L'évaluation du réseau en santé

Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques

The evaluation of health networks: from practical difficulties to methodological solutions

Anne Buttard

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1666>

DOI : 10.4000/pmp.1666

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2008

Pagination : 87-110

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Anne Buttard, « L'évaluation du réseau en santé », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/4 | 2008, mis en ligne le 25 octobre 2011, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1666> ; DOI : 10.4000/pmp.1666

L'ÉVALUATION DU RESEAU EN SANTÉ

Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques

Anne BUTTARD¹

Résumé

L'évaluation des réseaux de santé est une condition (nécessaire bien que non suffisante) de leur pilotage pertinent, par les Agences Régionales de Santé. Dans un premier temps, nous partons d'un constat critique qui cible, entre autres, le cloisonnement récurrent du système de soins français, pour repenser, dans un second temps, les modalités de cette évaluation. La mise en évidence d'une dualité normative de l'évaluation, outil de réduction de l'asymétrie informationnelle et support de délibération entre acteurs, débouche sur la proposition d'outils susceptibles de concrétiser ces propriétés théoriques. Nous envisageons ainsi un instrument de suivi de l'activité transversale des réseaux construit par épisodes de soins, complété par une évaluation de la qualité, qui empruntent simultanément à la Théorie des Contrats et à l'Economie des Conventions.

Mots-clefs

Réseau, santé, évaluation, incitation, délibération.

Abstract

Evaluation constitutes one of the key conditions to be accomplished by the upcoming Agences Régionales de Santé in order to assure efficient government of health networks. From a critical point of view we first consider the recent development of French networks, hindered by the persistent segmentation of the health care system. Secondly, we redefine the modalities of network evaluation. We underscore the normative duality of evaluation, which constitutes a mean to reduce information asymmetries but which is also a medium through which agents can deliberate. We propose concrete tools to take shape to those theoretical properties. We particularly consider a "transverse-information system" built from the definition of episodes of care, in association with current quality assessment procedures, from the Contracts Theory then the Economics of Conventions perspectives.

Key words

Health, networks, evaluation, incentive, deliberation.

¹ GRAPHOS – Jeune Equipe 2545

IFROSS/GRAPHOS – Université Lyon 3 - 18 rue Chevreul – 69362 LYON Cedex 07

a.buttard@voila.fr

Revue POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC, Volume 27, n° 4, décembre 2008.

© Institut de Management Public – 2008.

Introduction

Les réseaux en santé mettent en relation des acteurs isolés pour offrir des prises en charge globales concourant tant à l'efficacité, à la qualité, qu'à l'équité des soins. Une recomposition en réseaux aboutie requiert toutefois une transformation profonde du système de santé. La mise en place d'Agences Régionales de Santé (ARS) regroupant l'ensemble des compétences nécessaires à la gestion des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social constitue une évolution majeure. Toutefois, les difficultés rencontrées par les réseaux ne sauront être dépassées si les instruments et les modalités d'un pilotage régional amendé de ces organisations transversales n'accompagnent pas l'institution des ARS. Nous nous penchons plus particulièrement sur la question de l'évaluation des réseaux, élément incontournable d'une gouvernance pertinente mais qui se heurte à la diversité et à la souplesse de ces organisations, en évolution constante.

Dans un premier temps, nous analysons la longue phase d'émergence des réseaux afin de préciser leur définition tout en soulignant leur diversité, en partie imputable aux limites de leur mise en œuvre en France. Dans un second temps, nous étudions les modalités d'une évaluation repensée des réseaux. Nous considérons l'apport d'un outil de suivi de l'activité médicale regroupée par épisodes de soins, en tant que facteur de réduction de l'asymétrie informationnelle pour la Théorie de l'Agence, en tant que support de délibération au sens de l'Economie des Conventions.

**La difficile
montée en
généralité du
« réseau
santé »**

Si pour d'aucuns, l'« avènement » du réseau concerne prioritairement les marchés très concurrentiels (C. MENARD [1]), des organisations réticulaires se développent aussi sur les marchés administrés. De la sorte, la majorité des systèmes de santé occidentaux est concernée par la mise en œuvre de réseaux. Les réformes entreprises diffèrent toutefois selon leur ampleur, leur finalité et la forme octroyée à ces organisations. Ainsi, de nombreux pays se sont orientés vers une recomposition en réseaux globale de leur système de santé, confiant leur gestion tantôt à des assureurs sur le modèle du *managed care* américain (S. MORIN *et al.* [2]), tantôt à des prestataires de soins à l'instar des *Primary care Trusts* anglais (A. MASON et P.C. SMITH [3]). Le réseau est alors conçu comme le support d'une mise en concurrence renforcée des prestataires de soins (et des assureurs aux Etats-Unis) et d'une organisation plus rationnelle du système. La France a choisi une voie différente, privilégiant l'émergence d'une multitude de réseaux thématiques. Ces réseaux complètent ponctuellement les structures de soins existantes en offrant des prises en charge spécifiques, globales et pluridisciplinaires, requérant une coopération étroite des soignants. Le fonctionnement efficace de ces réseaux est fondé sur la confiance et la convention, si bien qu'ils impliquent des relations différentes entre les prestataires de soins, de coopération plutôt que de concurrence. Dans le cadre de cet article, nous étudierons les conditions de l'évaluation des réseaux thématiques français, dont il importe au préalable de préciser la nature et la portée.

Une longue phase d'émergence

Le réseau en santé est une réalité ancienne mais qui longtemps, est demeurée marginale. La reconnaissance tardive de ces expériences de terrain par le législateur a fortement influencé leur développement. Parce que l'histoire du réseau éclaire sa réalité actuelle, nous revenons sur l'affirmation lente et hésitante de ce mode de coordination dans le système de santé français.

a. L'apparition sporadique des premiers réseaux

Les réseaux sont d'abord des expériences de terrain, menées par des hommes inquiets de la prise en charge inadéquate de certains malades. Institués par une administration locale ou indépendamment entrepris par des soignants, ils possèdent un caractère informel, marginal.

Les premiers réseaux précèdent de beaucoup les années 1980, qui ont vu ce type d'organisation se multiplier. F. SALAÜN [4] mentionne en ce sens les tentatives parisiennes de restructuration hospitalière qui dès 1801, créent des liens entre établissements. A la fin du XIX^{ème} siècle, des réseaux sont mis en place pour lutter contre des fléaux sociaux comme la silicose ou la tuberculose. Le réseau est alors un dispositif marginal et éphémère, qui disparaît avec l'annihilation du danger. Ainsi, les réseaux tuberculose sont démantelés suite à la découverte de la streptomycine en 1946. Des expériences similaires s'ensuivent. Les « réseaux sanitaires spécialisés » sont créés par des administrations locales, les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), pour répondre aux lacunes observées en matière de prévention par des prises en charge globales allant du dépistage à la réinsertion des patients. Le développement de ces structures s'avère cependant très limité, dans le temps notamment, en raison de la faiblesse des moyens qui leur sont dédiés.

Le réel essor des réseaux est plus tardif. A partir de 1983, l'épidémie du SIDA marque la naissance des réseaux « militants », qui se multiplient rapidement et se démarquent des expériences antérieures. D'une part, ce sont des structures souples et légères, dont les objectifs évoluent en fonction des besoins (P. LARCHER et P. POLOMENI [5]). D'autre part, ces réseaux sont spontanément créés par des associations de malades ou par des praticiens pragmatiques, qui profitent de zones de liberté laissées par le législateur pour résoudre les défaillances du système. D'autres réseaux sont créés simultanément ou suite aux réseaux SIDA. La gériatrie, par exemple, concentre dès les années 1980 un grand nombre d'expériences de réseau (P. BONAFINI [6]). L'objectif consiste à retarder au maximum l'hospitalisation, souvent définitive, des personnes âgées. L'apport de ce type de réseau est donc essentiel au plan de la qualité de vie du patient comme à celui des dépenses de santé.

**Encadré n° 1 - Comprendre l'exercice en réseau :
l'expérience du réseau *Naître et Bien Être* dans la Loire**

Le réseau *Naître et Bien Être* réalise depuis 2004 des prises en charge ainsi que des actions de prévention et de coordination pour lutter contre les dysfonctionnements parentaux et leurs conséquences dans le sud du département de la Loire. Plus précisément, le réseau, qui accueille entre 270 et 280 familles par an, assure un dépistage auprès des familles à risque, un suivi médical et psychologique ou psychiatrique des parents avant la naissance puis de l'enfant par la suite, et diverses actions de formation, d'information et de coordination auprès des professionnels (réunions, tenue d'un dossier centralisé par patient, recueil des signalements, supervision du suivi coordonné, etc.). Le réseau, composé de deux psychothérapeutes, d'un cadre infirmier et d'une secrétaire, apparaît très bien intégré dans le paysage sanitaire local. Ainsi, la grande majorité (78 %) des familles accueillies bénéficie d'interventions coordonnées impliquant des prestataires issus des secteurs hospitalier et ambulatoire. Le réseau permet une prise en charge précoce et un suivi global, pluridisciplinaire des personnes. Ses récentes évaluations démontrent son apport, tant au plan de l'équité ou de la qualité des soins, qu'à celui des dépenses. Les enquêtes de satisfaction menées auprès des bénéficiaires d'une part, des professionnels de santé d'autre part, témoignent de l'excellente appréciation du réseau, qui apparaît désormais comme un partenaire incontournable pour ce type de prise en charge dans la région. Enfin, le coût moyen des actes réalisés au sein du réseau *Naître et Bien Être* se révèle plus de dix fois moins élevé que toute autre intervention institutionnelle.

Les réseaux se sont développés à partir de problématiques concrètes. Leur essor est imputable aux défaillances d'un système de santé cloisonné, face au besoin d'un traitement global de certains malades. Si les réseaux se multiplient à partir de 1983, on ne peut cependant pas parler de généralisation à l'égard de ces expériences isolées, consacrées à problème spécifique qui, seul, justifie leur existence.

b. Une reconnaissance légale tardive

Dans un premier temps, l'Etat conforte la réalité morcelée des réseaux en reconnaissant au coup par coup, par la voie réglementaire, les organisations existantes. Ainsi, la période qui va de 1991 à 1996 constitue le passage de la tolérance à la reconnaissance prudente, par l'Etat, d'une pratique de fait. La circulaire Durieux du 4 juin 1991 mentionne l'existence de réseaux ville-hôpital prenant en charge des personnes atteintes d'infection à VIH. Cette impulsion est déterminante (M. GADREAU et F. PELISSIER [7]). De nombreux textes se succèdent alors, qui officialisent l'existence des réseaux dans différents domaines : la précarité (1993), la toxicomanie (1994), l'hépatite C (1995), l'alcoolisme (1996), le cancer (1998)... Cependant, une telle

superposition de dispositifs offre une vision contrastée des réseaux, allant à l'encontre d'une systématisation de ce mode organisationnel dans le système de santé français. Une étape décisive est franchie avec les ordonnances Juppé du 24 avril 1996. Dans les faits, cette première légalisation favorise l'essor des réseaux malgré leur mention duale par deux ordonnances, deux Codes juridiques distincts.

Les « réseaux de soins », encadrés par l'ordonnance 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, sont centrés sur les établissements, même s'ils permettent des liens avec la médecine de ville. Les « réseaux expérimentaux », introduits par l'ordonnance 96-345 portant sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, participent d'un processus d'innovation financière ou organisationnelle et comportent un caractère dérogatoire car ils permettent de se soustraire aux règles de tarification de l'Assurance Maladie. Au-delà de ces principes constitutifs différents, il est difficile de distinguer ces deux types de réseaux. La frontière est entretenue par un mode de fonctionnement et des enveloppes de financement distincts. Cette partition, contraire au caractère transversal du réseau, est principalement étayée par des arguments d'ordre statutaire : les réseaux expérimentaux sont plutôt le fait de la médecine de ville, les autres étant centrés sur l'hôpital (M. GADREAU [8]).

Malgré leur effet structurant, les ordonnances de 1996 segmentent plus encore les réseaux, qu'elles omettent de définir (S. CHARVET-PROTAT et L. CASTRA [9]). La loi du 4 mars 2002 apporte l'harmonisation attendue en regroupant au sein d'une même désignation l'ensemble des « réseaux de santé ». Le réseau devient pleinement une structure transversale et n'est plus envisagé selon le statut des producteurs de soins qui le composent. Cette transversalité est d'autant plus affirmée, que le réseau de santé dépasse la séparation entre curatif et préventif d'une part, médical et médico-social d'autre part. Cette dénomination unique s'accompagne d'une enveloppe de financement spécifique¹ qui implique une formalisation accrue des modalités d'émergence puis de fonctionnement des réseaux. Cependant, leur définition n'est toujours pas précisée par le législateur, ce qui encourage l'hétérogénéité des organisations existantes et questionne le devenir de la réforme.

Le bilan des textes de loi encadrant le réseau en santé peut paraître négatif : ils « obscurcissent » ce concept, ajoutant à sa nature intrinsèquement complexe et délicate à cerner. Sa très grande souplesse est un atout qui permet au réseau de s'adapter aux besoins de santé locaux, mais constitue simultanément un facteur de diversité pour ces organisations, dont l'essor s'apparente à une addition d'expériences

¹ La Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 24 décembre 2001 crée la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR), prélevée sur l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) puis répartie en région. Depuis 2007, le Fond d'Intervention pour la Qualité et la coordination des soins (FIQCS) remplace la DNDR, qu'il regroupe avec le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV, géré par l'AM et qui permettait notamment de poursuivre le financement des réseaux expérimentaux).

disparates plus qu'à une montée en généralité. En voulant encadrer *ex post* le développement des réseaux, l'Etat s'est heurté à un écueil de taille : comment définir une réalité par essence flexible, contextuelle et protéiforme ? (J.P. CLAVERANNE et C. PASCAL [10]). Le législateur a opté pour un encadrement souple mais ambigu. Au-delà des problèmes de définition évoqués, nous soulignerons les défauts d'évaluation et de pilotage qui en résultent.

Une mise en œuvre limitée

Le réseau déçoit ses protagonistes parmi les plus enthousiastes et se voit officiellement remis en cause (IGAS [11]). Nous ne contestons nullement le bien-fondé du réseau en santé mais soulignons les limites de sa mise en œuvre, qui tiennent essentiellement à l'indécision des pouvoirs publics et au cloisonnement récurrent du système de soins français.

a. Une orientation à préciser

Le réseau peut être envisagé comme « *une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné* » ; il est transversal aux institutions existantes et repose sur la coopération volontaire de ses acteurs (ANAES [12, p. 22]). Cette définition bien large témoigne de la difficulté de circonscrire le réseau sans paraître réducteur, au regard de la richesse de ses réalisations. Une autre façon d'harmoniser les dispositifs existants en vue de leur pilotage efficace, consiste à préciser leur finalité. Cependant, sur ce point également, l'orientation donnée par le législateur demeure par trop imprécise.

Au sein du système de santé français coexiste une grande variété de réseaux qui diffèrent selon leur logique organisationnelle, leur objet (réseau monopathologique, territorial, populationnel) ou le statut de leurs acteurs (S. BEJEAN et M. GADREAU [13]).

Certes, le législateur précise que tout réseau, pour obtenir un financement, doit contribuer à améliorer la qualité, l'efficacité et l'équité dans l'accès aux soins de la population. Cependant, ces objectifs sont si vagues qu'ils pourraient être adressés à tout prestataire en santé. De plus, ils n'ont pas été hiérarchisés et sont de ce fait cohérents avec des orientations bien différentes du réseau, selon que l'efficacité économique ou l'équité sont privilégiées. Ce défaut de clarté quant à la place du réseau dans le système de santé nuit à son évaluation. Comment, en effet, définir un cadre d'évaluation commun à tout réseau quand on ne sait quels objectifs celui-ci doit poursuivre ? A défaut d'une orientation générale claire, les acteurs locaux des réseaux ont précisé en fonction de contraintes situationnelles spécifiques les « objectifs secondaires » attribués à chaque organisation. Le réseau est, plus qu'aucune autre forme organisationnelle, souple et conditionné par un contexte particulier (M.O. FRATTINI et J.C. MINO [14]). Il est aussi largement tributaire de ses acteurs : le réseau est modelé par la dynamique relationnelle entre

ses acteurs et par d'éventuels partenariats antérieurs qui favorisent la confiance, le partage de l'information et la pérennité de l'organisation (R. GULATI [15]). La présence d'individus « moteurs », l'implication de la tutelle, sont en outre déterminants. Cela explique la diffusion inégale du réseau dans le système de santé français : si chacune des vingt-six régions françaises est concernée par la mise en œuvre d'au moins un réseau, seules cinq d'entre elles concentrent le tiers des structures financées au titre du FIQCS (CNAM, Ministère de la Santé [16])¹.

Au fur et à mesure de leur développement, et tout particulièrement depuis l'instauration des Missions Régionales de Santé qui décident de l'attribution des fonds prélevés sur le FIQCS, les réseaux se sont cependant concentrés sur des thématiques spécifiques, cohérentes avec les priorités de santé publiques définies au niveau national, puis déclinées au niveau régional. Aujourd'hui, la plupart des régions comptent au moins un réseau en cancérologie, diabétologie, addictologie, gériatrie, soins palliatifs et périnatalité. Ainsi assiste-t-on *de facto* à l'esquisse d'une harmonisation des réseaux de santé, sans toutefois que leur orientation globale n'ait été formellement précisée.

b. Un fonctionnement éclaté

Le réseau se heurte au cloisonnement récurrent du système de santé, qui isole la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Il ne parvient pas, si ce n'est ponctuellement, à dépasser ce cloisonnement, ce qui compromet son fonctionnement efficace.

Le caractère éclaté du fonctionnement des réseaux se manifeste tout particulièrement au travers de leur financement.

Le financement du système de santé est réparti en enveloppes non fongibles, gérées selon des règles bien différentes et affectées à la médecine de ville, aux établissements de santé, aux structures médico-sociales ou aux réseaux². Ainsi, la Tarification à l'Activité (T2A) est appliquée depuis 2004³ à des établissements publics et privés de plus en plus contraints au niveau de leurs coûts. La médecine de ville bénéficie d'un financement moins contraignant : les prestations sont remboursées *ex post* selon le principe du paiement à l'acte (C. PEREIRA [17]). De telles différences affectent la cohésion des réseaux. Le maintien du paiement à l'acte, inflationniste (M. GRIGNON *et al.* [18]) mais défendu par des professionnels de terrain qui l'associent à la médecine libérale, nuit tout particulièrement au bon fonctionnement des réseaux. Chaque acteur est incité à accroître son revenu et son activité propres plutôt qu'à coopérer avec d'autres prestataires de soins. En outre, les actions de coordination, de suivi ou encore d'éducation à la santé, privilégiées par

¹ Il s'agit de l'Île de France, de la Bourgogne, de la PACA, de la Bretagne et de la région Rhône Alpes.

² Plus précisément, l'ONDAM est décomposé en six objectifs : ONDAM soins de ville, ONDAM hospitalier lui-même scindé en deux enveloppes (T2A et autres dépenses relatives aux établissements), ONDAM médico-social relatif d'une part aux personnes âgées et d'autre part aux personnes handicapées, et dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.

³ Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003.

l'exercice en réseau, sont mal rémunérées par ce type de tarification (en dépit des forfaits qui leur sont désormais dédiés).

Par ailleurs, la « cinquième enveloppe », affectée aux réseaux par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale¹, est insuffisante, même si elle a beaucoup augmenté depuis sa création en 2002. Elle a vocation à ne couvrir que les coûts organisationnels et les investissements nécessaires à la mise en œuvre de ces organisations. EN 2007, 133 millions d'euros ont ainsi été versés aux 667 « réseaux de santé » financés par le FIQCS, ce qui représente un financement moyen de 200 000 € par réseau (CNAM, Ministère de la Santé [16]². Certes, le FIQCS doit permettre de pérenniser les réseaux (M.J. BAUMONT et P. ROUTHIER [19]), mais il est précisé que ces derniers devront trouver des fonds relais. Les réseaux dépendent alors de sources de financement plurielles, versées notamment par les collectivités territoriales, mais limitées dans le temps et différentes selon les organisations.

c. Une évaluation insatisfaisante

L'institutionnalisation des réseaux, en 1996 puis en 2002, coïncide avec une redéfinition de l'intervention de l'Etat en santé, en faveur d'un « *new public management* » (C. HOOD [20], P. DUNLEAVY et C. HOOD [21]) qui repose notamment sur une évaluation affinée des prestataires. En conséquence, les acteurs des réseaux ont dû satisfaire à une exigence d'évaluation renforcée, relativement à ce qui leur était alors demandé par ailleurs. Or, l'évaluation des réseaux est rendue difficile par la complexité et l'hétérogénéité d'organisations transversales qui se développent sur un secteur marqué par une information segmentée et par une « culture » de l'évaluation encore récente.

L'évaluation des réseaux constitue une obligation réglementaire (circulaire du 19 décembre 2002), mentionnée par le législateur comme un moyen indispensable d'assurer la qualité du service produit. Deux démarches sont distinguées : une évaluation externe réalisée tous les trois ans et une auto-évaluation annuelle.

La réflexion sur l'évaluation des réseaux remonte aux travaux de l'ANAES [12 ; 22] et du groupe CREDES-IMAGE [23 ; 24], qui formulent des principes méthodologiques généraux fixant un cadre et des objectifs communs. Dans un second temps, des « guides » d'évaluation ont été élaborés, au niveau national par l'ANAES [25] et en région. Ces outils, proposés plutôt qu'imposés aux acteurs de terrain, restent imprécis. Ils concernent surtout l'auto-évaluation et visent à soutenir les professionnels dans leur démarche plutôt qu'à établir des modalités d'évaluation communes, susceptibles de démontrer l'efficacité des réseaux. Les démarches d'auto-évaluation demeurent singulières et

¹ Loi de Financement de la Sécurité Sociale du 21 décembre 2001.

² Ce montant moyen versé à chaque réseau au titre du FIQCS ne reflète pas la dispersion importante des budgets selon la thématique des organisations. Les structures les plus coûteuses sont les réseaux nutrition, cancérologie et de soins palliatifs (jusqu'à 300 000 € en moyenne pour les réseaux nutrition). Les moins coûteuses concernent la gériatrie, l'addictologie et périnatalité (en moyenne 140 000 € pour les réseaux gériatriques).

incomparables, tout en représentant une charge chronophage pour des soignants rarement formés à cette tâche.

L'évaluation externe, dont les conditions ont été récemment modifiées et durcies¹, précède le renouvellement du financement du réseau. Elle vérifie si ce dernier a atteint ses objectifs, de manière économiquement efficace et dans le respect de la qualité des prises en charge. Depuis 2007, suite au rapport de l'IGAS, l'évaluation externe est en outre désormais obligatoirement confiée à un évaluateur indépendant agréé par le financeur, soit par la tutelle régionale (la Mission Régionale de Santé). Chaque évaluateur doit alors respecter un cahier des charges commun, défini par thématique. Il doit notamment vérifier l'apport du réseau au plan médical, ce qui n'était pas toujours le cas auparavant. En 2007, 130 évaluations externes ont ainsi été réalisées ; 10 % des réseaux évalués ne satisfaisaient pas aux exigences et neuf contrats n'ont pas été reconduits.

L'évaluation des réseaux est un domaine en construction. Pour L. BOYER *et al.* [26, p. 47], « *l'absence de cadre conceptuel robuste de l'évaluation des réseaux en France* » rend impossible tout comparatif entre les organisations existantes. Les évolutions apportées à l'évaluation externe des réseaux, de même que l'émergence de référentiels nationaux définis par thématique, constituent un premier pas vers une homogénéisation nécessaire. Cependant, concernant le suivi de l'activité des réseaux, tout reste à faire. La tutelle ne dispose d'aucune information directe sur le fonctionnement des structures qu'elle finance, si ce n'est tous les trois ans. L'auto-évaluation est une tâche bien lourde pour les professionnels, mais ne renseigne pas la tutelle par des données objectivées et standardisées. Elle profiterait par conséquent d'être allégée et réorientée vers une finalité formative. En retour, nous proposons d'étudier un instrument novateur, permettant le suivi de l'activité des réseaux thématiques français tout en participant à la « protocolisation » des prises en charge.

**L'évaluation
de l'activité
des réseaux,
une
démarche
nécessaire**

Le suivi de l'activité des réseaux se résume actuellement à la rédaction, par leurs acteurs, d'un rapport d'activité transmis annuellement à la tutelle. Depuis 2007, ce suivi est renforcé par des audits réguliers ou inopinés, mais reste insuffisant. Or, l'enjeu de l'évaluation est crucial pour le réseau. Il s'agit, dans un système de santé transformé par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » qui crée les ARS et encourage la contractualisation, de construire les outils qui serviront la redéfinition de contrats incitatifs entre chaque réseau et la tutelle, selon une logique de *benchmarking* assise sur des critères d'évaluation plus homogènes. Par

¹ Circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

conséquent, après avoir mis en évidence l'apport théorique de l'évaluation pour l'efficacité du réseau, nous envisageons les modalités concrètes d'un instrument de suivi de son activité, construit par épisodes de soins et couplé à une évaluation de la qualité.

L'apport théorique de l'évaluation pour l'efficacité du réseau

Nous mobilisons des fondements théoriques standard (théorie de l'agence) et non standard (Economie des Conventions) qui apportent un éclairage différent sur les enjeux du suivi de l'activité des réseaux. Notre démarche repose sur une perspective pragmatique, qui met en avant la complémentarité des théories mobilisées pour envisager la question spécifique et concrète de l'évaluation des réseaux (A. BUTTARD [27]). L'intérêt de l'évaluation, considérée par la Théorie de l'Agence, tient à la réduction de l'asymétrie informationnelle qu'elle permet entre l'agent (le réseau) et le principal (la tutelle). Ce sont donc les qualités techniques de l'instrument d'évaluation, gage d'objectivité, qui sont privilégiées. L'approche conventionnaliste est sensiblement différente : l'évaluation est un support de délibération qui favorise la construction et l'utilisation de références communes. C'est alors la démarche de l'évaluation qui importe, soit sa propension à alimenter la dynamique du « compromis ».

a. L'évaluation, outil de réduction de l'asymétrie informationnelle

Le marché de la santé est marqué par une forte asymétrie informationnelle (K.J. ARROW [28]). En particulier, le prestataire de soins détient une information exclusive quant à son effort productif réel. S'il est « opportuniste », il profite de cette asymétrie pour augmenter son utilité au détriment de celle du financeur. Le réseau, conçu comme un « nœud de contrats » au sens de la Théorie de l'Agence, multiplie les relations entre les soignants et favorise en ce sens la diffusion de l'information (P. CHONE *et al.* [29]). D'une part, il compense l'incertitude engendrée par la spécialisation de l'activité médicale en coordonnant les interventions de soignants aux compétences complémentaires. D'autre part, il limite l'induction de la demande par l'offre¹, du fait de la coopération étroite qu'il implique entre les prestataires. Cependant, le réseau est simultanément soumis à un risque de « collusion » et, inversement, de « trahison » entre ses acteurs, si bien que son impact l'opportunisme supposé des agents est ambivalent. L'évaluation, en réduisant l'asymétrie informationnelle, concourt alors à l'efficacité de l'organisation réticulaire.

La relation d'agence entre chaque réseau et la tutelle est particulièrement sensible aux effets potentiels de l'évaluation. Il s'agit de transmettre à la tutelle une information exclusivement détenue par les acteurs du réseau sur les caractéristiques ou l'effort productif réels de l'organisation. Un double problème se pose pour le principal : financer les « bons » réseaux (risque de « sélection adverse ») puis contrôler leurs coûts et leurs

¹ L'induction de la demande par l'offre (R. EVANS [30]) caractérise une surconsommation passive du patient (profane) résultant de l'opportunisme du soignant (expert), qui majore indûment la quantité, la qualité ou le prix des prestations (C. FRANC [31]).

prestations (« risque moral »). Selon le moment de l'évaluation, celle-ci agit sur l'un ou sur l'autre.

La sélection adverse (G.A. AKERLOF [32]) précède la contractualisation : le mandataire divulgue des caractéristiques biaisées au principal. La sélection adverse se traduit par un effet qualité, c'est-à-dire par une détérioration progressive de l'apport des réseaux pour améliorer la prise en charge sanitaire de la population locale. Il apparaît alors essentiel, en amont de la décision de financement du réseau et de la reconduction triennale du contrat par la tutelle, que celle-ci dispose de données lui permettant de comparer les résultats des différentes organisations régionales. Telle est la fonction de l'évaluation externe des réseaux, si bien que l'utilisation d'un cadre et de critères d'évaluation communs (puis affinés par thématique) est indispensable.

Le risque moral (K.J. ARROW [33]) apparaît après la signature du contrat : l'agent dissimule son effort productif au principal pour dégager une rente. Il se traduit par une moindre qualité si l'enveloppe financière est limitative et définie *ex ante*, par des coûts supplémentaires dans le cas inverse (on retrouve un phénomène d'induction). Le même mode de tarification ne s'applique pas à l'ensemble des acteurs des réseaux, si bien que les deux effets sont possibles. Le suivi régulier, quantitatif et qualitatif de l'activité de ces organisations s'impose alors.

L'impact d'un outil de suivi de l'activité sur les coûts précontractuels (M.C. JENSEN et W.H. MECKLING [34]) est contrasté. Sa mise en œuvre engendre des « coûts de contrôle » supplémentaires mais réduit les « coûts de dédouanement » supportés par les agents, la meilleure circulation de l'information favorisant les relations de confiance. Son apport est plus clair en ce qui concerne les coûts post-contractuels. Un tel instrument permet théoriquement au principal de se réapproprier l'information détenue par chaque agent (dont le réseau) sur son effort productif et de mesurer la performance relative de ce dernier. A l'instar du PMSI dans le secteur hospitalier¹, un instrument de suivi de l'activité pallie l'observabilité imparfaite de la fonction de production de tout prestataire en santé : la tutelle est mieux informée sur les coûts, le volume et la répartition de l'activité des réseaux. Le marché gagne en transparence, se rapprochant d'un optimum de second rang. Toutefois, même au sein d'organisations à faible connexité, l'exercice en réseau se traduit par des prises en charge impliquant simultanément plusieurs acteurs, ce qui rend délicate la mesure de l'apport de chacun et son contrôle par la tutelle.

¹ Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information est utilisé par les établissements de santé (hormis les hôpitaux locaux et certaines cliniques) dont il décrit l'activité de court séjour en Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Le PMSI centralise et traite l'information médicale : les séjours sont regroupés par groupes homogènes affectés d'un coût (ou tarif) moyen. Chaque structure dispose alors d'une lecture ordonnée et codée de son activité.

L'utilisation d'un outil quantifiant l'activité médicale concerne essentiellement, pour la Théorie de l'Agence, la relation externe entre le réseau et la tutelle. L'objet de cette forme d'évaluation est de lutter contre le risque de « collusion » en informant l'ARS sur l'effort productif du réseau et en servant la rémunération incitative de ce dernier, engagé contractuellement avec la tutelle. Son apport est plus limité en ce qui concerne la coordination interne, entre les acteurs du réseau. En effet, les réseaux de santé sont caractérisés par des relations – interactives – de coopération entre leurs participants plutôt que par des relations bilatérales classiques entre un agent et un principal (G. CHARREAUX [35]). Il est alors difficile de mesurer l'apport de chacun et de lutter contre le risque de « trahison ».

b. L'évaluation, support de délibération entre acteurs

Il en va bien autrement pour l'Economie des Conventions (EC) : l'évaluation est, certes, un « outil de preuve et de mesure du réel », mais aussi un « outil conventionnel de coordination ou de domination » (E. CHIAPELLO et A. DESROSIERES [36]). Dès lors, l'acceptation de l'outil d'évaluation et l'interprétation des résultats par les acteurs importent tout autant, si ce n'est plus, que ses propriétés techniques. Cet outil sert le pilotage externe comme la régulation interne du réseau, en contribuant à la dynamique du compromis au niveau de chaque organisation ou à celui, global, du système de santé.

L'organisation réticulaire est un lieu de coopération entre des acteurs ordinairement isolés qui se réfèrent à des « principes de justice » différents (L. BOLTANSKI et L. THEVENOT [37]). Or, « *le problème de coordination dans de tels univers pluralistes est celui de la rencontre entre plusieurs principes d'évaluation, de la distribution du pouvoir d'évaluation entre des états différents des personnes* » (L. THEVENOT [38, p. 34]). Le terme d'évaluation est utilisé dans son sens littéral – il s'agit de « donner de la valeur à » –, dans une double acception. L'évaluation porte sur l'action de chacun et la coordination de tous, sur la base d'une pluralité de critères de jugement interprétés comme des conventions marchandes ou non marchandes. En amont, l'évaluation désigne le processus par lequel les agents interprètent et s'accordent sur ces conventions, qui intègrent différentes valeurs et croyances collectives. Parce qu'elle porte sur les représentations des agents et pas seulement sur leur activité, l'évaluation, au sens de l'EC, revêt une dimension nouvelle (P. BATIFOULIER et O. BIENCOURT [39]). Les acteurs du réseau sont en effet amenés à co-construire des règles d'action et des représentations nouvelles.

L'évaluation, ainsi définie, favorise la dynamique du compromis et donc l'efficacité du réseau, pour autant qu'elle fait l'objet d'une délibération entre ses acteurs d'une part, entre l'organisation et la tutelle d'autre part. Le compromis est un processus en plusieurs étapes (L. BOLTANSKI et L. THEVENOT [37]). La « traduction » (P. RICOEUR [40]) permet les échanges entre des individus appartenant à des groupes sociaux différents et s'en référant à des « ordres de grandeur » distincts. La discussion, soit l'alternance de critiques et de justifications, se traduit par

un aller-retour entre le général (principes de justice invoqués) et le particulier (problématique locale). Elle précède la hiérarchisation et l'adaptation de ces principes selon le contexte et les acteurs en présence, qui caractérise le nouvel ordre conventionnel. Par la suite, le compromis est « mis à l'épreuve » et évolue, suscitant de la part des partenaires un nouvel effort d'évaluation (L. BOLTANSKI et E. CHIAPELLO [41]).

L'idée locale ou générale de réseau résulte d'un « montage composite » ordonnant une pluralité de principes afférents à des ordres de grandeurs distincts et incommensurables (L. THEVENOT [38]). Selon une logique de « clarification », un principe supérieur est privilégié, qui détermine la finalité du réseau. Selon une logique de « compromis », des principes de justice secondaires sont hiérarchisés et précisent ses objectifs, en accord avec sa thématique. Selon une logique d'« arrangement local », ses acteurs adoptent des conventions domestiques¹ qui spécifient la forme, unique, de l'organisation mise en œuvre.

Le réseau, s'il favorise la dynamique du compromis, est soumis à son aboutissement, c'est-à-dire à la négociation réussie d'un modèle d'évaluation fondé sur une pluralité de principes de justice hiérarchisés. La définition concertée des modalités de l'évaluation puis l'interprétation de ses résultats par les partenaires et la tutelle, participent à l'efficacité et à la stabilité de l'organisation réticulaire. En tant qu'instrument d'évaluation, et selon une perspective conventionnaliste, un instrument de suivi de l'activité commun à l'ensemble des réseaux offre des repères nouveaux, à la croisée des cultures soignante et gestionnaire. D'une part, ce support de discussion joue un rôle d'interface en mettant à la disposition du profane, c'est-à-dire du gestionnaire pour ce qui concerne l'activité médicale et du soignant pour ce qui a trait aux coûts et à l'efficacité économique, un savoir réservé au spécialiste. D'autre part, un tel outil participe à la construction de règles locales soutenant la coordination des acteurs de chaque réseau, ainsi qu'à l'élaboration de référentiels nationaux : il s'agit de définir les épisodes de soins puis les modes de prises en charge collectives efficaces.

Des propriétés théoriques à concrétiser

Selon une perspective pragmatique assumée qui conçoit la complémentarité des analyses standard et non standard du réseau en santé, nous envisageons, pour le réseau, une évaluation à deux dimensions. L'évaluation de l'activité du réseau favorise, d'une part, la réduction de l'asymétrie informationnelle et, d'autre part, le compromis conventionnel. Cette approche duale de l'évaluation reconnaît l'intérêt

¹ On distingue trois niveaux de conventions. Les méta-conventions sont reconnues par le plus grand nombre mais demeurent très générales et essentiellement tacites. A l'opposé, les conventions domestiques concernent un groupe restreint d'individus et se traduisent par des accords plus précis. Entre ces deux extrêmes, les conventions industrielles s'appliquent au marché (ici au système de santé) et se distinguent par leur caractère plus formalisé.

d'indicateurs et d'instruments de quantification permettant de mesurer l'activité et les résultats du réseau au regard de ses objectifs, tout en soulignant l'importance de l'interprétation et de références axiologiques sous-jacentes. Nous considérons les modalités concrètes d'un tel instrument, avant d'étudier dans quelle mesure il peut servir une rémunération incitative des réseaux et soutenir la coordination de leurs acteurs, en association avec la politique qualité en santé.

a. Un outil de suivi de l'activité des réseaux regroupée par épisodes de soins

Le suivi de l'activité des réseaux requiert de construire un instrument à même de regrouper, de coder et de synthétiser les données concernant l'activité de l'ensemble des prestataires en santé. Cela pose la question de la généralisation du suivi de l'activité médicale, de la compatibilité des systèmes d'information et des modalités d'un chaînage des données.

Il existe une multiplicité de sources et de systèmes d'information en santé, dont les données sont limitées à un secteur ou à un domaine d'activité restreint (J. De KERVASDOUE [42]). Les deux principaux outils disponibles sont le PMSI (qui s'étend progressivement à l'ensemble du secteur hospitalier) et le SNIIR-AM (pour la médecine libérale).

L'utilisation du PMSI apparaît limitée dans l'optique de réseaux en raison de la lourdeur de son fonctionnement et de son application restreinte aux seuls établissements de santé. De plus, le PMSI ne permet pas d'identifier assez précisément les prestataires à l'origine des actes réalisés, et il ne rend pas bien compte des surcoûts engendrés par les prises en charge de cas lourds ou complexes ainsi que des actes non techniques, courants dans l'exercice en réseau. On peut toutefois s'inspirer de la logique cet outil éprouvé, qui permet un regroupement des actes cohérent au plan médical (la répartition se fait par diagnostic principal) et économique (chaque groupe est supposé homogène au niveau de ses coûts).

Le SNIIR-AM¹ recueille l'ensemble des soins facturés à l'Assurance Maladie par les acteurs libéraux. Les données sont regroupées par bénéficiaire ou par prestataire (praticien, auxiliaire médical, laboratoire ou cabinet de radiologie). Un pas supplémentaire a été franchi en 2006 avec la généralisation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Toutefois, si la nature des actes et des prescriptions est mieux décrite et répertoriée de façon homogène quelque soit le statut du prescripteur, elle n'est pas corrélée avec les motivations de la demande et la situation clinique des patients comme c'est le cas dans d'autres pays (K. CHEVREUL *et al.* [43]). En outre, les données ne sont conservées qu'un an. Malgré ces limites, on peut concevoir d'utiliser le SNIIR-AM dans l'optique d'un suivi de l'activité des réseaux. Il est alors nécessaire de compléter les données existantes, en médecine de ville notamment², et d'organiser un chaînage cohérent de l'information.

¹ Le Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie, créé par la loi du 23 décembre 1998 et mis en place en 2002.

² L'activité du secteur ambulatoire, protéiforme et peu codifiée, est difficile à décrire. Pour préciser la nature des consultations, CHEVREUL *et al.* [44]) proposent de décomposer la rencontre médecin/patient

Le chaînage repose sur le regroupement de l'information par activité, par pathologie ou par patient. Il permet d'évaluer la « performance » du prestataire, au plan médical (procédures, protocoles de prise en charge) ou économique (coût des prestations), pour une question de santé donnée. La question du chaînage est cruciale : selon C. VERDIER [45], la qualité d'un système d'information repose sur l'authenticité des données transmises par les acteurs de terrain mais aussi sur leur structuration et leur sémantique.

Le chaînage par patient, privilégié par différents pays (Grande Bretagne, Suède), apparaît cohérent avec l'objet de l'exercice en réseau, qui consiste à offrir à chaque bénéficiaire une prise en charge et un suivi globaux. Dans cette perspective, le Dossier Médical Personnalisé (DMP) constituerait un support privilégié¹. S'il sert la tarification des réseaux, ce système par capitation pose cependant un problème de sélection des risques (*i.e.* des malades), même si le forfait est adapté selon le profil du patient (M. GRIGNON *et al.* [18]). De plus, les réseaux étant définis par thématique, il semble plus pertinent de construire le chaînage relativement à la question de santé posée.

Nous privilégions l'option d'un chaînage par épisodes de soins. L'épisode regroupe des prestations ou des prescriptions sur des périodes cliniquement homogènes et limitées dans le temps (P. BREUIL-GENIER [47]), alors que la notion de trajectoire n'est pas limitée dans le temps (elle se termine quand le patient cesse de recourir au système pour la pathologie envisagée). Ce type de chaînage est particulièrement adapté pour décrire les épisodes de soins aigus (de nombreuses études décrivent par exemple le coût et les modalités de prise en charge d'infarctus du myocarde, J.S. SKINNER *et al.* [48]) et les prises en charge de pathologies chroniques (K. DAVIS [49]). Cela correspond bien à l'activité des réseaux thématiques français. Se pose alors la question technique de la construction d'un logiciel d'extraction de l'information permettant de regrouper, par épisode, les données répertoriées par le SNIIR-AM. En amont, la difficulté essentielle consiste à définir des épisodes de soins homogènes au niveau de leurs coûts, et cohérents au regard du problème de santé posé². La participation des professionnels de santé se révèle sur ce point essentielle et conditionne la légitimité de l'outil.

en étapes ou faits élémentaires (motif de la rencontre, écoute et dialogue, diagnostic, actes techniques et traitements immédiats, prescriptions...). Les caractéristiques du soignant et du patient, les circonstances de la rencontre, sont aussi consignées. A terme, il s'agit de classer les rencontres en « groupes homogènes », à l'image du regroupement des séjours qui fonde le PMSI.

¹ Cependant, force est de constater le retard accumulé par le DMP, lancé en 2004 dans la précipitation (IGAS [46]). Le DMP souffre d'une part, d'un calendrier et d'un budget mal définis, et d'autre part, d'un accueil mitigé tant des patients que des professionnels de santé, en raison du manque de lisibilité de la réforme, concernant la finalité et le contenu du dossier notamment. D'ailleurs, l'utilisation du DMP dans l'optique du suivi des réseaux est d'emblée limitée par le caractère incomplet des données répertoriées.

² En effet, les nombreuses études empiriques réalisées font état la forte variabilité des modes – et des coûts – de prises en charge pour un problème de santé donné (C.E. PHELPS et C. MOONEY [50] ; CREDES [51]), ce qui complique d'autant la définition et la valorisation d'épisodes de soins « normés ».

Un instrument organisant le suivi transversal de l'activité des réseaux permet de lutter contre le risque moral tout en mettant à la disposition des acteurs des repères communs alimentant la « délibération ». A ce titre, la définition puis l'affinement d'épisodes normés, en collaboration avec les soignants, témoigne de l'intérêt d'un tel instrument, qui participe à la création de règles nouvelles, en vue de la « protocolisation » des prises en charge et dans l'optique de la politique qualité en santé.

b. Une évaluation en interaction avec la politique qualité en santé

Dans le cadre de l'évaluation « co-construite » du réseau, il importe d'opérer un suivi quantitatif et qualitatif de son activité. Or, si la réflexion sur la qualité n'est pas chose nouvelle en économie (L.E. SCHULTZ [52]), la qualité des soins est un concept encore émergent, malgré une formalisation accrue des démarches d'évaluation sur la période récente. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a joué en ce sens un rôle moteur. Ainsi, au terme d'une vaste enquête auprès d'acteurs d'établissements publics et privés, J.P. CLAVERANNE *et al.* [53, p. 9] constatent l'émergence d'une réelle démarche qualité en santé et soulignent le rôle moteur de l'accréditation, « *couperet mobilisateur pour la qualité* ».

La certification des établissements de santé – ou accréditation jusqu'en 2004 – est un processus obligatoire qui envisage l'ensemble du fonctionnement de l'établissement (ou du réseau). L'ensemble des services administratifs, médicaux, médico-techniques et logistiques est donc concerné. Au sens général du terme, la certification consiste à délivrer une attestation de conformité à certains processus ou objectifs et fait intervenir à cette fin un arbitre extérieur indépendant qui effectue son évaluation au regard de normes communément admises. En santé, cette procédure relève d'une double démarche, d'auto-évaluation et d'évaluation externe, dont les résultats ont vocation à être diffusés auprès du grand public. Les soignants considèrent la certification avec un regain d'intérêt depuis qu'elle inclut le dispositif (opposable à tout médecin) de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). L'EPP participe à la promotion de la qualité des prises en charge et s'appuie pour cela sur l'élaboration et la diffusion de normes validées par la Haute Autorité en Santé (HAS)¹. Il s'agit donc, tout en tenant compte de la difficulté de modéliser l'exercice médical, de définir des référentiels de bonnes pratiques (*guidelines*) pour mieux encadrer et coordonner les pratiques, tout en favorisant la diffusion des connaissances (V. TOURNAY [55]). Cette production d'« *objectivité médicale* » (*ibid.*) implique un travail continu d'élaboration et de révision des *guidelines*, « mises à l'épreuve des faits ».

¹ Il existe une grande variété d'outils de normalisation en santé, hiérarchisés par le Conseil National de l'Évaluation Médicale et Médico-Sociale [54]. Une recommandation professionnelle (de bonne pratique ou de pratique clinique) est définie comme une orientation générale aidant le soignant à rechercher les prestations les plus adaptées en fonction de circonstances cliniques données. Chaque recommandation est alors précisée par des procédures ou références construites par question de santé, déclinées selon le type de prestataire.

Les réseaux ont un rôle essentiel à jouer dans le cadre de ce processus complexe de normalisation en santé. En effet, la coopération qu'ils encouragent entre soignants de professions et de secteurs différents, et les prises en charge globales des patients qu'ils développent, dynamisent la réflexion des soignants sur leurs pratiques et la création de routines, de procédures ou de normes. En cela, le réseau apparaît comme une organisation particulièrement dynamique qui crée des ressources pouvant être interprétées comme des conventions de qualité, lesquelles régulent et facilitent les échanges entre acteurs. La production de référentiels de bonne pratique est coordonnée par la HAS, qui fait appel à des experts pour adapter des référentiels internationaux ou créer de nouveaux standards. Même s'ils en reconnaissent le bien-fondé, les soignants reprochent au processus de normalisation actuel de privilégier les actes techniques codifiés (J. BACHIMONT *et al.* [56]). L'élaboration d'épisodes de soins normés encadrant l'exercice en réseau permettrait justement de mieux prendre en compte les actes non techniques indispensables au suivi global du patient. En outre, la définition d'un nouvel outil d'évaluation, fondé sur la définition d'épisodes de soins normés, apparaît comme un moyen de dynamiser et de canaliser la participation actuelle des soignants en réseau à la définition de recommandations de bonnes pratiques par la HAS. Elle contribuerait à la formalisation puis à la montée en généralité des normes ou procédures qui, à l'épreuve des faits, se révéleraient performantes (J.P. CLAVERANNE *et al.* [53]).

En d'autres termes, selon une logique de *benchmarking*, l'évaluation de la qualité à partir d'épisodes de soins normés optimise les prises en charge de chaque réseau en recourant à de mêmes références (conventions industrielles) interprétées localement, et participe à l'efficacité globale des soins en encourageant la montée en généralité de pratiques innovantes (conventions domestiques). Ce faisant, elle alimente la délibération entre acteurs et concourt au compromis conventionnel, tout en donnant à la tutelle les moyens de vérifier la conformité des comportements des soignants de chaque réseau relativement à ces règles communes, au sens de la Théorie de l'Agence.

c. L'évaluation au service d'une politique de contractualisation incitative

Le suivi de l'activité des réseaux, appuyé sur des épisodes de soins normés puis valorisés, est susceptible de répondre à un double objectif, de suivi de l'activité de ces organisations transversales d'une part, d'amélioration des prises en charge globales réalisées par leurs acteurs d'autre part. Un tel instrument peut donc satisfaire aux deux dimensions théoriques de l'évaluation précédemment dégagées, dès lors qu'il est utilisé comme outil de négociation entre la tutelle régionale et chaque réseau.

Pour la Théorie de l'Agence, le contrat incitatif encourage l'agent à révéler l'information qu'il détient de façon exclusive et à mieux répondre aux attentes du principal. Dans cette perspective, on peut concevoir un

schéma de rémunération mixte du réseau¹, récompensant la « performance » de l'organisation rapportée à des épisodes de soins valorisés. Le financement actuel des réseaux couvre les investissements et les coûts organisationnels, la rémunération de l'activité restant versée à chaque prestataire en fonction de son statut. Comme nous l'avons souligné précédemment, ce système, et plus particulièrement le paiement à l'acte des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux, n'encourage pas les actions de coordination, de suivi ou de prévention. Par conséquent, nous proposons de faire varier l'allocation attribuée au réseau en fonction du différentiel entre des coûts moyens par épisode (encadré n° 2) et ses coûts de production réels. Le regroupement des données nécessaire à un tel calcul est possible (comme en atteste l'étude récente de T. VAN LE *et al.* [57]) mais il doit être systématisé.

Encadré n° 2. Valorisation d'épisodes de soins normés

(à partir des travaux de L. Perrier et T. Philip [58])

Chaque épisode de soins « E » peut être défini comme un ensemble « R », limité dans le temps et dans l'espace (aux prestataires du réseau) et relatif à un type de patient « λ », de ressources « k » prédéfinies (actes curatifs, préventifs, rencontres, prescriptions...), consommées en un lieu « l » (profession et spécialité du prestataire) et à un moment donné « m ». On obtient alors :

$$E_{\lambda} = \{R_{k,l,m} : k \in [1 ; i], l \in [1 ; j], m \in [1 ; n]\}$$

Cet ensemble peut ensuite être valorisé en indices ou en unités monétaires. La valeur « V » de l'épisode E_{λ} devient :

$$V(E_{\lambda}) = \sum_i \sum_j \sum_n (R_{k,l,m} \cdot T_{k,l})$$

Tarif d'un type k de ressource consommée en un lieu l

On obtient ainsi une nomenclature d'épisodes codés et valorisés, construits à partir de prises en charge normées corrélées à des coûts moyens établis à partir des données d'un groupe représentatif de prestataires. Le coût réel de chaque épisode peut alors être comparé à son coût de référence (qui reste à établir, par type d'épisode de soins identique).

Devant les effets pervers induits par la tarification à l'activité des établissements (T2A), qui repose sur une description inévitablement réductrice de l'activité médicale regroupée par séjours homogènes, et plus largement, en raison de l'incomplétude de tout contrat en santé du fait d'un double risque au niveau de la qualité et du volume des prestations (C. FRANC [31]), nous défendons une application souple d'un tel schéma de rémunération aux réseaux. Selon E. BROUSSEAU [59], dans le cas de contrats incomplets, le pouvoir incitatif de l'accord repose, outre le financement, sur trois mesures adventices : la menace de rupture du contrat, l'amélioration par apprentissage du monitoring (qui inclut l'évaluation) et la confiance. La première condition est en partie

¹ Un schéma de rémunération mixte combine un financement fixe et prospectif avec une part variable versée *ex post* pour récompenser l'« effort » de l'agent. Il permet ainsi de lutter contre le double problème de risque moral (surcoûts) et de sélection adverse (sélection des patients ou des activités les plus rémunératrices) auquel est confrontée la tutelle vis à vis du prestataire.

remplie, les réseaux étant confrontés à un risque de non renouvellement du contrat tous les trois ans. Les deux autres suggèrent l'intégration de la contractualisation dans un processus de négociation et d'échanges réguliers entre le réseau et l'ARS, tutelle de proximité. Le contrat, tel qu'il est aujourd'hui utilisé en santé, est davantage un instrument de coercition qu'un support de négociation. Il s'agit d'évoluer non pas vers des contrats néoclassiques purement incitatifs, mais vers des contrats relationnels (I.R. MACNEIL [60])¹ de type client/fournisseur. Ces derniers, définis relativement au bien ou service devant être produit, accordent davantage d'autonomie à l'agent mais requièrent une négociation plus importante. A cette fin, un instrument chaînant par épisodes de soins l'activité des réseaux peut, outre son utilisation en vue du financement incitatif de la structure (en cohérence avec la Théorie de l'Agence), être utilisé comme support de délibération pour nourrir la négociation entre la tutelle et le réseau (en cohérence avec l'Economie des Conventions). Le suivi de l'activité des réseaux s'inscrit alors dans une démarche d'évaluation concertée qui relève de l'appréciation plutôt que du contrôle et comporte une part d'interprétation irréductible (J. DEJEAN *et al.* [61]). La régularité des échanges entre le réseau et la tutelle conditionne la concordance des représentations et la dynamique du compromis, en amont de la coordination de l'action.

L'évaluation interviendrait alors à trois niveaux. En amont de l'engagement contractuel, tous les trois ans, une phase de négociation réelle entre la tutelle régionale et le réseau doit être développée afin de considérer le projet dans lequel s'inscrit l'organisation et de déterminer la base fixe de son financement. Cette base est calculée à partir des budgets antérieurs complétés par les résultats de l'évaluation externe du réseau. Par la suite, le pilotage du réseau s'appuie sur une auto-évaluation continue s'inscrivant dans la démarche qualité de ses acteurs, complétée par la remontée des données quantitatives sur l'activité du réseau, regroupée par épisodes de soins. Cette évaluation, qualitative et quantitative, est à visée formative : elle favorise l'ajustement continu de l'action des intervenants du réseau. Enfin, une évaluation annuelle (itérative) du réseau, assise sur les données relatives à l'activité de la structure permettant de comparer ses coûts réels par épisode à des tarifs normés, permettrait d'ajuster son budget relativement à ses performances, de façon négociée plutôt que mécanique. L'évaluation, fondée sur la lecture de l'activité du réseau, alimente alors la négociation entre la tutelle et le réseau, comme ce fût le cas pour les établissements de santé privés sous OQN² avant l'instauration de la T2A.

¹ L'auteur distingue trois types de contrats. Le contrat classique est un simple contrat de vente, bilatéral, stipulant le prix et la date de la transaction. Le contrat néoclassique intègre des clauses protégeant les parties et prévoyant une rémunération incitative. Il se distingue du précédent par son caractère trilatéral : une tierce partie arbitre tout litige et contrôle l'effort productif du mandataire. Le contrat relationnel sort du cadre de la relation marchande. Alors qu'ils répètent l'échange, les acteurs s'appuient davantage sur un ensemble spécifique de routines pour réduire l'incertitude et s'orientent vers des relations plus rigides (il est coûteux de se tourner vers un autre prestataire qui n'offrira pas les mêmes garanties ni les mêmes services) mais génératrices de confiance.

² Avant l'instauration de la T2A, les établissements privés « non optant » étaient financés selon le principe de la tarification éclatée, relevant d'un système de type « remboursement des coûts ». En raison

Un tel schéma intègre le contrat incitatif dans une procédure interactive plus large et complète de pilotage. Elles se traduit par des coûts de « contrôle » (pré et post contractuels) plus lourds, mais permet simultanément de réduire le risque de comportements opportunistes en favorisant une meilleure transparence et une coordination affirmée entre la tutelle et le réseau, dont elle contribue au pilotage efficace (R. ISLAM [62]).

Conclusion

Si l'on reconnaît communément aux réseaux la capacité d'organiser un parcours plus rationnel de patients qui bénéficient d'une prise en charge globale et concertée, la mesure précise de cet apport présumé fait défaut. Certes, la complexité et la diversité des réseaux, induite notamment par leur mise en œuvre hésitante dans le système de santé français, rend d'autant plus délicate leur évaluation. Cependant, les conséquences d'une évaluation insatisfaisante sont lourdes pour les réseaux, dont l'avenir est questionné en raison de leur caractère dispendieux et de leur apport effectif insuffisamment démontré et non objectivé (IGAS [11]). Il apparaît urgent de remédier à cette faiblesse de l'évaluation, qui entrave la montée en puissance de la réforme entreprise. A cette fin, nous avons proposé, sur la base d'une pluralité de fondements théoriques, les modalités d'une évaluation duale des réseaux, outil de réduction de l'asymétrie informationnelle et support de délibération entre acteurs. Cette évaluation inclut le suivi quantitatif et qualitatif de l'activité des réseaux et mobilise pour ce faire, parallèlement au dispositif actuel de certification, un outil novateur construit par épisode de soins, en concertation avec les professionnels de terrain. L'évaluation concertée des réseaux apparaît ainsi comme une condition nécessaire (mais non suffisante) de leur pilotage qui incombera aux Agences Régionales de Santé.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] MENARD C. (2004) : « A New Institutional Approach to Organization », in MENARD C. et SHIRLEY M. (eds), *Handbook of New Institutional Economics*, Boston New York Berlin Dordrecht, Springer, 2004, pp. 281-318.
- [2] MORIN S., MORIN A. et FONTENAU R. (2007) : « Evolutions des systèmes Américains d'assurance santé. Première partie : origine, répartition et utilisation des ressources », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 25, n° 1 (2007), pp. 49-69.
- [3] MASON A. et SMITH P.C. (2006) : « Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs », *Revue Française des Affaires Sociales*, 60^{ème} année, n° 2-3 (2006), pp. 265-284.
- [4] SALAÜN F. (2003) : « Approche historique du thème des restructurations hospitalières à travers trois exemples parisiens au XIX^e

de son effet inflationniste, ce mode de tarification a été encadré par un montant restrictif négocié *ex ante*, l'Objectif Quantifié National (OQN). Le PMSI était alors utilisé dans le cadre des modulations tarifaires engagées entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et chaque clinique sous contrat.

siècle », *Revue Française des Affaires Sociales*, 57^{ème} année, n° 3, 2003, pp. 1126.

[5] LARCHER P. et POLOMENI P. (2001) : **La santé en réseaux. Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital**, Paris, Masson, 187 pages.

[6] BONAFINI P. (2002) : « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Politiques et Management Public*, vol. 20, n° 2 (2002), pp. 1-22.

[7] GADREAU M. et PELISSIER F. (2003) : « Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, un instrument adapté pour la recomposition en réseaux régionalisée du système de santé français ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, 57^{ème} année, n° 1-2 (2003), pp. 325-344.

[8] GADREAU M. (2001) : « Le réseau dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité », *Economie Appliquée*, tome IV, n° 2 (2001), pp. 91-128.

[9] CHARVET-PROTAT S. et CASTRA L. (2002) : « Réseaux de soins : vers le développement d'une nouvelle logique pour l'organisation de l'offre de santé ? » *Revue Sanitaire et Sociale*, n°155 (2002), pp. 13-23.

[10] CLAVERANNE J.P. et PASCAL C. (2001) : « Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 19, n° 5-6 (2001), pp. 331-348.

[11] IGAS (2006) : **Contrôle et évaluation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR). Rapport de synthèse**, Paris, La Documentation Française (mai 2006), 163 pages.

[12] ANAES (1999) : **Principes d'évaluation des réseaux de santé**, Paris, Direction de l'Evaluation de l'ANAES (août 1999), 133 pages.

[13] BEJEAN S. et GADREAU M. (1997) : « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 81 (1997), pp. 77-97.

[14] FRATTINI M.O. et MINO J.C. (2006) : « Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé », *Santé Publique*, vol. 18, n° 3 (septembre), p. 475-481.

[15] GULATI R. (1998) : « Alliances and Networks », *Strategic Management Journal*, vol. 19, n° 4 (1998), pp. 293-317.

[16] CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE (2008) : **Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins de Ville. Rapport d'activité 2007**, La Documentation Française (juin 2008), 34 pages.

[17] PEREIRA C. (2002) : « Rémunération des médecins et recherche de l'efficacité : vers une remise en cause du paiement à l'acte ? », in **Politiques sociales et croissance économique, Actes des XXII^{èmes} Journées de l'Association d'Economie Sociale** (tome 2), Paris, l'Harmattan (2002), pp. 267-281.

[18] GRIGNON M., PARIS V. et POLTON D. (2003) : « The Influence of Physician-Payment Methods on the Efficiency of Health Care System », in **Changing Health Care in Canada**, University of Toronto Press (2003), pp. 207-239.

-
- [19] BAUMONT M.J. et ROUTHIER P. (2007) : « Le FIQCS, un fonds unique pour soutenir vos initiatives et encourager les expérimentations innovantes », *La Lettre des Réseaux de Santé*, n° 8 (décembre 2007), 6 pages.
- [20] HOOD C. (1991) : « A Public Management for all Seasons? », *Public Administration Review*, vol. 69, n° 1 (1991), pp. 3-19.
- [21] DUNLEAVY P. and HOOD C. (1994) : « From Old Public Administration to New public Management », *Public Money and Management*, vol. 14, n° 3, 1994, pp. 9-16.
- [22] ANAES (2001) : *Évaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique*, Paris, Mission d'évaluation des réseaux de soins, ANAES (octobre 2001), 63 pages.
- [23] CREDES-IMAGE (2001) : *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*, Paris, Editions ENSP (mai 2001), 73 pages.
- [24] CREDES-IMAGE (2003) : *L'évaluation des réseaux de soins et de santé. Actes du séminaire des 6 et 7 juin 2002*, Paris, Editions ENSP (novembre 2003), 177 pages.
- [25] ANAES (2004) : *Réseaux de santé : guide d'évaluation*, Paris, ANAES (juillet 2004), 36 pages.
- [26] BOYER L. *et al.* (2006) : « L'évaluation des réseaux de santé en France. Enseignements d'une revue critique de la littérature », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 24, n° 1 (2006), pp. 41-53.
- [27] BUTTARD A. (2008) : *Le réseau en santé : une pluralité de fondements théoriques pour une mise en œuvre pertinente*, Thèse de Doctorat es Science Economique réalisée sous la Direction de M. GADREAU, Dijon, Université de Bourgogne (avril 2008), 678 pages.
- [28] ARROW K.J. (2000) : *Théorie de l'information et des organisations*, Paris, Dunod (2000), 292 pages (collection Théories Economiques).
- [29] CHONE P., GRIGNON M. et MAHIEU M. (2001) : « Quelles fonctions économiques pour des opérateurs de soins dans le système de santé français ? », *Revue Française d'Economie*, vol. XVI, n° 1 (2001), pp. 169-209.
- [30] EVANS R. (1974) : « Supplier-induced demand : some empirical evidence and implications », in M. PERLMAN (ed.), *The Economics of Health and Medical Care*, London, Macmillan, pp. 162-173.
- [31] FRANC C. (2001) : « Mécanisme de rémunération et incitations des médecins », *Economie Publique*, n° 9 (2001), pp. 13-36.
- [32] AKERLOF G.A. (1970) : « The Market for Lemons: Quality, Uncertainty and Market Mechanism », *The Quarterly Journals of Economics*, vol. 84, n° 3, (1970), pp. 488-500.
- [33] ARROW K.J. (1963) : « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol. 53 (1963), pp. 941-973.
- [34] JENSEN M.C. et MECKLING W.H. (1976) : « Theory of the Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, vol. 3 (1976), pp. 305-360.
- [35] CHARREAUX G. (1999) : « La Théorie Positive de l'Agence : lecture et relectures », in KOENIG G. (coord.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI^e siècle*, Paris, Economica (1999), pp. 61-141.

- [36] CHIAPELLO E. et DESROSIERES (2006) : « La quantification de l'économie et la recherche en sciences sociales : paradoxes, contradictions et omissions. Le cas exemplaire de la positive accounting theory », in EYMARD-DUVERNAY F. (coord.), **L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome I : Débats**, Paris, Editions La Découverte, pp. 297-310.
- [37] BOLTANSKI L. et THEVENOT L. (1991) : **De la justification. Les économies de la grandeur**, Paris, Gallimard (1991), 485 pages.
- [38] THEVENOT L. (2006) : « Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions », in EYMARD-DUVERNAY F. (coord.), **L'économie des conventions, méthodes et résultats. Tome I : Débats**, Paris, Editions La Découverte, pp. 23-44.
- [39] BATIFOULIER P. et BIENCOURT O. (2002) : « Politiques de santé et économie des conventions : de l'économie politique de l'arbitraire à la politique économique de l'arbitraire », in BEJEAN S. et PEYRON C. (coord.), **Santé, règles et rationalités**, Paris, Economica (2002), pp. 299-318.
- [40] RICŒUR P. (2004) : **Sur la Traduction**, Paris, Bayard (2004), 71 pages.
- [41] BOLTANSKI L. et CHIAPELLO E. (1999) : **Le nouvel esprit du capitalisme**, Paris, Gallimard (1999), 843 pages.
- [42] KERDASDOUE De J. (2004) : « Politique de régulation et systèmes d'information ? », **Revue d'Economie Financière**, n° 76, p. 266-278.
- [43] CHEVREUL K., LE FUR P. et SERMET C. (2004) : « Systèmes d'information sur la pratique médicale de ville : enseignements à partir de quelques expériences étrangères », **Bulletin d'information en économie de la santé**, IRDES, n° 85 (novembre 2004).
- [44] CHEVREUL K., LE FUR P., RENAUD T. et SERMET C. (2006) : « Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville », **IRDES, série analyse** (octobre 2006), 85 pages.
- [45] VERDIER C. (2006) : « Health Information Systems », **Santé et Systémique**, vol. 9, n° 1-2 (2006), pp. 87-108.
- [46] IGAS (2006) : **Rapport sur le Dossier Médical Personnel**, Paris, La Documentation Française (novembre 2006), 66 pages.
- [47] BREUIL-GENIER P. (2001) : « Comment définir des épisodes de soins ? », **Economie Publique**, n° 9 (2001), pp. 137-159.
- [48] SKINNER JS, STAIGER D.O. and FISHER E.S. (2006) : « Is technological change in medicine always worth it? The case of acute myocardial infarction », **Health Affairs**, n° 25 (2006), pp. 34-47.
- [49] DAVIS K. (2007) : « Paying for Care Episodes and Care Coordination », **The New England Journal of Medicines**, n° 11 (2007), pp. 1166-1169.
- [50] PHELPS C.E., MOONEY C. (1993) : « Variations in medical practice use: causes and conséquences », in Arnould R.J., RICH R.F. and WHITE W.D. (ed.), **Competitive Approach to Health Care Reform**, Washington D.C., The Urban Institute Press, pp. 139-178.
- [51] CREDES (2001) : **La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies**, Paris, CREDES (octobre 2001), 118 pages.

-
- [52] SCHULTZ L.E. (1997), *Qualité. Les grands courants et les hommes* (traduction française de *Quality Ressources*, 1994) ; AFNOR.
- [53] CLAVERANNE J.P., VINOT D., FRAISSE S., ROBELET M., CANDEL D., DUBOIS D. et MARCHAUDON P. (2003) : ***La perception de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Note de synthèse***, Paris, DHOS, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (avril 2003), 20 pages.
- [54] CONSEIL NATIONAL D'EVALUATION MEDICALE (2006) : ***Note d'orientation n° 2. Procédures, Références et Recommandations de Bonne Pratique***, DGAS-CNEMSM, Ministère de la santé et des solidarités (24 janvier 2006).
- [55] TOURNAY V. (2007) : « Produire l'objectivité médicale : un système expérimental répliatif de standardisation », ***Sociologie du travail***, vol. 49, n° 2 (2007), pp. 253-267.
- [56] BACHIMONT J., COGNEAU J. et LETOURMY A. (2006) : « Pourquoi les généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », ***Sciences Sociales et Santé***, vol. 24, n° 2 (2006), pp. 75-101.
- [57] VAN LE T., KABACHI N., LAMURE M., BRÉMOND M. et ROBELET M. (2006) : « Visualisation et analyse de trajectoires patients. Approche méthodologique et outils de visualisation », ***Santé et systémique***, vol. 9, n° 1-2 (2006), pp. 43-69.
- [58] PERRIER L. et PHILIP T. (2004) : « Réforme de la tarification à l'activité et opportunisme des établissements de santé. L'enjeu du concept de « trajectoire patient », ***Revue d'Economie Politique***, vol., 114 n° 3 (2004), pp. 417-439.
- [59] BROUSSEAU E. (2002) : « Contract Economics and the renewal of economics », in E. BROUSSEAU et J.-M. GLACHANT (coord.), ***The Economics of Contracts : Theories and Applications***, Cambridge, Cambridge University Press (2002), pp. 3-30.
- [60] MACNEIL I.R. (1974) : « The many Futures of Contracts », ***Southern California Law Review***, vol. 47 n° 688 (1974), pp. 691-816.
- [61] DEJEAN J., BOURASSIN V. et MORTREUX K. (1998) : « Culture de l'évaluation et fascination pour les indicateurs », ***Politiques et Management Public***, vol. 16, n° 2 (1998), pp. 161-174.
- [62] ISLAM R. (2006), « Does more Transparency go along with Better Governance ? », ***Economics and Politics***, vol. 18, n° 2 (2006), pp. 121-160.