

## ANNEXE 1

### EVALUATION DES RESEAUX DE SANTE ORIENTATIONS NATIONALES

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

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

## INTRODUCTION

### I CHOIX DE L'EVALUATEUR

I-1 : L'EVALUATEUR LUI-MEME

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

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

II.1 : PRE REQUIS

II. 2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE

### III LES CHAMPS DE L'EVALUATION EXTERNE

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

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

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

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

### IV LES IMPLICATIONS DE L'EVALUATION EXTERNE

IV-1 : POUR LE RESEAU EVALUE

IV-2 : POUR LA POLITIQUE DES RESEAUX EN GENERAL

## INTRODUCTION :

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

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

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

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

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

5° *les coûts afférents au réseau ;*

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

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

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

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

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

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

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

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

## **I CHOIX DE L'EVALUATEUR :**

### **I-1 : L'EVALUATEUR LUI-MEME**

#### **I-1.1 : Evaluateur interne :**

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

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

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

### I-1.2. : Evaluateur externe :

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

Au minimum l'équipe comportera :

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

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

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

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

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

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

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

### II 1. : PRE REQUIS

*Evaluation interne :*

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

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

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

### *Evaluation externe:*

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

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

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

## II-2 : METHODOLOGIE DE L'EVALUATION EXTERNE :

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

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

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

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

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

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

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

- *La publication :*

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

- *La sélection :*

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

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

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

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

### II-2.3. : Le travail des évaluateurs

L'évaluation est réalisée :

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

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

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

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

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

### **III LES CHAMPS DE L'EVALUATION EXTERNE :**

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

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

##### III-1.1 : Le fonctionnement du réseau :

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

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

Cette première partie de l'évaluation reposera notamment sur :

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

### III-1.2 : Le réseau dans son environnement :

Il s'agit ici d'analyser :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette première partie de l'évaluation reposera notamment sur :

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

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

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

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

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

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

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

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

#### III-4.1 : Principes

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

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

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

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

#### III-4.2 : Le mesure des coûts

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

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

Deux types de coûts doivent être appréciés :

- les coûts de fonctionnement :

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

- les coûts dérogatoires :

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

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

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

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

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

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



#### IV : LES IMPLICATIONS DE L'EVALUATION EXTERNE :

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

##### IV-1 : Pour le réseau évalué :

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

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

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

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

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

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

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

**SYNTHESE DES EVALUATIONS DES RESEAUX PAR REGION**

Région :

Date :

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

*A - satisfait aux exigences de l'évaluation*

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

*C - satisfait partiellement aux exigences de l'évaluation*

*D - ne satisfait pas aux exigences de l'évaluation*

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

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

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

**Région :**

**Date :**

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

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

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

Région :

Date :

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