travers d'autres affiliations. Cocher ce qui correspond :

Soins aigus      prévention primaire      soins de transition      réhabilitation      soins mentaux  
 et secondaire  
 soins à domicile      autres services(hospitalisation de jour...)

Q.2 : Est-ce le CCN dispose d'un système d'enregistrement et d'information, et des références partagées dans tous ses services ?      oui      non      ne sais pas

Q.3 : Est-ce qu'il existe un contrôle périodique de la satisfaction des clients à conditions chroniques ?      oui      non      ne sais pas

Si oui, décrire les instruments de mesure utilisés et les groupes visés (rajouter une feuille s'il le faut)

Q.4 : Est-ce que le réseau spécifie les soins et leur coût pour les populations définies comme nécessiteuses ?      oui      non      ne sais pas

Si oui, remplir le tableau suivant :

Population visée	Taille actuelle de la population	Contrat de capitation	de Soins prévus	Coûts prévus
Ceux ayant droit à une prise en charge Medicaid ou Medicare	400 personnes	oui	de X jours d'hospitalisation par millier de pers. X% réadmissions X% de personnes satisfaites par les services offerts	X\$ par membre par mois

Cet outil SASI a des avantages :

- Il est conçu pour évaluer précisément les réseaux de soins
- Il est clair et facile à manipuler, donc très opérationnel
- Il permet de mesurer l'intégration à différents niveaux, donc peut être utilisé tant au début que tout le long du fonctionnement en réseau

Mais il a aussi des inconvénients :

- Il ne s'adresse qu'aux réseaux de forme américaine, donc verticalement intégrés . Rédigé en anglais, il faudrait une traduction pour l'adapter à notre contexte alors même que certains termes sont spécifiques au contexte américain
- Il ne fait aucune distinction entre types de réseaux, alors que ces derniers varient beaucoup (ou cela est peut-être un avantage !)
- Il s'adresse uniquement aux réseaux de soins chroniques : que faire des soins qui ne sont pas chroniques, mais qui nécessitent un certain suivi continu?
- Il vise beaucoup la réalisation des économies

## 2.3 TECHNIQUES D'ÉVALUATION SELON SHORTELL, DEVERS ET AL.

### *Introduction*

Ici, les auteurs proposent une approche d'évaluation assez accessible, dans le but de mesurer la performance d'un réseau de soins dans son intégration: il s'agit de calculer la moyenne des points de chacune des unités opérationnelles d'un réseau, alors que les scores des unités de chaque réseau ont le même poids.

D'autres modalités sont proposées (calculer le pourcentage général des unités opérationnelles, chacune avec un score proportionnel; analyser les mesures obtenues selon le type d'unités opérationnelles), mais les auteurs ne les utilisent pas car, en plus de ne pas être très claires, elles présentent plus de défauts méthodologiques.

Dans la seconde modalité donc, c'est-à-dire celle choisie par les auteurs, les points du réseau équivalent à la moyenne des points de chacune de ses unités. Avec ce type de résultats, on peut comparer différents réseaux intégrés selon leurs scores respectifs. L'avantage de la technique, c'est qu'elle est moins sensible aux changements dus à la taille différente des réseaux. En voici les explicitations :

Selon ces auteurs, il existe trois types d'intégration, et chacun doit être sujet à l'évaluation :

1. Intégration fonctionnelle ;
2. Intégration des médecins;
3. Intégration clinique

### 2.3.1 Intégration fonctionnelle

Par « intégration fonctionnelle », on entendra le niveau auquel les fonctions et les activités de base (telles que gestion financière, ressources humaines, planification stratégique, marketing...) sont coordonnées à travers les unités opérationnelles.

Dans cette optique : une approche pour mesurer la coordination est de chercher à savoir le niveau auquel les fonctions sont harmonisées à travers différentes unités (c.-à-d. utilisent les mêmes approches, les mêmes politiques, les mêmes recommandations de pratiques...).

Parmi les dimensions de cet indicateur, il y a :

- la culture de la structure
- la gestion financière
- les services de support
- les ressources humaines
- les systèmes d'information

- autres (participation au managed care, pratiques administratives,...)

Pour chaque unité fonctionnelle, un pourcentage de réponses « oui » est calculé

0 = aucune harmonisation des services de l'unité

100 = tous sont harmonisés

Exemple :

<i>Unité fonctionnelle</i>	<i>Pourcentage de services harmonisés</i>
Ressources humaines	32
Gestion financière	72
Services de support	50
Assurance de qualité	26
Planification stratégique	55
Services d'information	22
Culture	33
Autres	43
_____	_____
moyenne des 8 secteurs	42%

Ainsi, on conclut que 42% des fonctions sont intégrées à travers le réseau, du plus bas 22% dans les services d'information au plus haut 72% dans la gestion financière. De cette manière, on peut facilement se mesurer à un autre réseau en comparant les scores.<sup>1</sup>

### **2.3.2 Intégration des médecins au réseau**

Le terme original est « physician system integration » : il s'agit du niveau auquel les médecins trouvent des avantages économiques au travers de leur affiliation au réseau; la façon dont ils ont un engagement réel dans celui-ci.

Ici, les auteurs pensent que l'intégration des médecins est un facteur clé qui influence la capacité du réseau à intégrer ses services dans un marché local. En outre, non seulement l'engagement des médecins est nécessaire pour identifier là où les efforts seraient les bienvenus, mais encore, c'est eux qui ont le dernier mot quant à la décision des soins à prodiguer aux patients.

---

<sup>1</sup> voir annexe II,b

Pour aboutir à cette intégration, le réseau aura besoin de mécanismes qui rendent les intérêts des médecins et leur activité plus proches de ses objectifs.

On relate quatre indicateurs importants de l'intégration des médecins :

- engagement économique
- engagement administratif
- formation d'équipes médicales
- comptabilité commune

Si on prend l'exemple de l'engagement économique, il y a quatre dimensions :

- l'utilisation des services du réseau par les médecins
- l'étendue des activités entreprises par les médecins en rapport avec les facilités offertes par le réseau
- l'importance des avantages accordés aux médecins et à leurs employés
- la mesure dans laquelle les contrats avec les hôpitaux sont distribués à travers le réseau

Pour comprendre comment on évalue chaque indicateur, je prends l'exemple de l'évaluation de l'utilisation des services du réseau par les médecins. Cet indicateur est décomposé en 8 dimensions plus petites et plus mesurables:

- le pourcentage de médecins actifs dans les unités opérationnelles du réseau qui font accéder au moins 10 de leurs patients aux avantages leur offerts
- le pourcentage de médecins qui sont à l'origine d'au moins 75% des admissions aux unités opérationnelles
- le pourcentage de médecins qui acceptent au moins 10 patients à au moins deux unités affiliées
- le pourcentage de médecins actifs dans les unités opérationnelles qui offrent leurs services à au moins 50 patients par année en ambulatoire à travers les unités appartenant entièrement ou en partie au réseau
- le pourcentage de médecins ayant leurs cabinets dans les locaux du réseau
- le pourcentage de médecins actifs dans les unités opérationnelles qui ont leurs cabinets dans les locaux du réseau, et qui font partie de ces médecins qui amènent au moins 75% des admissions aux unités ou en ambulatoire
- le pourcentage des médecins travaillant dans les unités et ayant des pratiques gérées par le réseau ou affiliées au réseau
- le pourcentage de médecins actifs dans les unités opérationnelles, qui ont des pratiques gérées ou affiliées au réseau et qui constituent ceux amenant au moins 75% des admissions aux unités.

Ainsi chaque indicateur est découpé en dimensions mesurables en pourcentages, ce qui rend comparable les différents réseaux, les mieux intégrés étant ceux qui ont les meilleurs scores. Pour

affiner les calculs, on donne également les mesures des écarts-type et des intervalles de confiance pour chaque dimension prise en considération.<sup>1</sup>

### 2.3.3 Intégration clinique

Par « intégration clinique », on entend le niveau auquel les services de soins aux malades sont coordonnés à travers les différentes fonctions, activités et unités opérationnelles d'un réseau.

Six dimensions majeures pour mesurer cette intégration :

- développement de protocoles cliniques
- uniformité de registres médicaux et leur accessibilité
- recueil et utilisation des données des résultats médicaux
- efforts de programmation et de planification clinique
- services de support clinique communs (pharmacie, laboratoire...)
- services cliniques communs (santé comportementale, oncologie, cardiologie...)

Il est clair que toutes ces mesures ne concernent pas la qualité en soi des soins prodigués, mais bien les processus de la mise en œuvre des moyens de coordination et d'intégration des soins.

Avec ces mesures, les auteurs ont développé un tableau de bord d'intégration du réseau de soins.

### 2.3.4 Tableau de bord de l'intégration et son utilisation

Pour atteindre les objectifs fixés, les auteurs suggèrent qu'un réseau de soins peut utiliser différents dispositifs, qui en fait sont complémentaires les uns par rapport aux autres :

- Un comité de pilotage du réseau peut être formé pour discuter des propositions suggérées ci-dessus, en rajouter éventuellement d'autres, recueillir les données pertinentes, fixer les objectifs
- Ce même comité peut en même temps développer des tableaux de bords comme outil pour mesurer le progrès de l'intégration dans le réseau.

Ces tableaux de bords fixent les objectifs et les délais ( où voulons-nous en être dans un tel délai ), les activités spécifiques que le réseau veut poursuivre, ils déterminent aussi les responsables du développement de chaque objectif selon les secteurs de l'activité. Les réseaux peuvent également choisir de travailler comme des sous-réseaux d'un plus grand système d'intégration.

Il est à conseiller que les tableaux de bords soient consultés par des groupes « externes », comme les employés, les payeurs, et même les patients/clients. Ainsi servent-ils à leur démontrer que le réseau réussit ou pas dans ses efforts d'intégration. De plus, une modification d'un tableau de

---

<sup>1</sup> Voir annexe II, a

bord peut amener le réseau à initier le dialogue avec des parties clé externes (acheteurs, coalitions d'hommes d'affaires, analystes des politiques) sur certains aspects de son intégration.

Enfin, le groupe de pilotage devrait disséminer les résultats des tableaux de bords à travers le réseau. Le but en est de démontrer comment le fonctionnement en réseau est perçu par les acteurs, et correspond aux buts recherchés dans différents secteurs. Ces perceptions sont importantes parce que les gens s'appuient souvent sur elles. Au cas où ces représentations ne paraissent pas compatibles avec le fonctionnement du réseau, l'adhésion des acteurs concernés peut en être perturbée. Il s'agit là d'un point essentiel, qui traite de l'adhésion des acteurs aux objectifs et à la raison d'être des réseaux, sans laquelle il serait très difficile de poursuivre sereinement les efforts d'intégration.

*Exemple d'un tableau de bord :*

Catégorie d'intégration	Là où on en est aujourd'hui	Où on veut en être l'an prochain	Plan d'action	Responsable
% de médecins regroupés	35%	50%	1. Achat de deux équipes 2. Aide à l'effort de travail en groupe	Ex. Vice-président des affaires cliniques
% de médecins regroupés en plusieurs spécialités	15%	30%	Nommer un comité pour l'analyse des soins émergents	Ex. Directeur médical du réseau
% d'unités utilisant les mêmes protocoles cliniques	50%	100%	Nommer un comité d'étude là où les protocoles sont déjà utilisés	Ex. Vice-président des affaires cliniques et Adjoint des services de chirurgie

(d'après Devers, Shortell et al., **H.C.M.R.**, 1994, 19 (3), p.17)

Dans l'optique présentée ici, les objectifs d'un réseau de soins devraient être :

- avoir une taille importante de capacités de soins aigus
- avoir une gamme solide de programmes et de services
- développer une ligne de services cliniques (« filière ? ») à travers tout le système, par exemple dans les soins cardio-vasculaires, oncologiques, psychiatriques, la santé de la femme ;
- augmenter le nombre de médecins généralistes ;
- augmenter à la fois les pratiques de soins en équipe pour médecins généralistes et multispécialistes ;
- développer des protocoles cliniques, des recommandations de pratique, et des systèmes de gestion de soins ;

- accélérer les applications cliniques de l'amélioration continue de la qualité et l'expansion de la continuité des soins ;
- développer les mesures du contrôle des résultats ;
- développer les approches des tableaux de bord pour évaluer les performances du réseau;
- développer des liens plus étroits entre de tels réseaux et les agences locales de santé publique ; des agences sociales, des écoles, des prisons, etc.

On peut relever dans cette technique des avantages tels que :

- facilité d'application qui la rend opérationnelle
- elle permet de comparer plusieurs types de réseaux, sans distinction de formes, ce qui pourrait aider par exemple lors de l'allocation des ressources (fonds d'encouragement)

Quant aux inconvénients :

- elle fixe des limites de mesure sans aucune justification, par exemple : pourcentage de médecins qui apportent au moins 75% des patients par année au réseau. Pourquoi 75% et non 70 ou 80% ?
- elle donne beaucoup trop d'importance à l'adhésion des médecins au réseau. Ceci pourrait se justifier par le fonctionnement du système de santé américain, mais causerait de réels problèmes de transposition dans nos systèmes.

## **2.4 TECHNIQUE PROPOSEE PAR BUNGENER ET POISSON-SALOMON**

Cette technique d'évaluation concerne surtout les Réseaux Ville-Hôpital en rapport avec l'apparition de l'infection VIH en France. Le travail comprend deux axes :

- une analyse de processus (mode de fonctionnement, typologie...)
- une analyse en termes de résultats de santé, ou de services rendus, tant aux professionnels qu'aux patients.

Il s'agit d'une technique qualitative, avec remplissage d'un auto-questionnaire par un échantillon de professionnels de réseaux, lequel est couplé par des entretiens semi-directifs.

La première étape consiste en la définition de l'échantillon de professionnels à interroger, autrement dit elle définit les éléments d'un réseau ville-hôpital:

<b>ENSEMBLE DE LIBERAUX</b>	<b>COORDINATION</b>	<b>HOPITAL 1,2,3</b>
Noyau dur du réseau Attachés, non-attachés	SOIN	SERVICE SOINS SERVICE SOCIAL
Autres médecins Attachés, non réseau Non attachés, réseau Non attachés, non réseau	SOCIAL	AUTRES SERVICES PUBLICS - Services sociaux municipaux - Organismes de soins (centres de santé...) - Associations de prévention
Kiné, infirmiers Psychologues	CONSEIL	AUTRES RESEAUX Toxicomanie Personnes âgées
Plateau technique libéral Radio, labo...		
Aides privées au maintien à domicile	PREVENTION FORMATION	

(Source : Bungener M., et al., Travailler et soigner en réseau, Paris : INSERM, 1998, p.132)

On constate d'emblée la présence de trois acteurs principaux dans le réseau : l'ensemble des libéraux, les acteurs de la coordination, les professionnels hospitaliers. Au départ, il s'agira de décrire les différentes relations qui existent entre ces différentes composantes, car chacune est composée de plusieurs autres.

La « coordination » étant justement assurée par un ou plusieurs intervenants de statuts variés (médicaux, paramédicaux, travailleurs sociaux, secrétariat...), il est important de ne soustraire aucune catégorie de l'échantillonnage effectué.

Ensuite, les évaluateurs dressent la liste des services et hôpitaux contactés pour l'enquête, ainsi que les caractéristiques professionnelles des répondants (nombre, âge, ancienneté dans la profession, leur mode d'exercice...).

Les méthodes principalement utilisées sont les investigations type entretiens semi-directifs et auto-questionnaires : une grille de description des fonctionnalités des coordinations est dressée. Celle-ci distingue les prestations fournies aux professionnels et celles fournies aux patients. Les investigations ont été centrées autour de la mise en évidence de liens fonctionnels empiriquement ressentis.

Voici quelques axes qui ont permis de structurer les entretiens semi-directifs. Certains axes pourraient être intéressants en ce qui concerne notre contexte :

- mode d'émergence et structure physique de la coordination

- missions et fonctions de la coordination
- modalités de communication, rôle du coordinateur

Quant au questionnaire, rempli par les professionnels hospitaliers, il comprenait notamment<sup>1</sup>

- relation avec la coordination et partage de responsabilités
- bénéfices apportés par le réseau pour l'individu et pour la structure

Le questionnaire adressé aux professionnels libéraux<sup>1</sup> comprenait les éléments suivants :

- profil des praticiens, type de pratique, type de formation
- motivation conduisant à participer à un réseau
- mode d'entrée dans le réseau
- relations avec les autres intervenants du réseau, tant en ville qu'à l'hôpital
- activités vis-à-vis des patients
- profil des patients atteints de VIH dans leurs pratiques quotidiennes
- difficultés rencontrées avec les patients
- avis sur les solutions apportées par le réseau à ces difficultés
- bénéfices apportés par le réseau pour les individus et pour la structure

Avantages de cette technique:

- elle apporte une nouveauté par rapport à ce que nous avons vu auparavant : c'est l'échantillonnage de la population professionnelle du réseau. Ceci limite le nombre de questionnaires et d'entretiens à passer et peut ainsi faciliter la tâche d'évaluation.
- elle accorde une importance remarquable aux médecins généralistes, ce qui est une première en France
- Sa force majeure repose dans le problème qu'elle soulève : la mise en commun ces actions individuelles de chaque partenaire constitue-t-elle une activité en réseau ? Je reviendrai sur ce point dans la discussion.

Quant aux inconvénients, on peut relever :

- elle reste très descriptive : elle montre la méthodologie qui a été utilisée pour récolter les données sur les réseaux ville-hôpital, mais n'est pas elle-même une technique d'évaluation, en outre, elle ne fait aucune systématisation de ce qu'elle propose
- elle ne concerne que ces réseaux ville-hôpital français et plus particulièrement les filières des malades du SIDA : dans quelle mesure peut-on la transférer dans d'autres domaines ?
- elle semble s'adresser seulement aux réseaux émergents, on voit mal comment l'utiliser pour évaluer les processus de développement du fonctionnement en réseau
- le fait de s'adresser à un petit échantillon peut poser des problèmes méthodologiques, notamment ceux liés à la validité interne et externe.

---

<sup>1</sup> voir annexes III, respectivement a et b

- elle focalise sur une comparaison entre un réseau et son absence, et non pas sur le réseau lui-même

## 2.5 PRINCIPES D’EVALUATION SELON ANAES<sup>1</sup>

### *Introduction*

Dans les principes présentés ici, on considère quatre cadres de référence, à savoir l’évaluation médicale, économique, de la satisfaction des différents acteurs, et des programmes de santé. On ne s’adresse pas à l’évaluation des réseaux de soins à proprement parler. Il s’agit d’un recueil impressionnant d’études qui ont été réalisées dans ces domaines-là.

### 2.5.1 Evaluation médicale

Elle porte sur les pratiques et l’organisation des soins, et elle vise la qualité des processus et les résultats obtenus en termes de santé, par des méthodes expérimentales ou semi-expérimentales.

L’intérêt des études réalisées ne réside pas tant dans leurs résultats, dont la transposabilité organisationnelle à d’autres systèmes est peu probable, mais dans leurs méthodes. Différents items sont pris en compte en vue de leur description : l’intérêt méthodologique, le type d’étude, les dimensions évaluées, le type de population prise en considération, les méthodes utilisées, les résultats des études, ainsi que quelques remarques importantes.

Elles permettent ainsi de réfléchir sur des questions telles que :

- Aspects évaluable de l’organisation des soins
- Indicateurs pertinents
- Précautions méthodologiques à prendre

### *Ces études évaluent les interventions au sens large*

- Pratiques où il n’y a pas d’intervention particulière
- Prise en charge par des praticiens de disciplines différentes
- Interventions ciblées de type case management, disease management ou managed care
- Modalités d’organisation des soins primaires : gatekeeping, fundholding
- Organisation de l’hospitalisation à domicile

---

<sup>1</sup> Agence (française) Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé

- Organisation intégrée des soins médicaux-sociaux, intervention d'une cellule de coordination multidisciplinaire
- Type de financement de soins (à l'acte, capitation), incitations financières visant à modifier les pratiques
- Démarches visant à modifier les pratiques comme l'audit clinique, la démarche qualité, la formation médicale continue .

***Les principes ANAES présentent les différents schémas de la conception des études choisies:***

- Schémas classiques d'expérimentation que sont les études randomisées
- Schémas quasi-expérimentaux : études avant-après, avec ou sans groupe témoin, séries temporelles,... Ce type d'étude nécessite un nombre important de patients
- Comparaisons à un référentiel, à des critères explicites formulés par les experts, jugements d'experts sur critères implicites
- Etudes qualitatives
- Enquêtes qui visent à connaître la perception d'un groupe sur un aspect de l'organisation des soins
- Revues systématiques de la littérature, des méta-analyses

***Les principes donnent des indicateurs et instruments de mesure utilisés :***

Les indicateurs de qualité de soins peuvent se référer à différentes dimensions comme la sécurité, l'accessibilité des soins, le caractère approprié, la continuité, l'efficacité théorique ou réelle, l'efficience, la satisfaction du patient.

*Quelques indicateurs d'accessibilité aux soins :* délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation, délai de recours au spécialiste, délai de prise en charge de la grossesse, facilité pour obtenir des conseils au téléphone, temps d'attente dans la salle d'attente...

*Quelques indicateurs d'utilisation de services :* consultations, recours aux spécialistes, aux urgences, (ré-)hospitalisations, admission en institution, proportion d'envoi hors région, volume d'exams de laboratoire et d'imagerie, durée de séjour, proportion de prescriptions de génériques...

*Quelques indicateurs de qualité des procédures :* taux de sujets ayant bénéficié d'une procédure recommandée, préventive, curative, d'éducation sanitaire

*Quelques indicateurs de qualité des résultats des soins :* mortalité, proportion de césariennes, de petits poids à la naissance, de complications à la grossesse, évolution d'un paramètre clinique (poids, pression artérielle, index de masse corporelle), évolution du nombre de programmes médicaux distincts chez un même malade, du nombre de médicaments pris chaque jour, de l'intensité des symptômes (douleurs, nausées)...

*Instruments des résultats de soins complexes :* état global de santé physique ou mentale, capacités fonctionnelles, qualité de vie, qualité de vie liée aux soins.

Ces instruments sont souvent utilisés dans les évaluations de l'organisation des soins. Exemple de dimensions qu'on peut évaluer avec ces instruments-là :

- Evaluation globale de l'état de santé
- Evaluation, à l'aide d'instruments de mesures spécifiques de pathologies
- Evaluation de la charge pour l'entourage
- Préférence du patient et de l'entourage pour le lieu de soins

Des dimensions complexes de l'activité médicale, considérées comme très difficiles à étudier voient se développer et valider des instruments spécifiques. Des chercheurs ont développé et validé un instrument qui évalue du point de vue du patient, certaines caractéristiques du processus de soins primaires réputés souvent comme inévaluables : premier recours, continuité, globalité, coordination, capacité à se centrer sur la famille, orientation communautaire, compétence culturelle.

### **2.5.2 Evaluation économique**

Les études dans ce domaine soulignent bien la méthode employée, les coûts qui ont pu être calculés et les indicateurs coût-efficacité qui ont pu être déterminés.

On remarque dans les rubriques des tableaux de synthèse de ces études, leur intérêt méthodologique, les pièges à éviter en cas de reproduction du même type de démarche méthodologique, les perspectives, le type d'évaluation, les objectifs, les critères d'évaluation, la population considérée, la méthode utilisée, les résultats, et certaines remarques jugées importantes.

#### ***Les principes ANAES discutent des types de méthodes :***

*Les essais comparatifs randomisés* ont été élaborés et mis en œuvre. Le recueil des données a été réalisé en prospectif et chacune des études présente les résultats cliniques de l'essai. Pour la plupart des études, la méthode de minimisation des coûts a été adoptée du fait de l'absence de variations significatives sur le plan statistique des indicateurs cliniques entre le groupe objet de l'intervention et le groupe témoin.

Le choix de ce type de protocole peut être nécessaire, car il peut aider à juger de l'impact de la mise en place de réseaux de santé coordonnés sur l'efficacité des soins dispensés et les variations des coûts, par rapport à une prise en charge classique. C'est le caractère prospectif du recueil des données qui permet d'éliminer les biais. Cependant, on ne peut en tirer des conclusions définitives.

*Les études avant et après* permettent aussi de mesurer l'impact d'un programme de soins coordonnés. On a utilisé le système d'information du financeur pour le recueil des coûts.

On peut également effectuer *des comparaisons* sur la même période en rétrospectif. Une étude a proposé la comparaison de la prise en charge de deux groupes de personnes accidentés sur leur lieu de travail. Les données prises en compte ont été également celles du financeur. Malgré le caractère rétrospectif et les biais rencontrés, on a pu calculer les coûts indirects dans le cadre de la prise en charge par le financeur de leur accident jusqu'à la reprise de leur travail.

### ***Concernant les coûts :***

Ils ont été dans la plupart des cas obtenus à partir des tarifs en vigueur. Des coûts *réels* sont également calculés mais s'attachent plus au temps passé par les différents personnels dans la prise en charge coordonnée.

Cependant, en plus des consommations des soins, c'est le coût des *programmes* qui est considéré comme l'une des données de coût essentielles. Dans une étude, un seuil de rentabilité a même pu être déterminé. Ce type d'information peut, au-delà des critères cliniques, constituer un critère de choix dans la décision de mettre en place un réseau, d'augmenter ses moyens ou de pérenniser un réseau.

Il existe aussi des études qui proposent la valorisation du coût d'un *épisode de traitement*. Chaque problème de santé donne lieu à un épisode de traitement qui regroupe toutes les ressources nécessaires aux soins du patient pour ce problème de santé, que ce soit les soins ambulatoires, les prescriptions des médicaments, le temps des soins, ou encore les dépenses de soins hospitaliers. Si l'on considère l'épisode de traitement comme un étalon, des comparaisons sont possibles entre plusieurs organisations de prise en charge.

On peut aussi prendre en compte les *coûts indirects*. Dans l'étude mentionnée ci-dessus, ils sont agrégés aux coûts médicaux et de rétablissement de personnes accidentées sur le lieu de travail. En effet, ces coûts-là sont une donnée pertinente pour le financeur.

### *Evaluations coût-efficacité*

Ici, on adopte toujours la perspective du financeur. Il y a une étude qui propose une analyse par régression pour estimer la relation entre le niveau d'un indicateur clinique et le coût des soins pour les patients diabétiques. C'est un schéma d'étude intéressant, en l'absence d'un groupe témoin, même si l'on peut difficilement en tirer des conclusions fiables.

Un autre protocole d'évaluation appliqué à un réseau de prise en charge de personnes asthmatiques élabore de façon détaillée un indicateur coût-efficacité. Le but de l'utilisation de ce type d'indicateur est de démontrer qu'une prise en charge en réseau coordonné permet, dans un objectif de santé publique, de concilier l'amélioration de la qualité des soins et la diminution des coûts de la prise en charge pour l'assurance maladie. Toutes les données de coûts pour le financeur seront recueillies. L'ensemble de données fera l'objet d'une évaluation coût-efficacité dans le cadre d'une étude avant et après avec un groupe de contrôle. On prendra en compte la qualité de vie ainsi que la satisfaction des patients, le niveau de formation des professionnels de santé, la compréhension et le niveau d'éducation des patients sur l'asthme, le degré d'application du programme.

On va ainsi définir les coûts :

Prise en charge traditionnelle :

- coûts inévitables nécessaires à la bonne prise en charge de patients traités, variables selon les patients et la sévérité de la pathologie
- coûts évitables (hospitalisations, recours aux urgences, schémas thérapeutiques évitables)

Les coûts lors de la prise en charge dans le réseau :

- coûts inévitables nécessaires à la bonne prise en charge de patients traités, variables selon les patients et la gravité de la maladie
- coûts évitables diminués (hospitalisations, prescriptions, recours aux urgences évitables)
- coûts supplémentaires dus au meilleur suivi des traitements, l'éducation des patients, la formation des professionnels, variables selon le besoin de prise en charge des patients.

Les évolutions attendues en termes de coûts sont :

- Augmentation des coûts de la prise en charge des patients par une augmentation des traitements de l'asthme et la mise en place de formation pour les professionnels de santé et de programmes d'éducation pour les patients,
- Diminution importante des coûts évitables par la diminution des hospitalisations, des recours aux urgences et des prescriptions non adaptées dues à une meilleure prise en charge des patients.

L'intérêt méthodologique de ce protocole est de déterminer un indicateur coût-efficacité dans le cadre d'une comparaison entre un réseau et une prise en charge classique. La perspective adoptée et les coûts à calculer sont précisés, ce qui facilite le recueil des données. Seront pris en compte aussi les coûts de la mise en place de rémunération spécifique des professionnels dans le cadre du réseau.

Les méthodes de minimisation des coûts et d'évaluation coût-efficacité rencontrent des limites. Ainsi, on peut envisager une adaptation des outils d'analyse économique standard. Celle-ci peut se baser sur la définition d'un indicateur d'efficacité qui ne soit pas strictement clinique comme la conformité à un référentiel.

Mais pour cela, il faut qu'il existe un référentiel pour lequel il y a un consensus, soit à l'intérieur du réseau, ou élaboré à partir des organismes représentant les professionnels ou les autorités. Dans ce cas, il sera possible de comparer différentes prises en charge qui se réfèrent aux mêmes référentiels de soins ou de suivi.

### 2.5.3 Evaluation de la satisfaction des acteurs

#### *Les principes ANAES en définissent les objectifs*

Ils nous disent que les buts de ces enquêtes sont nombreux et essentiels dans la compréhension du fonctionnement en réseau. On peut en citer quelques-uns :

- Obtenir le jugement d'un groupe spécifique de patients dans un réseau donné
- Mesurer une amélioration résultant d'une modification
- Comparer la qualité des soins et de la satisfaction au sein d'entités distinctes
- On peut ajouter la pression qu'un groupe peut exercer sur un réseau pour qu'il mesure sa performance, en vue d'améliorer ou de donner la priorité à une intervention ou à un traitement donné.

L'impact recherché par les enquêtes peut être interne ou externe<sup>1</sup>. Les enquêtes à visée interne sont effectuées pour mesurer et/ou améliorer une situation, celles à visée externe ont une vocation de comparaison, d'«affichage», comme c'est souvent le cas aux Etats-Unis. Pour des réseaux de

---

<sup>1</sup> voir annexes IV, b

santé compétitifs, les résultats des dernières visent à influencer le choix des employeurs et/ou des patients potentiels.

### ***Les principes décrivent comment se font ces études***

L'analyse de l'expérience du patient au sein d'un réseau peut être faite de deux manières :

- objectivement en demandant au patient de décrire son expérience (exemple de question : «votre pression artérielle a-t-elle été prise ? » ; « est-ce qu'on vous a demandé si vous aviez mal ? »). Ici, il s'agit d'une mesure directe de la qualité de soins à l'aide du patient;

- subjectivement en recherchant l'opinion du patient sur sa prise en charge. Le jugement du patient peut être sollicité sur sa satisfaction en général au sein du réseau qui le prend en charge, sur ses propres soignants et sur son dernier contact avec le système de soins, on peut déterminer quelle phase a été appréciée ou non.

Toutes les enquêtes peuvent être effectuées par téléphone, ou adressées par la poste ou encore par un mélange des deux méthodes. Le tirage au sort se fait à partir de la liste des affiliés. Elles sont appliquées à plusieurs plans desservant une population donnée.

## **2.5.4 Evaluation des programmes de santé**

### ***Définition***

Un programme est défini comme «un ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, d'activités et de ressources, qui se justifie sur la base de besoins à satisfaire dans une société, un milieu ou une collectivité, et qui est placé sous la responsabilité d'une personne ou de plusieurs personnes qui en répondent. »

Son but est d'aider des personnes qui ont des besoins dans un domaine, comme l'éducation, la santé, la formation professionnelle, le logement, etc.

### ***Evaluation d'un programme***

Elle exige une approche globale, qui intègre des éléments d'évaluation médicale, économique, sociale. Selon les auteurs, la même approche semble pertinente pour aborder l'évaluation des réseaux de soins. Sa finalité est d'apporter des informations qui contribuent à faciliter la prise de

décision à un ou plusieurs niveaux, que ce soit le niveau de la planification, du financement ou de l'action sur le terrain.

Le schéma suivant présente l'évaluation comme un élément de la boucle rétroactive d'un réseau de soins.

Besoins de santé	Planification,	
Autorités sanitaires	financement	
Groupes de professionnels	du réseau	<b>Evaluation du</b>
Assurances maladie		<b>réseau</b>
Groupes d'intérêt	Activité du réseau	

Résultats du réseau

(D'après : Posavac EJ, 1997, repris par ANAES)

ANAES nous propose une modélisation du programme qui distingue :

- la situation initiale (besoins)
- le programme (objectifs, moyens, ressources, intervenants)
- les résultats
- les effets (résultats directs et indirects)

Avec ce modèle, on peut évaluer cinq dimensions du programme, qui correspondent à cinq étapes de son évaluation : sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, son efficience, son impact. Rappelons qu'il est primordial d'avoir défini très clairement les objectifs dès le départ.

- Evaluer la *pertinence* revient à *examiner le bien-fondé des objectifs du programme au regard des besoins identifiés* : les planificateurs ont-ils correctement identifié et mesuré les besoins auxquels ils veulent répondre ? connaissent-ils les caractéristiques sanitaires et socio-démographiques de la population ciblée avec précision ? ont-ils analysé les différents programmes possibles avant d'effectuer leur choix ?
- Evaluer la *cohérence* c'est *vérifier que les moyens, les ressources et les intervenants du programme sont adaptés aux objectifs*. On évalue les **processus**. Comment fonctionne le programme ? Il s'agit de documenter la mise en œuvre, connaître le type de personnes qui bénéficient du programme.

Cette évaluation permet de connaître si les choix faits par les concepteurs étaient pertinents. Les activités du programme correspondent-elles à celles qui avaient été planifiées ?

- Evaluer l'*efficacité* c'est *comparer le niveau des résultats atteints et le niveau fixé par les objectifs*. Il s'agit de savoir si le programme a été mis en œuvre et si les services ont été rendus à la population cible comme prévu. Ici on peut s'intéresser aux résultats. Se demander si les bénéficiaires du programme vont « bien » ou « mieux » que les non-bénéficiaires, et si c'est le programme qui a causé cette amélioration. Ces questions sont très complexes. Beaucoup de facteurs entrent en jeu, et leurs interactions sont tout autant complexes. Les TDE présentées ci-dessous peuvent aider à clarifier les choses.
- Evaluer l'*efficacité* c'est *mettre en rapport les résultats atteints avec les ressources mobilisées*. Il s'agit de mettre en rapport les résultats obtenus et les coûts engendrés. Ici, on ne peut se passer des comparaisons. Le problème reste de trouver des programmes dont les résultats soient exprimés de manière suffisamment proche pour pouvoir les comparer.
- Evaluer l'*impact*, c'est *essayer d'approcher de manière globale les conséquences du programme, en intégrant les effets indirects, positifs et négatifs, et en faisant des hypothèses sur les effets non encore apparus*. Ces effets peuvent alors concerner la population cible mais aussi d'autres groupes, et peuvent être décalés dans le temps. La difficulté est de délimiter le champ à explorer pour les rechercher.

#### *Evaluation des programmes selon la Theory Driven Evaluation (TDE)*

#### **Les TDE visent à spécifier les activités associées à un changement, ainsi que les mécanismes par lesquels le changement est produit.**

Elles sont des évaluations construites en intégrant systématiquement des aspects de la théorie des programmes. Cette dernière a deux volets. D'un côté, elle spécifie les buts poursuivis, ce qu'il faut faire et l'environnement nécessaire pour atteindre ces buts : c'est la partie de la « théorie normative du programme ». De l'autre côté, elle spécifie quels peuvent être les effets plausibles, recherchés et non recherchés, ainsi que les voies par lesquelles ces effets peuvent être produits. Il s'agit de la « théorie causale du programme ».

Un des enjeux principaux, qui est en même temps une des principales difficultés dans l'évaluation d'un programme, c'est d'établir un lien de causalité entre les interventions effectuées et les effets mesurés. Dans cette perspective, les TDE peuvent être une alternative aux méthodes expérimentales qui présentent beaucoup de limites :

#### ***Les principes suggèrent comment construire la théorie d'un programme***

S'il n'existe pas de modèle théorique auquel le programme se réfère, les évaluateurs doivent d'abord construire ce modèle. Il existe pour cela quatre sources d'information :

- documents qui décrivent le programme, ainsi que les enquêtes préliminaires ;
- personnes ayant conçu le programme, financeurs, intervenants ;
- rapports d'évaluation et de recherche sur des programmes similaires ;
- observation du programme en cours de fonctionnement, éventuelle étude pilote.

A partir de ces informations et de leur capacité de raisonnement logique, les évaluateurs construisent un modèle qu'ils proposent aux acteurs et aux financeurs. Celui-ci sera corrigé jusqu'à être acceptable pour tous.

Il est possible, et même souhaitable, d'intégrer des hypothèses contradictoires ou alternatives dans le modèle théorique. Ainsi au cours de l'évaluation il sera possible de tester les différentes hypothèses et d'invalider celles qui s'avéreront fausses.

Si les résultats escomptés surviennent, on pourra regarder quelle chaîne a permis cela ; s'ils ne surviennent pas, on va essayer de trouver à quel niveau de la chaîne il y a eu blocage. Il faut noter que la construction de la théorie peut intégrer des enchaînements qui conduisent à des effets non recherchés, voire indésirables, et recueillir également des données sur ces dimensions-là.

### ***Les principes présentent les étapes qui précèdent la pratique de l'évaluation***

Avant de se lancer dans l'exercice de l'évaluation, ANAES propose que les évaluateurs se posent un certain nombre de questions, dans le but de décider de son orientation et de sa faisabilité. Nous essayons ici de les présenter brièvement :

#### *1. Le réseau répond-il à un besoin ?*

Cette question vise une sorte de planification nécessaire dans le domaine des services de santé pour repérer les besoins. Plus la connaissance des besoins est meilleure, plus l'offre proposée est adaptée, et plus on peut identifier des variables pertinentes pour la poursuite de l'activité du réseau, et, si nécessité il y a, plus on peut réorienter les activités du réseau en fonction de leur évolution.

Il ne suffit pas de repérer les besoins, il faut encore se demander leur nature exacte, les populations concernées, leur importance (incidence, prévalence, gravité...)

Il faut connaître, par rapport à ces besoins-là, les attentes des personnes concernées, les interventions appropriées, etc., mais aussi chercher à savoir quels indicateurs permettraient d'évaluer les modifications des besoins en cas de nécessité, etc.

On comprend donc qu'il est souhaitable de combiner plusieurs approches, quantitatives et qualitatives, qui s'appuient sur des données disponibles et si nécessaire, en menant des enquêtes spécifiques.

#### *2. A quel moment, et quoi évaluer*

Cette deuxième question à se poser résulte justement du fait que les réseaux de soins, du moins dans le cas des réseaux non verticaux, sont des dispositifs en construction permanente. Il n'y a aucune structure bien claire et bien délimitée qui pourrait servir de référence. Selon le moment où on se met à évaluer, avant, pendant ou après la montée en charge du réseau, on procédera de différente manière : on évaluera plutôt la structure du réseau avant, les processus pendant et tout le long, les résultats après ou en période de relative stabilité.

#### *3. Pour qui, par qui, pourquoi faire une démarche d'évaluation ?*

La démarche d'une évaluation est dialectique, c'est à dire qu'elle a à la fois une dimension cognitive, et une dimension opérationnelle. En d'autres mots, on ne peut émettre des recommandations opérationnelles sans s'appuyer sur une bonne base de connaissance, et en même temps, on ne peut prétendre à une évaluation sans vouloir augmenter les connaissances.

Quant aux commanditaires de l'évaluation, ils peuvent être les financeurs, les autorités de tutelle, les acteurs du champ professionnel des soins, voire même des usagers ou leurs représentants. Quand l'initiative provient de l'intérieur même du système de soins (des professionnels), on parle d'**évaluation interne**. Quand elle est l'initiative des pouvoirs publics, des financeurs ou des représentants des usagers, on parle d'une **évaluation externe**. Les deux types d'évaluation se

différencient notamment par leurs finalités, leur périodicité, parfois par les indicateurs requis à l'une et à l'autre. L'évaluation interne se préoccupe plus de l'analyse des processus, bien qu'elle ne puisse totalement se désintéresser des résultats. De son côté, l'évaluation externe ne peut se passer des processus même si le but principal est de considérer les résultats.

Pour lier les deux types d'évaluation, un comité de pilotage est évidemment souhaitable. Cette instance mixte et pluridisciplinaire garantit à la fois l'indépendance, la rigueur scientifique et l'efficacité de l'évaluation. En effet, il permet de rendre les conclusions opérationnelles.

*4. De quels moyens dispose-t-on pour procéder à une évaluation ?*

Il s'agit des moyens humains, matériels, et financiers. Soit les promoteurs du réseau prévoient d'emblée le financement de son évaluation. Soit le réseau demande une évaluation externe ou encore, grâce au comité de pilotage de l'évaluation, le réseau obtient un financement externe avec négociation du cadre d'évaluation.

Le choix pour l'une ou l'autre type de financement dépendra des objectifs des promoteurs comme ceux des financeurs.

*5. Est-ce que le réseau a un système d'information qui permet l'évaluation ?*

Il ne s'agit pas seulement d'un système d'information à base informatique, il s'agit aussi de la littérature générale, des documents «historiques» du réseau, des entretiens avec les responsables, des dossiers comptables utilisés dans la vie de tous les jours. Si l'outil informatique aide beaucoup à rassembler des données utiles à l'évaluation, il n'est pas l'élément indispensable au système d'information du réseau. Une démarche rationnelle qui s'appuie sur une analyse des besoins et un cahier de charges pour répondre à ces besoins est beaucoup plus importante.

Le tableau suivant met en évidence les 6 dimensions à considérer et les trois temps de la mise en œuvre d'une évaluation d'un réseau de soins :

6 dimensions	Temps 1 : documenter	Temps 2 : mesurer analyser	Temps 3 : Construire les indicateurs et apprécier leur niveau
1. Le réseau atteint-il ses objectifs ?	Décrire les éléments qui fondent l'objectif général du réseau ; identifier les buts et les objectifs à travers les documents officiels du réseau et les entretiens avec les responsables	Appréciation qualitative du réalisme de l'objectif, de sa cohérence en rapport avec la situation à modifier	Ex. Nombre de personnes prises en charge/nombre de pers. nécessitant du soin
2. Quelle est la qualité des processus mis en œuvre et des	Identifier les problèmes cliniques à prendre en charge, recueillir protocoles de soins, recommandations...	Evaluation qualitative des protocoles mis en œuvre, calcul des fréquences des symptômes non	Ex. taux de conformité aux protocoles de prise en charge ; niveau de

<p>résultats atteints ?</p> <p>3. Les personnes prises en charge sont-elles satisfaites ?</p> <p>4. Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, qualité des processus et des résultats ?</p> <p>5. Quels sont les coûts engendrés par le réseau ?</p> <p>6. Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits par le réseau ?</p>	<p>Identifier les attentes des personnes, et les instruments de mesure de la satisfaction et de l'insatisfaction pour patients et population en général</p> <p>Identifier les activités du réseau, recueillir les protocoles sur l'organisation de ces activités, les informations disponibles sur ces activités...</p> <p>Identifier les ressources en distinguant celles des prises en charge et celles de la coordination</p> <p>Analyser la littérature, mener des entretiens avec des gens concernés par le réseau afin de construire un modèle le plus global possible de l'impact du réseau</p>	<p>contrôlés...</p> <p>Appréciation qualitative des instruments de mesure du réseau, analyse des résultats obtenus, si nécessaire mener une enquête de la satisfaction des patients, entretiens avec des patients et leur entourage</p> <p>Appréciation qualitative de la pertinence des activités par rapport aux objectifs recherchés</p> <p>Coûts des prises en charge (prescriptions, interventions médicales...) et coûts des activités spécifiques (coordination, formation)...</p> <p>Mesures qualitatives et quantitatives des dimensions du modèle global d'impact les plus pertinentes au regard des finalités</p>	<p>contrôle des différents symptômes traités</p> <p>Ex. appréciation qualitative du contenu des entretiens ; des données relatives à l'insatisfaction ; différentiels des niveaux de satisfaction</p> <p>Ex. - taux de conformité aux protocoles organisationnels ; niveau de connaissance des membres du réseau sur les activités des autres ; satisfaction des membres du réseau...</p> <p>Ex. indicateur coût/résultat : coût par hospitalisation évitée ; de conformité à un référentiel</p> <p>Ex. appréciation qualitative du lien entre les effets indirects mesurés et l'action du réseau, de la cohérence ou de la contradiction entre les effets indirects mesurés et les finalités du réseau</p>
---	--	--	---

(D'après ANAES, « Principes d'évaluation des Réseaux de soins », août 1999)

### ***Quel apport des principes d'ANAES par rapport aux techniques d'évaluation des réseaux de soins ?***

Les principes ANAES sont une synthèse de travaux qui concernent l'évaluation. Ces travaux veulent principalement montrer l'apport du réseau par rapport à d'autres formes de fourniture de soins. L'accent est mis sur la comparaison de l'économicité d'une prise en charge par rapport à une autre, ceci est par ailleurs un des grands avantages de ces principes. Ils insistent aussi, parfois de manière indirecte, sur la qualité nécessaire dans toute démarche de prise en charge médicale.

En outre, les principes ANAES permettent de s'assurer que l'on n'a rien oublié pour mettre en œuvre une évaluation. Ils s'adressent à toute forme de réseau, indépendamment de sa complexité, de son contexte, de son évolution.

Cependant, ces principes peuvent dérouter par l'accumulation d'exigences. Ils ne constituent pas à eux seuls une technique qui pourrait aider à évaluer le fonctionnement d'un réseau de soins

comme un réseau. Ils insistent sur l'importance pour un réseau d'avoir des objectifs, mais ne montrent pas comment les atteindre. Dans ce sens, ils ne servent pas de cadre opérationnel. Ils donnent beaucoup de pistes de réflexion, mais ne constituent pas un outil d'évaluation.

## 2.6 NORMES DE LA JCAHO<sup>1</sup>

La technique que la JCAHO a élaborée consiste en une série de normes qui servent à évaluer les réseaux de soins de type nord-américain tels qu'ils sont décrits ci-dessous<sup>2</sup>. Il s'agit d'un ensemble d'exigences, réparties en huit domaines. Les évaluateurs, pour accréditer un réseau, vérifient si les standards (ou normes) sont remplis ou non. Ces normes sont revues tous les deux ans pour se conformer à l'évolution des réseaux et du secteur médical en général.

Les huit domaines évalués sont les suivants :

1. Droits, responsabilités et éthique : il s'agit des exigences concernant l'éthique des partenaires du réseau, le respect du patient, le traitement de ses plaintes, sa responsabilité dans la prise en charge par le réseau.
2. Continuité des soins : ces exigences concernent l'adéquation des soins par rapport aux besoins du patient, au bon moment et au bon endroit.
3. Education et communication : normes concernant l'information donnée au patient sur les possibilités de prise en charge par le personnel du réseau et sur sa prise en charge personnelle.
4. Promotion de la santé et prévention des maladies : ces normes se rapportent au rôle du réseau en matière de prévention, à l'adéquation entre les prestations de médecine préventive fournies par le réseau et la population desservie.
5. Pilotage : il s'agit des exigences sur les responsabilités de l'équipe de pilotage du réseau, sa capacité à instaurer une vision et une culture partagée par tous les professionnels du réseau, mais aussi sur son implication dans l'intégration de différentes composantes du réseau et son évaluation.
6. Gestion des ressources humaines : ce sont des exigences par rapport aux qualifications du personnel, à sa formation continue, à l'affiliation des nouveaux professionnels.

---

<sup>1</sup> JCAHO : « Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations », un des organismes chargés d'évaluer les réseaux de soins et de santé aux Etats-Unis

<sup>2</sup> voir p. 37

7. Management de l'information : ce domaine concerne la confidentialité, l'intégrité, la fiabilité, la sécurité, la validité des données. Il concerne aussi leur standardisation et leur transmission à travers tout le réseau.
8. Amélioration de la performance : exigences sur l'évaluation continue des processus et des résultats, sur les types de mesures à effectuer, sur la diffusion au sein du réseau des informations relatives à sa performance et aux actions menées pour améliorer celle-ci.

Selon la philosophie de ceux qui ont élaboré ces normes, il n'est pas nécessaire, pour qu'un réseau soit accrédité, de remplir toutes les exigences susmentionnées. Chaque réseau établit ses priorités, et développe des activités qui correspondent le mieux aux besoins de ses membres et de sa clientèle. Dans ce sens, les normes de la JCAHO sont assez flexibles. Après chaque évaluation, différents types de recommandations sont émises pour aider le réseau à s'améliorer.

Avantages :

- Il s'agit d'une technique très concrète et très détaillée, ce qui la rend opérationnelle
- Elle est complète, si on considère le nombre impressionnant d'exigences pertinentes qu'elle émet
- Elle s'adresse précisément aux réseaux de soins
- Elle est souple et flexible

Inconvénients :

- Elle est rédigée en anglais, d'où la nécessité de traduire, et les difficultés qui vont avec
- Elle concerne surtout les réseaux déjà instaurés et assez stables
- Le fait d'être très détaillée pourrait ajouter des difficultés concernant l'application de la technique.

### 3. DISCUSSION ET INTERPRETATION DES TECHNIQUES D'ÉVALUATION DES RESEAUX DE SOINS

#### 3.1 INTRODUCTION : DEFINIR CE QU'EST « UN RESEAU DE SOINS »

Il me semble important de donner quelques éléments de définition du concept «réseau de soins », dans le but de comprendre les enjeux de l'évaluation dont mon travail s'occupe.

La notion de «réseau» renvoie directement à celle de «coordination» ou encore de «coopération». Ces deux derniers termes ne signifient pas la même chose, car la coordination semble se limiter aux aspects « techniques » de la prise en charge, tandis que la coopération implique un véritable changement de pensée, de culture et d'agir. Ainsi suis-je tentée de dire que mon travail, qui concerne évidemment les efforts de coordination dans un réseau, veut surtout viser le travail de coopération qu'un réseau constitué se charge de réaliser. Une remarque que j'aimerais faire ici : «coordination» sous-entend «activités», tandis que «coopération» implique «acteurs», donc personnes. Cette dernière est évidemment beaucoup plus difficile à réaliser, mais beaucoup plus efficace et satisfaisante au niveau de la prise en charge, ainsi que de l'adhésion des acteurs, si elle est réussie.

Il n'est pas aisé de définir le terme de réseau de soins. En effet, ce concept peut prendre différentes configurations non seulement au niveau des systèmes de santé (ou de pays, si l'on veut), mais aussi à l'intérieur des systèmes même. Ainsi Frossard définit un réseau comme *«une organisation volontaire de professionnels...qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources, pour développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention, destinées à résoudre des situations urgentes ou complexes, identifiées comme prioritaires selon des critères élaborés au préalable en concertation»*.<sup>1</sup>

Dans ce contexte français, on constate que l'accent est mis sur le caractère volontaire de la participation, et sur la priorité de situations à prendre en charge (situation d'urgence ou de complexité de la prise en charge) ; en outre aucune mention d'économicité de la prise en charge.

Bungener<sup>2</sup>, elle, identifie les conditions nécessaires initiales pour qu'on puisse parler de réseau, entre autres :

- l'identification d'une activité commune

---

<sup>1</sup> Frossard M., « Actes de la 7<sup>e</sup> conférence Internationale sur la science des systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les personnes âgées et les handicapés », Grenoble, juin 1999, p.128

<sup>2</sup> voir bibliographie

- la reconnaissance et l'acceptation des valeurs communes : ici elle parle d'"une dimension affective entre les membres, (qui est la) condition d'un niveau de confiance indispensable mais aussi de procédures de valorisation mutuelle "
- l'accord sur un projet commun et un objectif clairement affirmé de sorte que le réseau puisse produire autre chose que lui-même.

Ces éléments me semblent d'une importance primordiale car ils mettent l'accent sur l'importance d'un réel travail de coopération, dans une confiance mutuelle et une culture commune en visant les mêmes objectifs, car le réseau n'est pas qu'une structure juridique, même officiellement reconnue, mais un véritable agir ensemble.

Une définition d'origine américaine décrit le réseau (Organized Delivery System) comme «*un ensemble d'organisations qui offrent ou permettent d'offrir un suivi coordonné de soins à une population définie et qui veut garantir les résultats cliniques et financiers, ainsi que l'état de santé de la population concernée* ». <sup>1</sup>

Un nouvel élément que nous apporte cette définition d'origine nord-américaine est la question des économies financières comme résultat de cette prise en charge coordonnée.

Il me semble important aussi de signaler le sens donné à cette notion par les autorités concernées du canton de Vaud, car il amène d'autres éléments intéressants.

Au sens NOPS donc, «*un réseau de soins est un dispositif de coopération volontaire mais structuré, doté d'une instance commune de direction qui engage les membres... C'est un regroupement volontaire d'établissements sanitaires et d'autres fournisseurs de prestations. Ses membres poursuivent des objectifs partagés en matière de gestion des ressources et de prise en charge. Le réseau de soins a la personnalité juridique* ». <sup>2</sup> En outre, le réseau doit offrir une gamme complète de prestations (activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation, activités relevant tant de la prise en charge somatique que psychiatrique ).

Dans cette définition, on relèvera «de caractère volontaire mais structuré [par les directives des pouvoirs publics]» des réseaux de soins. Il y a aussi l'obligation de fournir une palette complète de soins, donc on sort de la logique de filières qui, elles, se centrent sur le traitement d'une ou de pathologies définies.

Tout compte fait, on voit la difficulté qu'il y a d'obtenir un concept «réseau de soins » compris de manière générale et admis par tous. Car, quand bien même une définition-type est donnée, comme c'est le cas pour les réseaux NOPS vaudois, ses adaptations sur le terrain seront forcément différentes. Ceci n'est pas nécessairement un inconvénient, car les diverses adaptations qui se font apportent les ajustements et apprentissages nécessaires les uns par rapport aux autres, ce qui évite la rigidité, ennemi numéro un du concept même de la coopération. Il existe «des» réseaux de soins et, comme on peut le deviner, cela ne facilite pas la tâche à l'évaluation. Les techniques que je propose essaient de prendre en considération tous les éléments présents dans ces diverses définitions.

---

<sup>1</sup> Shortell S.M. et al, voir bibliographie

<sup>2</sup> Etat de Vaud, Service de la Santé Publique : Nouvelles Orientations de Politique Sanitaire (NOPS), « Comment créer un réseau de soins NOPS », 1<sup>ère</sup> étape, juin 1998, p.3

### 3.2 COMPARAISON DES TECHNIQUES D'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS

Pour comparer les différentes techniques présentées ci-dessus, il me semble nécessaire de proposer quelques points de repères qui vont aider à déterminer les similitudes et les différences des diverses techniques. Je proposerai les points suivants : les indicateurs les plus prééminents que les instruments évaluent, la simplicité et l'opérationnalité des techniques, ainsi que la possibilité de les transférer à d'autres contextes.

#### *Importance accordée aux principaux indicateurs dans l'évaluation*

	SASI	Shortell et al.	Bungener et al.	ANAES	Normes de la JCAHO
Pilotage du réseau	++	++	++	++	++
Systèmes d'information	++	+	-	++	++
Gamme complète de services	-	++	-	+	++
Culture commune de la structure	++	++	++	+	++
Gestion intégrée des coûts	++	++	-	+	++
Ressources humaines	++	++	++	++	++
Importance des médecins généralistes dans le réseau	+	++	++	-	+/-
Recommandations de pratiques	++	++	-	+	++

++ : très grande importance accordée à cet indicateur/objectif

+ : Indicateur d'importance moyenne à grande

+/- : peu d'importance, mais pas absente

- : pas d'importance accordée par la technique

Les éléments concernant la culture commune, les ressources humaines et le pilotage du réseau semblent être prédominants dans les différentes techniques. Seraient-ils les indicateurs de base ? En outre, les normes de la JCAHO semblent être la technique qui ne laisse aucun indicateur de côté. Ceci permet d'envisager qu'elles seraient peut-être à prendre en considération lors de l'élaboration de tout outil d'évaluation.

### ***Simplicité et opérationnalité des techniques***

L'outil SASI est très clair et détaillé, ainsi est-il simple à manipuler. La plupart des questions qu'il utilise sont de type oui/non, ce qui le rend compréhensible. Grâce à sa simplicité, SASI reste un instrument très opérationnel. Le problème reste que cette simplicité peut diminuer sa capacité d'adaptation à des réseaux d'un tout autre type que ceux pour lesquels il a été conçu, par exemple, les réseaux vaudois NOPS.

La technique de Shortell et al. est aussi simple dans la mesure où chaque type d'intégration est découpée de façon à pouvoir mesurer le pourcentage de chaque indicateur. Seulement, on se demande si les trois intégrations dont parlent les auteurs constituent la meilleure façon de découper la réalité d'un réseau de soins. Elle exige aussi une traduction contextuelle et de langue.

L'instrument de Bungener et Poisson-Salomon pose problème, car il ne montre pas de vraie technique pour évaluer les réseaux coordonnés; en effet, il ne fait qu'en décrire la méthodologie. En plus, il s'intéresse à la coordination pour un seul type de pathologie, le SIDA. Ce qui est intéressant, et qui pourrait alimenter la réflexion pour l'évaluation des autres réseaux, c'est qu'il soulève un problème très pertinent de savoir si la mise en commun d'activités individuelles constitue une véritable activité en réseau, et qu'il essaie de mesurer cela. Il y a aussi le fait qu'il est dans une langue qui ne nécessite pas de traduction.

Les normes de la Joint Commission sont très, presque trop détaillées, ce qui rend leur utilisation en matière d'évaluation difficile. Mais elles ont le mérite de ne rien laisser de côté parmi les critères que j'ai utilisés ci-dessus pour la comparaison, elles évaluent même d'autres critères que je n'ai pas retenus, pour la simplification du tableau, et qui sont tout autant essentiels, comme les questions d'éthique. Ainsi, sans être simples, ces normes sont opérationnelles.

Quant aux principes ANAES, comme on a pu le constater ci-dessus, ils constituent une boîte à idées mais ne donnent pas de technique propre pour évaluer un réseau de soins.

### ***Echangeabilité de contextes***

Les techniques SASI, celles de Shortell et al. ainsi que les normes de la JCAHO, sont d'origine nord-américaine, c'est-à-dire qu'elles sont construites en anglais, et que la transposition dans le contexte européen pose un certain nombre de problèmes tant au niveau de concepts, qu'au niveau du fonctionnement du réseau lui-même. Ici, il me semble important de donner quelques éclaircissements sur le fonctionnement des systèmes de santé, et sur les conséquences que cela peut avoir sur les réseaux de soins et leur évaluation.

#### *Systèmes de santé et réseaux de soins*

La classification des systèmes de santé des pays industrialisés n'est pas une affaire simple. Cependant, certains auteurs ont tenté de réaliser cette tâche, et une façon d'explicitier les résultats est la suivante :

Les systèmes de santé peuvent être classés selon qu'ils s'approchent plus du marché libre ou plus de l'étatisation. Paradoxalement, plus les systèmes s'approchent du marché, plus les réseaux de soins sont intégrés. On peut distinguer trois catégories majeures de réseaux de soins:

- les réseaux intégrés, proches de la hiérarchie ;

- les réseaux beaucoup plus souples, proches du marché ;
- les réseaux coopératifs plus proches de ce qu'on comprend par fonctionnement en réseau.

Dans les réseaux intégrés, les composantes se trouvent sous l'autorité d'un centre de décision. La distinction entre les centres et les composantes est assez nette. Cette coopération asymétrique est stabilisée par des arrangements et des engagements contractuels. Le centre peut être les producteurs de soins, les financeurs, les gestionnaires etc. Le système de santé américain, qui fonctionne souvent sous les principes du « managed care », fortement privatisé et exemple typique d'un système de santé libéral, est propice à ce type d'intégration.

Les deux exemples les plus cités de ce fonctionnement en réseau, parmi beaucoup d'autres, sont les HMO (Health Maintenance Organizations), et les PPO (Preferred Providers Organizations). Le HMO peut prendre la forme de différents arrangements possibles, mais qui tous fonctionnent sur les mêmes principes, à savoir :

- la HMO est un regroupement *d'une gamme de moyens* qui permet la prise en charge de patients-clients;
- il réunit les deux fonctions de *production* et d'*assurance*, pour les clients y « abonnés » ;
- son financement se fait sur base *forfaitaire*. Il s'agit d'une prime fixe payée par les adhérents, à qui à leur tour on assure prise en charge en cas de soucis de santé.

Ce financement à priori diffère du financement traditionnel qui se fait plutôt à l'acte. Dans ce sens, les producteurs sont rendus beaucoup plus vigilants quant aux ressources qu'ils utilisent. En effet, les médecins subissent très directement la bonne ou mauvaise marche financière de la HMO, car on suppose que ce sont leurs décisions qui influencent les coûts. Le risque de cette attitude reste la perte de la qualité, ou l'adoption des stratégies d'écrémage. Mais ce risque est réduit par la concurrence et la nécessité pour la HMO de garder le plus possible de clients pour assurer ses coûts fixes. Du coup, elle s'intéresse tant à l'utilité de ce qu'elle produit, qu'à ses coûts de production. D'où le critère d'efficacité adapté. C'est un bien grand mérite de ce type de réseau intégré, qui a favorisé le développement des pratiques d'évaluation.

Dans ces réseaux-là, les éléments organisationnels ont normalement une place prédominante dans le fonctionnement. Il s'agit d'une structure réglementaire en principe **obligatoire**. La qualité du fonctionnement dépend beaucoup de la façon dont acceptent de coopérer les acteurs. L'initiative est prise au sommet, ça peut être, selon les cas, une caisse, une administration, un centre hospitalier, un assureur. Dans ce cas, le risque est celui d'une mauvaise perception par les acteurs potentiels. Disposant de cadres réglementaires fixes, l'intégration peut être telle que l'on se demande s'il s'agit vraiment de réseaux de coopération –au sens où il y a combinaison de l'autonomie et de l'intégration- ou simplement s'il s'agit de structures hiérarchiques. L'avantage de ces structures-là par rapport à l'évaluation, c'est que celle-ci est beaucoup plus simple à réaliser grâce à leur grande stabilité. On cherche souvent à « repérer le mouton noir ».

Il va sans dire que les techniques SASI, celles de Shortell et al., ainsi que les normes de la JCAHO ont été conçues pour évaluer ce type de réseau. D'où la difficulté de les adapter sur des réseaux qui ne

connaissent, ni le même degré d'intégration, ni les mêmes conditions d'adhésion (caractère obligatoire), ni la même stabilité.

Un autre type de réseau, sur lequel je ne m'étendrai pas trop, sont les réseaux de soins souples, proches du marché, où il n'y a besoin ni d'engagement, ni de continuité. Ces réseaux – si l'on peut parler de réseaux – se situent dans le cadre d'une structure administrative verticale de financement fiscalisé. L'exemple toujours cité est le système britannique. Comme je n'ai pas trouvé de technique propre qui évalue ce type de réseau, je ne ferai ici que mentionner leur existence. Et comme comparaison, j'ajouterai que la grande similitude entre les réseaux intégrés et les réseaux souples est qu'il y a une asymétrie entre les composantes.

Pour ce qui concerne le réseau coopératif, il se distingue justement de ces deux autres sur ce point même de l'asymétrie, car il y est bien moins marqué, ainsi les différentes composantes collaborent sur la base de positions plus équilibrées. C'est ce qui se passe dans les réseaux ville-hôpital français. A l'origine, ces réseaux répondaient à deux principes :

- la saturation de certains services hospitaliers avec l'émergence du VIH/SIDA ;
- la préférence des patients pour une prise en charge plus souple et plus confidentielle que celle retrouvée à l'hôpital, ce qui a rapproché le secteur hospitalier du secteur ambulatoire (traditionnellement « opposés »).

La collaboration a créé la proximité, qui à son tour a facilité la communication, laquelle a conduit à la confiance mutuelle. Ces conditions ont favorisé de grandes proximités techniques, sociales, et personnelles, idéales pour une réelle coopération.

En effet, l'incitation à créer ce type de réseau a surgi des acteurs eux-mêmes, motivés par l'envie d'agir ensemble. Ils se sont groupés, organisés, et ont sollicité un contrat. On comprend que dans ce type de réseaux, la convivialité des acteurs a de meilleures chances de s'établir.

Les objectifs de ces réseaux peuvent être extérieurs au groupe (exemple : soigner les sidéens), et/ou intérieurs à ceux-ci (valoriser les généralistes). Les critères d'existence de ces réseaux-là sont souvent des facteurs psychologiques (motivations et relations personnelles), on y constate normalement la faiblesse des aspects de structure. Dans ces conditions, on peut imaginer qu'ils soient menacés de précarité et ne ressemblent guère à des institutions. Leur évaluation serait d'autant plus difficile à réaliser qu'ils changent souvent de forme, ne disposent ni de cadres bien définis ni d'une clientèle fidèle et délimitée, comme c'est le cas pour les HMO américains. La technique de Bungener a été conçue pour ce type de réseaux. Cette technique peut inspirer une façon de faire dans un autre cadre, mais on ne peut la transposer ailleurs telle quelle, pas même dans un autre réseau français.

Bref, deux facteurs imbriqués compliquent la transposition d'une technique à un autre contexte que celui où elle a été conçue (par exemple le nôtre) : il s'agit du système de santé, et avec lui, le type de réseau. Avant de choisir une technique d'évaluation quelconque pour notre contexte, il faut prendre en considération ces deux facteurs.

Voici une figure qui résume le type de réseau lié au système de santé

Réseaux souples ?(GB)                      réseaux coopératifs (France)                      réseaux intégrés (EU)  
[-----+-----]

Concernant l'application d'une telle ou telle technique d'évaluation, si belle et si complète soit-elle, pour atteindre ses objectifs (fournir aux financeurs des informations sur le fonctionnement des réseaux ; vérifier l'économicité de l'approche «réseaux», se rendre compte d'une meilleure performance du système de santé grâce à l'instauration des réseaux, pour ne citer que quelques exemples), l'évaluation des réseaux de soins se heurte à des difficultés assez importantes. Celles-ci sont dues non seulement à l'instrument de mesure utilisé, mais aussi à d'autres facteurs plus intrinsèques au fonctionnement du secteur de la santé et des soins. C'est ce que va essayer de montrer la partie qui suit.

### **3.3 DIFFICULTES LIEES A L'EVALUATION DES RESEAUX DE SOINS**

Dans cette partie, je proposerai deux catégories de difficultés qui se rapportent à l'évaluation des réseaux de soins :

- La première partie concerne tout ce qui relève des mesures de la performance d'un réseau de soins, que ce soit du point de vue de la coordination des activités, de la qualité des soins fournis, de la satisfaction des acteurs
- La deuxième partie concerne les points que les techniques disponibles (parmi elles, celles que j'ai analysées) ne permettent pas de résoudre, et qui pourtant seraient importants, voire indispensables, pour une évaluation effective d'un réseau de soins.

#### **3.3.1 Difficultés liées à la mesure de la performance des réseaux de soins**

Dans un réseau de soins, on peut évaluer une meilleure performance de la prise en charge de façons suivantes :

- voir si la coordination et la coopération sont assurées
- voir si les résultats médicaux sont meilleurs (tout ce qui concerne la qualité des soins)
- voir si les professionnels médicaux du réseau et les patients sont satisfaits
- considérer l'économicité de la démarche réseau, ici je ne m'attarderai pas beaucoup sur ce point, on peut se référer à ce qui a été précédemment mentionné<sup>1</sup>.

Chacun de ces points engendre des difficultés auxquelles il faudrait prêter attention dans l'exercice de l'évaluation de la performance des réseaux de soins.

---

<sup>1</sup> voir pages 23-24

### ***Evaluation de la coordination et de la coopération***

La complexité de la mesure de l'efficacité dans le domaine de la coordination est due à plusieurs raisons. On peut citer :

- Les modes d'organisation en réseaux sont très divers quant à leurs domaines d'intervention, leur organisation et leur financement, en outre, leurs objectifs auront tendance à évoluer en fonction des besoins du terrain, surtout quand il s'agit de structures non rigides;
- Il n'existe pas de mode d'organisation comparable de réseaux, il ne faut donc pas s'attendre à identifier, par simple analyse de la littérature par exemple, des modèles d'évaluation directement transposables;
- L'évaluation des modes de coordination ne peut pas s'appuyer d'emblée sur un ensemble préexistant de méthodes, de dimensions et d'indicateurs validés : elle doit s'efforcer à les construire progressivement dans une véritable recherche évaluative;
- Il existe des difficultés dues à la non-définition de l'unité d'étude : le patient-réseau, qui est-il ? ce n'est pas toujours évident de s'accorder sur le sujet;
- Il y a aussi des difficultés dues à la mesure d'indicateurs de résultats pertinents à différents niveaux : la mesure d'une bonne adéquation entre le besoin de soins de patients et ses choix de vie suppose une série d'instruments standards (qualité de vie, satisfaction) sur lesquels il n'existe pas de véritable consensus. J'y reviendrai plus tard.

### ***Evaluation des résultats de l'activité du réseau***

Dans la deuxième partie de mon travail, j'ai mentionné ce que, dans un réseau, on peut évaluer : structures, processus, et résultats. Les techniques que j'ai analysées ci-dessus, concernent toutes les éléments de coordination et de coopération effective dans un réseau de soins. Ceci n'a rien d'inhabituel, car le réseau, pour mériter ce nom, doit être marqué par ces éléments.

Mais le fonctionnement en réseau a pour but de produire des résultats : meilleurs sont ces derniers, mieux c'est. Ces résultats peuvent non seulement relever de l'ordre de la prise en charge, mais aussi de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Si mon travail se focalise sur les aspects de coordination et de coopération, qui sont les plus importants quand on s'adresse aux réseaux de soins, je ne peux pourtant pas totalement ignorer l'aspect des résultats de qualité, alors que la démarche des réseaux est définitivement censée y apporter une amélioration.

### ***Difficultés de la mesure de la qualité médicale***

Qui dit résultats de la coopération en soins, sous-entend, force est de le constater, un domaine compliqué qui est celui de la qualité des soins dans ou en dehors du réseau. Quand on y ajoute le problème des coûts, cela engendre d'autres difficultés qui dépassent même le simple domaine médico-social, et s'étend sur l'éthique même et les valeurs fondamentales de nos sociétés. L'ignorer, en évaluant la performance des réseaux, serait comme construire en oubliant de poser les fondations.

### *Qualité des soins*

Une première difficulté surgit quand il s'agit de définir ce que c'est que la *qualité de soins*. Les définitions sont multiples et pas toujours concomitantes. Les implications générales des définitions qu'on retrouve souvent concernent les points suivants :

- Garantir des soins efficaces
- Satisfaction, c'est-à-dire résultats observables
- Avantages perceptibles par le patient
- Accès garanti aux soins
- Ressources disponibles
- Limites financières, mais aussi celles qui dépendent de l'éthique, du rationnement, des priorités

Ces différents points ne sont pas forcément conciliables entre eux. Par exemple, les soins efficaces peuvent dépasser les ressources disponibles, bloquant ainsi les premier et quatrième points.

En outre, il existe différentes perspectives pour juger de la qualité de soins, et qui ne se basent pas toutes sur les mêmes critères. Dans notre système de santé par exemple, trois perspectives au minimum peuvent être relevées : la perspective technique (caractère approprié des soins prodigués, l'habileté technique à les exécuter), la perspective du patient (réponse à ses préférences souvent mises de côté par les professionnels sous prétexte que le patient ne sait pas, mais aussi de la difficulté de mesurer sa perspective de manière fiable et exacte), la perspective de l'assureur (qui a une vision de la population et non de l'individu).

De plus, pour estimer les résultats dans le domaine qui nous concerne, plusieurs facteurs externes viennent influencer, empêchant ainsi une démarche simple et rationnelle. On peut citer notamment :

Les facteurs liés au patient :

- variation biologique normale
- sévérité de la maladie
- comorbidités
- attitude et implication du patient

Les facteurs liés au soignant

- connaissance
- compétences
- techniques interpersonnel
- jugement

facteurs liés à l'organisation pratique des soins :

- disponibilités des ressources

- système et processus

facteurs liés à l'environnement :

- système de santé
- montant et allocation des ressources

facteurs inconnus : ils sont tout aussi nombreux

Il faut aussi noter que pour pouvoir évaluer la qualité d'une pratique médicale, il faut que celle-ci soit visible (par exemple : secteurs techniques, laboratoires, radiologie), ainsi, pour les soins plus discrets comme les soins cliniques, certaines consultations, cette évaluation est beaucoup plus difficile à réaliser.

### *Qualité et recommandations de pratiques*

Un autre point à soulever quand on s'adresse à la qualité des soins concerne les recommandations de pratiques. En effet, si ces dernières sont bien faites et bien respectées, on attend d'elles qu'elles puissent rallier la qualité des soins et la maîtrise des coûts. Mais il existe toujours des points non résolus en ce qui les concerne, entre autres :

- la méthodologie,
- les stratégies de mise en œuvre,
- l'évaluation, l'éthique (coût vs qualité),
- l'autonomie du patient.

Quant à leurs attributs désirables on peut citer :

- la validité,
- la reproductibilité,
- l'applicabilité clinique,
- la flexibilité clinique,
- la clarté,
- le processus multidisciplinaire (compréhensibles pour les non-médicaux),
- la révision possible et prévue.

Tous ces attributs, à l'heure qu'il est, sont loin d'être atteints. De plus, les recommandations peuvent varier selon les organismes qui les produisent, car ces organismes ont des intérêts divers. D'où risque de contradictions. Il faut aussi penser que l'applicabilité varie selon le niveau où l'on se place, international, national, régional, local, voire individuel.

Bref, pour mesurer l'efficacité d'une pratique médicale, il faudrait pouvoir associer et équilibrer les caractéristiques du patient, l'efficacité du traitement, les connaissances reconnues dans le domaine, les événements imprévus et aléatoires. Ce n'est pas un exercice simple.

## *Evaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels de la santé*

### *- PATIENTS*

La question fondamentale qui se pose dans ce domaine est que les soignants et les patients ne se réfèrent pas au même concept de qualité de soins. En effet, la qualité pour le patient est un jugement qu'il se fait de son expérience, basée surtout sur ses attentes, influencée par des facteurs tiers tels que sexe, âge, comorbidités, état de santé (et non pas le degré d'amélioration de celui-ci), opinions d'autres personnes. Pour le soignant, du moins idéalement, le jugement se fait sur des faits concrets et sur base définie. Ces deux points de vue sont souvent inconciliables.

En plus, des problèmes méthodologiques se posent quant il s'agit de mesurer la satisfaction des patients. On peut citer :

*Problèmes sur les dimensions à tenir en compte :*

- Compétence technique
- Relations interpersonnelles
- Résultats sur l'état de santé
- Coûts
- Soutien religieux
- Respect des valeurs du patient, de ses préférences et besoins
- Coordination des soins
- Information et éducation
- Confort physique
- Implication de la famille et des proches
- Type de prise en charge (hospitalisation vs à domicile)
- Support psychologique
- Etc.

Les questions sur les valeurs peuvent être très importantes pour le patient, mais d'une moindre importance pour le soignant. L'ordre d'importance varie aussi d'un patient à l'autre.

*Problèmes sur la standardisation des mesures et des méthodes d'analyse*

Les réponses dépendent :

- de l'énoncé de la question
- du délai entre l'expérience et l'enquête

- de la capacité du patient de se prononcer (exemple : en gériatrie, pédiatrie, ce n'est pas toujours possible)

D'un point de vue global, la perspective médicale de la qualité des soins est différente de celle du patient, et les évaluations faites sur la satisfaction des patients ne reflètent pas le point de vue des professionnels médicaux.

- *PERSONNEL SOIGNANT*

Comme pour les patients, il n'y a pas de méthode spécifique d'évaluation de la satisfaction des professionnels pour le réseau de soins : Il n'y a ni méthode, ni questionnaire universels, mais plusieurs façons d'aborder l'étude de la satisfaction. En outre, les problèmes de divergences de points de vue entre professionnels et patients persistent aussi à ce niveau.

Aux Etats-Unis, l'outil largement diffusé de l'évaluation de la satisfaction des professionnels dans les réseaux connaît de nombreuses limites. Parmi elles, on peut citer :

- Manque de rigueur dans l'application
- Résultats difficilement comparables d'un réseau à l'autre, vu les modes de coordination différents
- L'utilisation des résultats pour des comparaisons historiques expose à de graves erreurs
- les instruments utilisés par l'enquête, les méthodes d'administration, la taille des échantillons, les ajustements sur les caractéristiques des clients, etc. ne sont pas comparables non plus

Malgré l'existence de l'outil, certaines questions restent sans réponse :

- à partir des données récoltées, que font les réseaux pour améliorer la qualité de soins ?
- que reflètent les pourcentages ? « 70% est-il bon ou mauvais ? »
- si les enquêtes sont menées par les réseaux eux-mêmes, qui surveille la précision et la qualité des publications des réseaux ?
- qui peut dire si les comparaisons ne sont publiées que quand elles sont avantageuses pour le promoteur (spécialement dans des systèmes libéraux) ?

Le tableau suivant dresse les avantages et inconvénients de ces outils standardisés de mesure de la satisfaction des acteurs qu'on retrouve le plus souvent aux Etats-Unis.

(d'après ANAES, voir bibliographie, p.104)

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coûts et construction d'utilisation moindres</li> <li>- Temps passé moindre dans la construction, et dans l'interprétation des données</li> <li>- Constitution d'une base de données, permettant des comparaisons, et l'analyse des tendances</li> <li>- Une qualité technique meilleure par confrontation, et par élimination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse faible, et donc précision faible</li> <li>- Peu d'adaptations possibles aux changements et aux évolutions du milieu (il faudrait dans ce cas réécrire les questions)</li> <li>- Le questionnaire est souvent trop long, car général. D'où des coûts administratifs, d'analyse augmentés, et plus de non-répondeurs</li> <li>- Les comparaisons souvent inapplicables</li> </ul>

--	--

### 3.3.2 Manques et points non résolus par ces différentes techniques analysées

#### *Compétences et masse critique pour une collaboration effective*

Dans un climat de confiance, nécessaire dans un bon fonctionnement en réseau, le problème de la communication réciproque des informations relatives au patient «partagé» se résout normalement de lui-même. L'anonymat apparaît ainsi incompatible avec la notion de réseau. Ce constat renvoie à l'ampleur du réseau. Il devrait y exister un nombre maximal de membres d'un réseau qui permet l'interconnaissance directe entre les personnes du réseau (toujours en tenant compte de l'aspect du secret professionnel). Ainsi, un processus qui viendrait s'intercaler entre divers professionnels peut être susceptible de gêner les relations en place et faire disparaître la confiance. A ce titre, le degré de centralisation du réseau est capable d'être contre-performant. Ce point semble être ignoré par les techniques que j'ai analysées : est-ce que les réseaux y apportent un réel contre-poids sur le plan institutionnel ?

#### *Coopération et partage de responsabilités*

La volonté affichée de coopérer ne peut éluder la question du partage de responsabilités. Celle-ci devrait être explicitement posée, et à termes, tranchée. Les évaluations ne montrent pas un consensus sur ce point. Il existe en effet, deux volets : en amont, le soin (coordination intramédicale), et en aval, la prise en charge sociale ou de réinsertion (coordination médico-sociale) pour lesquelles les solutions ne peuvent être identiques.

En outre, il faudrait donner une traduction concrète à la référence théorique de notion de « suivi partagé » : qui, dans un réseau, doit coordonner le suivi de tel patient ? Au niveau plus large : qui doit remplir le rôle pivot de coordinateur auprès du malade, de l'ensemble des actions pluridisciplinaires ?

Une autre question non résolue est celle de « la propriété du patient » dans le réseau. Si elle ne peut être surmontée, l'impression de captation du patient par l'un ou l'autre des partenaires peut empêcher tout travail en coopération et nier la notion même du réseau. Par exemple, la suspicion sur les compétences peut rendre inopérante toute possibilité de confier réellement à l'autre un patient. La solution serait peut-être d'établir un contact et de le pérenniser ? Mais là subsiste toujours le risque de coordination trop centralisée qui rendrait les professionnels anonymes les uns par rapport aux autres.

#### *Capacités d'innovation dues à la coopération*

Ici, on se demande dans quelle mesure le réseau a les capacités de déplacer les frontières professionnelles actuelles, de générer des comportements durables de coopération et de changer fondamentalement les conditions de pratiques quotidiennes des professionnels. Il s'agit de la question des raisons susceptibles de pousser les offreurs « individuels » de soins à coopérer spontanément au quotidien :

- pourquoi coopérer ?
- comment créer des structures qui encouragent la coopération davantage que la concurrence ?

Le premier point concerne le fait d'avoir recours à d'autres professionnels. Il est de fait résolu à cause de la transformation irréversible de la structure pathologique des populations des pays industrialisés. Cependant, à cause de la grande spécialisation des actes médicaux et de l'incertitude sur la qualité, les coûts de transaction peuvent être très élevés. Le travail en réseau, s'il respecte les caractéristiques qui génèrent la confiance (connaissance interpersonnelle et estime, relations durables dans le temps), peut permettre de réduire ces coûts. Cependant, ici la réflexion revient sur le nombre optimal des membres (ou possibilités de sous-réseaux ?) qui s'impose, et ceci concerne également le deuxième point.

### ***Difficultés relatives à la définition, à la quantification et au suivi des populations***

#### *Problèmes concernant les populations de patients et de professionnels*

Il est très difficile (voire même non souhaitable) dans une région donnée de repérer et de suivre toute une population pour observer leur devenir en termes d'accès aux structures et de qualité de soins, en fonction de la filière qu'ils suivent tout au long de leur maladie... Les évaluations que j'ai analysées ne tiennent pas compte de ce point.

De même, la population des professionnels est en constante évolution, on ne saurait pas connaître de façon précise la population des médecins, d'autres professionnels (par exemple des médecines parallèles) qui traitent les patients, hors de toute affiliation reconnue à un réseau déclaré, alors que peut-être certains d'entre eux sont très bien insérés dans un réseau informel performant.

Si un réseau acquiert de l'expérience et de la notoriété, le recours des patients informés peut varier. Les prestations demandées et fournies par le réseau peuvent en être modifiées aussi, afin de rendre compte et d'exprimer cette diversité sans la réduire à un dysfonctionnement. L'outil d'évaluation devrait prévoir cette dimension-là.

La distribution des patients entre différents membres des réseaux, la diversité des modes de fonctionnement des coordinations (tous les patients ne passent pas forcément par la coordination, ou par la même coordination), l'inexistence du dossier commun minimal entre les réseaux rendent illusoire la possibilité de concevoir et d'organiser une cohorte de patients utilisateurs de réseaux. Que prévoient les évaluations par rapport à ce point ?

De la même façon, un recueil systématique de tous les sortants serait compliqué à mettre en œuvre dans la mesure où les dossiers ne font pas l'objet d'un recueil informatisé systématique et exhaustif.

### ***La sélection des objectifs d'une évaluation d'un fonctionnement en réseau***

Dans une démarche de recherche d'efficacité, le principe d'une évaluation de réseau consisterait à mettre en évidence que certaines formes d'organisation sont plus pertinentes que d'autres. Il n'y a pas d'évidence empirique que la coordination est liée à l'efficacité du réseau. Les méthodes expérimentales, semi-expérimentales ou observationnelles permettraient de répondre à cette question. Mais elles sont très difficiles à mettre en œuvre, à cause des difficultés leur inhérentes (comportement des sujets suivis, transférabilité à d'autres lieux, problèmes éthiques...).

Les alternatives pourraient être, soit une évaluation de routine de pratiques mises en œuvre,

c'est-à-dire vérifier sur la population des patients identifiés comme suivis par le réseau, qu'un

certain nombre d'objectifs de qualité de soins sont bien remplis (exemple : % de tels patients bénéficient d'une telle prévention). Mais la file active des réseaux n'est en général pas connue exhaustivement, ni informatisée de manière centralisée, et les objectifs de qualité sont souvent mal définies comme on a pu le constater ci-dessus.

L'autre alternative serait une évaluation en référence à des normes d'organisation ou de qualité. Cette démarche impliquerait au préalable une définition commune de références ou de normes, ou un cahier de charges minimum, de préférence avant la mise en place du réseau. Mais il y a diversité de points de vue et des processus menant à une élaboration commune. De telles approches restent à concevoir.

### ***Prégnance des structures médicales et financières***

Dans un système de paiement à l'acte, il existe une rivalité quasi naturelle entre offreurs de soins substituables. La raison en est qu'il existe un risque de perte financière potentielle pour le médecin libéral qui doit avoir l'assurance que l'envoi à un confrère ou dans un service hospitalier ne se traduira pas par le détournement ou la perte du patient, source quasi exclusive du revenu. Or, tant que le réseau reste opaque au patient et qu'il n'est pas constitué formellement comme un nouvel offreur de soins, il ne peut pas émerger de demande directe de patient envers lui sauf si une association s'en fait par exemple la porte-parole.

Ainsi, le paiement à l'acte lui-même paraît constituer une limitation structurelle à la réussite d'une négociation de partage des tâches au sein d'un réseau. La mise en réseau devrait avoir ainsi pour chacun des membres une traduction financière tangible qui constituerait une véritable incitation à concevoir et à maintenir une coopération efficace. Pourquoi ne pas envisager d'autres formes de rémunération du travail médical libéral en réseau ? Ceci me semble être un point essentiel que les évaluations devraient prendre en considération.

Il est évident que les seules qualités endogènes d'un réseau (confiance, échange de connaissances ...), mêmes formalisées, reconnues et soutenues par les pouvoirs publics, ne sauraient suffire à contrebalancer durablement la prégnance de contraintes structurelles exogènes qui demeurent inchangées (modes de financement, hiérarchie professionnelle, prééminence du curatif...), et dont dérivent largement les dysfonctionnements du système de soins auxquels la mise en réseau est censée remédier.

Le risque est donc qu'il se reproduise au sein même du réseau de soins, la plupart des défauts du système médical qu'il se donnait comme objectif de surmonter durablement. Ce constat confirme en quelque sorte la priorité des acteurs sur les structures et les procédures. Il faut veiller à ce que le réseau, considéré à la fois comme une manifestation du changement et un moyen de changement, ne reste pas qu'une illusion que chacun voudrait bien entretenir. Toutes les évaluations devraient sans aucun doute mettre en relief ce point important.

### ***Finalité des réseaux de soins : s'inscrire dans le temps***

On peut aussi se demander si les réseaux pourront perdurer au delà de l'enthousiasme des premiers temps. Il leur faudra une phase d'inscription dans la durée, dont l'enjeu majeur sera d'affronter les écarts qui se

réinscrivent insidieusement dans leur fonctionnement entre théorie et action, dont seule la réduction permettra de justifier et de valider empiriquement la performance. Alors seulement les réseaux pourront dépasser la formalisation de stratégies de coopération individuelle et ambitionner de prendre une place significative dans le lent processus évolutif du système de soins. Les évaluations que j'ai analysées ne laissent pas envisager un tel acquis. Ce serait là peut-être un champ d'investigation.

Ici on peut mentionner la question du potentiel de développement d'un réseau: il s'agit de sa capacité à concevoir des stratégies à long terme, tout en laissant au patient sa liberté de choix. Un bon réseau devrait être capable de se projeter dans l'avenir, c'est-à-dire avoir des capacités de développer ses compétences dans un processus cumulatif. Exemple : prévoir un espace pour le développement de sous-réseaux. Ce point pourrait également constituer un champ d'investigation des évaluations des réseaux. Il est clair que le fossé reste grand entre ce que permettent d'évaluer les techniques disponibles et ce qui devrait être idéalement investigué dans un réseau de soins.

## 4. CONCLUSION : SYNTHÈSE ET PROPOSITIONS

### *Une technique « idéale »...*

La fin de mon travail m'amènera à rechercher, en me référant aux différentes techniques d'évaluation que j'ai analysées, ce qui pourrait constituer une technique « idéale », et ensuite un réseau de soins convenable. Il est évident, comme on a pu le constater, qu'aucune technique ne peut prétendre être capable d'évaluer tous les réseaux existants. Ce n'est même pas cela le but recherché : en effet, les réseaux évoluent à l'intérieur de leur contexte, et cela en conformité aux différents systèmes de santé qui les ont vus émerger. Ceci nous pousse à imaginer qu'une technique idéale devrait être en même temps souple et stable, c'est-à-dire qu'elle devrait pouvoir s'adapter aux différentes évolutions du réseau tout en servant de cadre et de référence pour une évaluation fiable. Plus une technique est générale, moins elle est pertinente une fois mise en application. Une solution à cela serait par exemple de concevoir une technique à plusieurs parties, certaines d'entre elles fonctionnant partout, dans tous les réseaux (ex. indicateurs de culture commune, de ressources humaines, de pilotage...), d'autres étant plus flexibles et s'adaptant à l'organisation spécifique du réseau (gamme de soins à prodiguer, importance de médecins généralistes,...).

Dans ce sens, différentes techniques que j'ai présentées pourraient se compléter, sans pour autant se confondre, et s'éclairer les unes par rapport aux autres. On peut également recourir à certains outils qui relèvent du domaine des entreprises, et qui ont par ailleurs déjà alimenté certains instruments analysés ici. Il y a aussi la possibilité d'envisager la conception de toutes nouvelles techniques. Comme on peut le remarquer, il n'existe pas de technique miracle, ce domaine récent reste réceptif à de nouvelles propositions, et c'est cela le but même de ce travail.

### *Un réseau « idéal »...*

Quant au réseau « idéal », il devrait aussi répondre à un certain nombre d'exigences, entre autres :

- Développer un système d'information cohérent, si possible avec de grandes bases de données et une fonction de communication
- Développer des référentiels et éclaircir les objectifs
- Les professionnels devraient procéder de temps en temps à un audit clinique
- Disposer d'une charte de droits et de devoirs
- Disposer d'un cadre de formation de ses employés
- De préférence disposer d'un financement de la coordination

- Disposer d'une fonction de réflexion stratégique sur les développements du réseau, ses orientations dans l'avenir, sa relation avec les institutions environnantes, la recherche de financement de ses actions
- Développer et valider les instruments de mesure de la qualité de soins, ainsi que des recommandations de pratique
- Disposer d'une fonction d'évaluation
- Chercher une certaine stabilisation avec une extension et une logistique suffisantes pour que l'évaluation puisse s'y mener
- Disposer d'un certain nombre de potentialités de développement afin de pouvoir envisager son avenir
- Une équipe de pilotage du réseau facilite l'accomplissement de toutes ces tâches

Il est important, pour pouvoir survivre comme tel, qu'un réseau recherche à se placer entre deux positions qui, au départ, semblent contradictoires :

- d'un côté rechercher des structures organisées, et de taille significative
- de l'autre développer des structures respectueuses de tous les enjeux psychosociaux, qui sont en fait d'une importance primordiale, c'est-à-dire le respect maximal de l'autonomie de chacun.

***Bref...***

Il me semble que la structure organisationnelle qui régit la mise en œuvre du management de la qualité vaut aussi pour la mise en œuvre d'un vrai fonctionnement en réseau<sup>1</sup>.

Ce tableau concerne les processus d'explicitation du fonctionnement en réseau, nécessaires à l'acquisition de nouvelles connaissances et donc à l'actualisation du potentiel du réseau, comme on l'a vu au chapitre précédent.

Maîtrise du fonctionnement en réseau : Obtenir la qualité du réseau	Assurance du fonctionnement en réseau : Obtenir le fonctionnement en réseau
--	--

---

<sup>1</sup> (D'après: « *Le manuel qualité Outil stratégique d'une démarche qualité* », AFNOR 1994 ; repris par Wasserfallen J.B., « Introduction à la pratique médicale », cours en DEAS, hiver 1998)

0. prévoir ce qui doit être fait (besoins des clients, objectifs) 1. prévoir comment le faire 2. Ecrire ce qui a été prévu 3. Faire ce qui a été écrit 4. Vérifier ce qui a été fait (auto-évaluation) 5. Corriger les non-conformités Conformité du produit	6. conserver la trace des actions pour démontrer que l'on a respecté les points 0,1,2,3,4, et 5 7. vérifier par des audits interne et/ou externe que le réseau est conforme aux exigences spécifiées  confiance en la conformité :certification
--	--

**Satisfaction des utilisateurs**

L'importance de l'évaluation est de permettre à des professionnels trop impliqués dans le quotidien de prendre du recul par rapport à leurs pratiques. Les résultats de l'évaluation servent comme un regard extérieur, ou nouveau, qui est absolument indispensable pour avancer.

Il est évident que la disponibilité d'une technique adéquate d'évaluation du réseau permet la rapidité de l'évolution de celui-ci, à partir du moment où il l'applique. En effet, c'est cette évaluation qui fait réfléchir à cette évolution, à l'efficacité du réseau pour les professionnels, les usagers, et le système de santé en général, et qui permet de faire régulièrement le point et de proposer des améliorations.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANAES, Principes d'évaluation des réseaux de santé, éd. Anaes, Paris, août 1999
- APEQ, « Réseaux de soins : Rapport comparatif portant sur divers instruments de pilotage et (d'auto-)évaluation », juin 2000 (inédit)
- Bungener M., Poisson-Salomom A .S., Travailler et soigner en réseau, Ed. de l'INSERM, 1998
- Devers K.J., Shortell S.M., Gillies R .R., et.al. « Implementing organized Delivery Systems : an integration scorecard », **Health Care Management Review**, 1994, no. 19(3), p.7-20
- Durand J.P., « L'évaluation des réseaux par l'ANAES : la règle des 5-6-3 », **Filières et Réseaux**, numéro double 29 2t 30, août/sept.1999, p.5
- Duriez M., « Organisation des soins : les exemples étrangers », **a.d.s.p.**, sept.1998, p.41-44
- Duriez M., « Réseaux de santé et filières de soins : le patient au centre des préoccupations, **a.d.s.p.**, no 24, sept. 1998, p.12
- Etat de Vaud, Service de la santé publique : Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS), « Cahier des charges en vue de la négociation d'un contrat de prestations », 1<sup>ère</sup> éd., nov. 1998
- Etat de Vaud, Service de la santé publique : Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS), « Comment créer un réseau de soins NOPS », 1<sup>ère</sup> étape, juin 1998
- Etat de Vaud, Servie de la santé publique : Nouvelles orientations de politique sanitaire (NOPS) « Construire les réseaux de soins, priorités et objectifs pour la phase de transition », 1<sup>ère</sup> éd., nov. 1998
- Etter J.F., et al. , « Introducing managed care in Switzerland : impact on use of health services », **Public Health**, nov. 1997, 111 :6, p.417-422

- Frossard M., Boitard A., « Evaluation des réseaux gérontologiques : Essai d'analyse économique des conventions », **Health and System Science**, vol.2, no.1-2/1998, p. 163-184
  
- Frossard M., Godet N., « Evaluation socio-économique des réseaux :enjeux politiques et méthodologiques » **Actes de la 7<sup>ème</sup> Conférence Internationale sur la Science des Systèmes dans le Domaine des Services Socio-sanitaires pour les personnes âgées et les Handicapés**, juin 1999, p. 127-131
  
- Grémy F., « Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination du système de soins », **Gestions Hospitalières**, juin-juillet 1997, p.433-438
  
- Grémy F., « Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés », **a.d.s.p.**, no.24, sept. 1998, p. 26-29
  
- Hassenteufel P., « Politiques comparés des systèmes de santé », cours en DEAS, I.E.M.S., Lausanne, été 2000
  
- Huard P., « Economie de la santé B : les réseaux de soins », cours en DEAS, IEMS, Lausanne, été 2000
  
- Larcher P., « Les enseignements des réseaux existant », **a.d.s.p.**, no.24, sept. 1998, p.21-26
  
- Light D.W., « from managed competition to managed cooperation : theory and lessons from the British experience », *The Milbank Quarterly*, 1997, 75 :3, p.297-341
  
- Marrel P., « Désir de réseau, réseau de désirs », **a.d.s.p.**, no. 24, sept. 1998, p.47-49
  
- National Chronic Care Consortium, « Section 1 : background overheads », **SASI**, Bloomington (MN), 1995
  
- National Chronic Care Consortium, « Section 1 : guidelines and indicators », **SASI**, Bloomington (MN), 1995

- National Chronic Care Consortium, « Users's guide : Self Assessment for Systems Integration Tool SASI », **SASI** ,Bloomington (MN), 1995
- Poli V., Synoptique d'évaluation des réseaux de santé, mémoire de DEA, Université Aix-Marseille II, année universitaire 1998/99
- Shortell S.M., Gillies R.R., Anderson D.A., « The new world of Managed Care : creating organized delivery systems », **Health Affairs**, Winter 1994, p. 46-64
- Wait S., « Filières, réseau : les dix questions préalables », **Filières et réseaux**, doc. cours sur R.S, été 2000
- Wasserfallen J.B., « Introduction à la pratique médicale », cours en DEAS, IEMS, Lausanne, hiver 1998
- Williams G., et al., « paradoxes of GP fundholding : contracting for community health services in the British National Health Service », **Social Science and Medicine**, 1997, 45 :11, p. 1671-1677
- [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) (site internet de la JCAHO)



## **ANNEXES**





