



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS**

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
Annie PODEUR, Directrice

Sous-direction de l'organisation et
Du système de soins
Bureau des réseaux, complémentarités et
Recomposition des activités de soins (O3)
Personnes chargées du dossier :
Jean MALIBERT
Louis BERTHELOT

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Direction déléguée à la gestion et l'organisation des soins
Jean-Marc AUBERT, Directeur
Direction des Assurés
Catherine BISMUTH, Directrice
Département coordination et efficacité des soins
Jean-François BAYET, Responsable du département
Annie ARPIN-BARBIEUX
Pierre BERGMAN
Gwladys HAYA-BAVIERA

**Le Ministre de la santé et des solidarités
Le Directeur Général de la CNAMTS**

A

Mesdames et Messieurs les directeurs d'Agence Régionale
de l'Hospitalisation et
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Unions Régionales
des Caisses d'Assurance Maladie
(pour mise en œuvre)
Mesdames et Messieurs les Préfets de Région,
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Préfets de Département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Directeurs de Caisses Primaires
d'Assurance Maladie
(pour information)
Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux du Service
Médical
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 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

Résumé : La présente circulaire définit des orientations en matière d'évolution des réseaux de santé.

Mots-clés : réseau, évaluation, financement, médecin traitant, parcours coordonné de soins, coordination, collaborations, mutualisations, décloisonnement, territoires de santé, urgences, dossier médical personnel, télémédecine, permanence des soins, régulation.

Textes de référence :

Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 (article 36)
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,
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie et codifiée aux articles L.162-43 et suivants du code de la Sécurité Sociale,
Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 (article 94)

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 codifié aux articles D.6321-1 et suivants du Code de la Santé Publique

Décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004 codifié aux articles R.162-59 et suivants du code de la Sécurité Sociale,
Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence, codifié aux article R.6123-1 et suivants, R.6312-28-1 et suivants, R.6412 et suivants du CSP,

Décret 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence, codifié aux articles D.6124-1 et suivants du CSP,

Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Textes abrogés ou modifiés :

Circulaire DHOS/O3/DSS/ CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

Annexes :

- 1- Recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux
- 2- Tableau de programmation pluriannuelle de développement des réseaux de santé par région
- 3- Tableau de synthèse régional sur le programme annuel des audits financiers

Trois années après la mise en place de la DNDR, des orientations stratégiques et opérationnelles nationales sont nécessaires pour plus d'efficacité du dispositif et plus d'homogénéité entre régions. Cette circulaire s'appuie notamment sur les recommandations d'un récent rapport de l'IGAS et sur les réflexions des groupes de travail qui se sont réunis dans le cadre de l'Observatoire National des Réseaux de Santé.

Les constats de l'IGAS mettent en évidence la nécessité d'un renforcement du pilotage national et régional notamment par un lien plus étroit avec l'organisation des soins, par une meilleure formulation des objectifs attendus par les financeurs et l'amélioration de l'évaluation permettant d'objectiver les choix de financement entre les réseaux de santé.

La présente circulaire a pour objet :

1. de rappeler et de préciser les objectifs attendus des réseaux de santé, notamment leur nécessaire cohérence avec les principes sous-tendus par la réforme de l'Assurance Maladie et leur inscription dans l'organisation territoriale des soins ;
2. de clarifier le champ d'intervention de la DNDR et de préciser les modalités d'instruction des dossiers en région ;
3. de définir des éléments de cadrage pour la méthodologie de l'évaluation des réseaux qui devra être généralisée sur tout le territoire ;
4. de renforcer le suivi budgétaire et comptable des réseaux.

En complément de cette circulaire, l'élaboration de référentiels d'organisation nationaux thématiques sera poursuivie au niveau national afin de préciser davantage le cadrage du dispositif tant sur les objectifs que sur l'organisation et les modalités de l'évaluation attendue. Le but est de ne financer ou de ne continuer à financer que les réseaux qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé.

Le pilotage national et régional des réseaux de santé ne sera pas développé dans la présente circulaire. En effet, le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fusionne la DNDR et le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. L'organisation nationale et régionale de ce nouveau fonds sera précisée dans des décrets à paraître courant 2007.

1/ OBJECTIFS DES RESEAUX, COHERENCE AVEC LES PARCOURS DE SOINS ET INSCRIPTION DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

La première partie de la présente circulaire précise les éléments qui doivent impérativement être pris en considération dans l'instruction d'une demande de financement des réseaux. C'est sur cette base que les ARH et URCAM doivent développer leur communication auprès des promoteurs en vue de mettre en place les conditions d'un véritable pilotage régional afin d'utiliser le dispositif de financement des réseaux de santé au plus près des besoins identifiés dans votre région.

1-1 Objectifs des réseaux de santé

1.1.1. Prise en charge globale des patients et décloisonnement des professionnels

Le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médico-social et du secteur social. A cette fin, a été créée en 2002 une enveloppe fongible au sein de l'ONDAM s'imputant sur les autres enveloppes.

☞ Il vous est demandé de veiller à ce que les financements accordés dans le cadre de la dotation régionale soient conditionnés à la mise en place effective de ce décloisonnement, vérifiable à travers la composition et le fonctionnement des réseaux de santé. Il est important de rappeler à cet égard que le secteur médico-social est un acteur à part entière des réseaux.

Les réseaux de santé doivent contribuer également à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé publique définis par les groupements régionaux de santé publique.

1.1.2. Qualité, sécurité et continuité des soins

Les promoteurs de réseaux qui sollicitent des financements pour la création ou la poursuite de leurs projets doivent également intégrer dans leurs objectifs la qualité et la sécurité des soins. L'une des valeurs ajoutées très concrètes des réseaux en cette matière est apportée par les formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles proposées, mais aussi par les démarches de protocolisation, d'utilisation de référentiels et enfin par la mise en place d'évaluations régulières des pratiques et de corrections corrélatives apportées à la prise en charge des patients.

La **continuité des soins** est l'une des dimensions essentielles liée à la sécurité et la qualité des soins. L'implication de tous les acteurs du réseau de santé doit permettre une prise en charge globale.

1-2 Le développement des réseaux de santé doit s'inscrire dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie et de l'organisation territoriale des soins.

L'articulation entre les différents niveaux de coordination est précisée en prenant en compte la relation entre le parcours de soins coordonné et le fonctionnement en réseau. De la même façon, le développement des réseaux de santé ne peut s'envisager qu'en totale adaptation avec l'organisation territoriale des soins.

1.2.1 Les réseaux de santé s'inscrivent en cohérence avec les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie

A l'instar d'organisations qui existent dans de nombreux pays, la réforme de l'Assurance Maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 vise à organiser une prise en charge graduée des soins : le parcours de soins.

La réforme incite tous les assurés de plus de 16 ans, à désigner un médecin traitant. Ce dernier assure le premier niveau de recours aux soins, oriente le patient dans le parcours de soins coordonné, contribue à la protocolisation des soins de longue durée, favorise la coordination grâce à la synthèse des informations transmises par les différents intervenants. Il assure également les soins de prévention et contribue à la promotion de la santé. Cette désignation trouve tout son sens pour les patients atteints de pathologies chroniques où le médecin traitant se trouve naturellement en situation de coordonner les interventions dont son patient peut avoir besoin.

En contribuant à la promotion de la coordination et de la protocolisation des soins, les réseaux de santé s'inscrivent, de fait, dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie.

Le parcours de soins coordonné, issu de la réforme de l'Assurance Maladie, emprunte une logique proche de l'organisation territoriale avec, dans les deux cas, deux niveaux concentriques : le premier recours ou niveau de proximité et la mission de référence.

1.2.2 Les réseaux de santé s'inscrivent dans l'organisation territoriale des soins

1.2.2.1 Un réseau doit répondre aux besoins identifiés au sein d'un territoire

- ❑ *Partir des besoins exprimés*

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération incite fortement à développer les réseaux de santé.

Un réseau n'est utile et ne justifie d'être financé que s'il répond à des besoins de santé au bénéfice d'une population donnée. L'un des enjeux du développement des réseaux est **d'assurer le lien entre l'organisation des soins telle qu'elle est prévue par le SROS et les projets médicaux de territoire**. Vous veillerez à ce que les promoteurs du réseau s'appuient sur le diagnostic partagé par les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire de santé dans lequel il s'inscrit.

Il convient de veiller à ce que l'ensemble des professionnels libéraux et hospitaliers mais également médico-sociaux soient bien associés à ce diagnostic et aux propositions qui en découlent. La conférence sanitaire constitue à cet égard un lieu de dialogue à privilégier.

- ❑ *Proposer une offre répondant à ces besoins*

Le réseau n'a pas pour vocation de compenser une offre de soins inexistante ou déficitaire.

L'objectif prioritaire est de développer une offre de service aux professionnels de premier recours et notamment aux médecins traitants de patients porteurs d'une ou plusieurs pathologies chroniques.

Les réseaux de santé doivent à l'avenir être incités à développer une offre de services sur les points suivants :

- proposer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés en ayant répertorié :
 - les professionnels de santé ressources,
 - les services hospitaliers référents,
 - les prestataires susceptibles, le cas échéant, de délivrer des soins ou des services hors champ du remboursement de l'assurance maladie (pédicures-podologues, psychologues, diététiciennes, ...),
- proposer un même appui aux patients et aux associations de patients,
- développer des fonctions nécessaires à la prise en charge de pathologies chroniques : éducation thérapeutique (prévention des complications), suivi de l'observance, et conformément aux recommandations de l'HAS concernant les affections de longue durée, «accompagnement des parcours de soins des patients au sein du système de santé»,
- organiser le maintien à domicile ou le retour dans les suites d'une hospitalisation par la mobilisation des personnes ressources et la simplification des démarches administratives (concept de guichet unique).

1.2.2.2 Un réseau doit répondre à une logique d'organisation territoriale

On peut distinguer deux niveaux territoriaux d'organisation des réseaux de santé : le niveau de proximité et le niveau territorial subsidiaire.

□ Le niveau de proximité :

Ce niveau correspond d'abord à la demande en soins primaires dans l'environnement le plus proche possible du domicile du patient sur des thèmes généraux choisis parmi des pathologies qui demandent des soins fréquents : gériatrie, douleur, soins palliatifs,...

A ce niveau, il convient de réserver une place primordiale aux intervenants médicaux et paramédicaux à domicile. Pour préserver la réactivité de la prise en charge, vous veillerez à simplifier au maximum la fonction de coordination. De la même façon, c'est à ce niveau que se développent les solidarités locales avec les associations et les collectivités locales.

Le niveau de proximité peut se graduer en fonction de la fréquence des besoins en soins, du caractère itératif de ces derniers, de la facilité d'accès aux soins, de l'urgence.

Les réseaux peuvent également se constituer autour de thématiques nécessitant une inscription territoriale plus large autour du domicile du patient, mais toujours en proximité (santé mentale, addictologie, maladies chroniques,...),

Enfin, les réseaux de proximité constitués sur des thématiques proches (cancer, douleur, gériatrie, soins palliatifs par exemple) doivent être invités :

- d'une part, à développer des réflexions et des pratiques communes dans un souci de meilleure efficacité par la coopération,
- d'autre part à mutualiser les services qu'ils mettent à disposition : orientation, accès à des prestations spécifiques (éducation thérapeutique,...), coordination des acteurs (mise en place de dossiers partagés, retours d'information réguliers,...), gestion de cas complexes (maintien à domicile, prise en charge médico-socio-psychologique,...).

□ Les niveaux territoriaux subsidiaires :

Ces niveaux se définissent en fonction de l'offre de soins, en recours ou expertise et pour des pathologies ne relevant pas du niveau de proximité.

Pour certaines thématiques, des activités peuvent en effet justifier d'être organisées à un niveau qui va du territoire de santé à la région, voire à l'interrégional. Ces réseaux apportent un appui aux réseaux de proximité, dans une logique de subsidiarité et peuvent constituer par ailleurs un niveau de recours pour une expertise sur des dossiers complexes.

Ils répondent ainsi à des besoins identifiés comme différents des besoins de proximité. Ils doivent apporter aux patients, aux professionnels et aux financeurs des garanties sur la qualité des prises en charge : ils sont des relais pour la diffusion et l'élaboration de référentiels, pour l'élaboration de procédures et d'outils de liaison entre les professionnels des différents niveaux de recours. Ils peuvent également être des acteurs de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation continue. Ils identifient les équipes de prestataires appliquant les protocoles et élaborent des programmes de responsabilisation et d'accompagnement des patients dans des pathologies chroniques.

Ces activités peuvent utilement être organisées à un niveau territorial plus large, en liaison le cas échéant avec un pôle universitaire de référence. Les CHU ont d'ailleurs un rôle important dans la formation et la diffusion des protocoles et doivent donc être parties prenantes de ces réseaux de santé.

2/ LE CADRE GENERAL DE LA DECISION DE FINANCEMENT

L'importance des crédits alloués à la politique de développement des réseaux justifie une harmonisation du champ d'intervention de la DNDR entre régions, dans le respect des priorités de santé publique définies par le Ministre de la Santé, et avec l'objectif d'optimiser les moyens alloués.

2.1 Le champ du financement des réseaux de santé

2-1.1 La prise en compte des priorités de santé publique

Les grands plans de santé publique des cinq dernières années comportent un volet sur l'organisation des coordinations et des complémentarités en réseau : plan cancer, plan soins palliatifs, plan périnatalité, plan santé mentale, plan « solidarité grand âge », plan « prise en charge et prévention des addictions », plan « amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ».

A cette fin, des référentiels d'organisation nationaux sont en cours d'élaboration entre le Ministère de la Santé et la CNAMTS avec l'aide d'experts, de professionnels de santé et de représentants des ARH et URCAM. A la suite de la publication du cahier des charges national des réseaux de périnatalité, vous serez bientôt diffusés ceux consacrés aux réseaux de santé « personnes âgées », aux réseaux de soins palliatifs, aux réseaux régionaux de cancérologie. Ils doivent permettre d'appuyer le développement de ces thématiques dans votre région.

Vous voudrez bien prioriser dans vos choix de financement ces orientations nationales logiquement complétées par les priorités régionales prévues par les SROS.

2-1.2 La valorisation des mutualisations entre les réseaux de santé

Au niveau de proximité, la nécessaire optimisation de l'utilisation de la dotation régionale et les questions de taille critique des réseaux de santé doivent vous amener à **favoriser systématiquement l'utilisation mutualisée des moyens**. Ces mutualisations peuvent concerner les moyens humains (fonctions « support », astreinte téléphonique commune ou secrétariat partagé, ...), les locaux, le matériel (équipement bureautique ou système mutualisé (numéro d'appel unique par exemple), des prestations extérieures (formation, expertises, accompagnement de projet, études, ...).

A l'occasion de toute demande de financement (initiale ou renouvellement), il vous appartient, en conséquence, d'inciter les promoteurs à développer de tels regroupements de moyens.

2-1.3 Les dépenses couvertes par la DNDR

Les dépenses financées par la DNDR sont liées aux frais de fonctionnement du réseau (dont l'évaluation). Elles peuvent comprendre des cotisations à des organismes en rapport avec l'objet du réseau : regroupements de réseaux, sociétés savantes, Elles comprennent les coûts d'investissements nécessaires à ce fonctionnement ainsi que la rémunération des prestations dérogatoires.

2.1.3.1. Les dérogations tarifaires

Les dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale doivent rester expérimentales, c'est-à-dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération. Les prestations dont l'efficacité ou le service médical rendu sont avérés ont vocation à devenir des prestations de droit commun afin d'éviter toute iniquité dans l'accès aux soins entre les patients et tout positionnement du réseau sur le mode de la concurrence vis-à-vis des autres prestataires de santé.

Une dérogation tarifaire, doit répondre au moins à l'un des critères suivants :

- la non identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures ;
- la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de profession différente ;
- l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'Assurance Maladie ;
- la non-présence du patient pendant la réalisation de l'acte (ex : réunion de concertation pluridisciplinaire).

L'instruction des demandes de dérogations doit s'apprécier en fonction des référentiels de pratiques existants et doit mesurer, dès cette phase expérimentale, l'impact financier à attendre de leur éventuelle généralisation.

Il est rappelé que le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ du dispositif dérogatoire.

2.1.3.2 Thématiques pour lesquelles des dépenses peuvent être couvertes par la DNDR sous certaines conditions

Certaines thématiques présentées ci-après ne relèvent pas a priori d'un financement sur la DNDR mais peuvent, dans certaines conditions, faire l'objet d'un financement de certains postes de dépenses.

- L'organisation de la permanence des soins et de la réponse aux urgences

Compte tenu des finalités et des objectifs des réseaux de santé, la DNDR n'a pas vocation à financer :

- * la permanence des soins assurée par les médecins libéraux,
- * le fonctionnement et la permanence assurée au sein de maisons médicales de garde ou de centres de régulation des appels y compris lorsque ces derniers sont intégrés au sein des SAMU - Centre 15,
- * les réseaux prévus par les décrets « urgences » du 22 mai 2006 qui ne sont pas des réseaux de santé au sens de la loi du 4 mars 2002.

- La télémédecine

Un équipement de télémédecine peut être financé dans le cadre d'un réseau thématique dans la mesure où il est nécessaire à l'objet et au fonctionnement du réseau mais, en dehors des expérimentations accordées à certaines régions, il ne peut être envisagé de financer un réseau de santé ayant pour unique objet le développement de la télémédecine.

- La prise en charge des adolescents en réseaux de santé

Comme indiqué dans la lettre circulaire DHOS/EB/O2/3059 relative aux modalités de financement des maisons des adolescents, les réseaux de santé dans lesquels s'inscrivent obligatoirement les maisons des adolescents peuvent bénéficier d'un financement DNDR. Une sous enveloppe spécifique de 1 M € a été réservée à cette thématique.

Cette enveloppe abondera votre dotation régionale, dans la limite de 53 000 € par projet, après avis favorable du comité national de pilotage pour les projets soumis de votre région. Vous pourrez exceptionnellement compléter ce montant en cas de besoin réel justifié et après avoir démontré que vous avez su mettre en œuvre les autres priorités de santé publique.

2.2. Modalités d'instruction de financement des dossiers en région

La politique de développement des réseaux de santé doit permettre :

- de suivre et d'accompagner de manière coordonnée et transparente le développement des réseaux ;
- de faire évoluer en conséquence le dispositif afin d'optimiser les conditions de mise en œuvre des politiques en régions.

Les instructeurs s'assurent que le projet répond bien aux orientations définies par la présente circulaire s'agissant notamment de la cohérence du projet avec l'organisation territoriale des soins et avec le dispositif des parcours de soins coordonnés par le médecin traitant. A cet égard, ils s'entourent systématiquement des avis des caisses primaires et du service médical de l'Assurance Maladie et si nécessaire des DDASS et des DRASS.

Ils s'assurent également que le projet apporte toutes garanties quant à l'exigence d'évaluation en conformité avec les orientations nationales en matière d'évaluation annexées à la présente circulaire.

Sur ce point, ils vérifient plus particulièrement :

1/ la pertinence des objectifs et des indicateurs proposés pour mesurer les résultats obtenus et l'efficacité du dispositif mis en œuvre ainsi, le cas échéant, que leur conformité aux référentiels d'organisation nationaux existants. Ils contrôlent l'existence dans le dossier des indicateurs correspondant aux quatre champs de l'évaluation prévus au § 3.2.2 ainsi que des indicateurs spécifiques définis dans les référentiels d'organisation thématiques nationaux,

2/ les modalités prévues pour le recueil des données nécessaires à ces mesures et notamment la fiabilité, l'exhaustivité ainsi que la sécurité de ce recueil en termes de respect de la confidentialité des données échangées.

Les instructeurs veillent également à inciter les promoteurs à rechercher des solutions mutualisées avec les réseaux existants sur le même territoire (cf. § 2-1.2) et, le cas échéant, ils proposent de conditionner l'attribution des financements demandés aux résultats de cette recherche.

Enfin, dans un souci de transparence et de bonne gestion, l'instruction des dossiers doit permettre de veiller à ce que le Président du Conseil d'Administration de la structure juridique portant le réseau soit distinct du coordonnateur du réseau.

Sur la base de cette instruction, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM décident ou non du financement du réseau de santé, pour une durée ne pouvant excéder trois ans renouvelables.

2.3. Le suivi des décisions régionales de financement

En vue d'améliorer le suivi du développement des réseaux de santé dans chaque région et d'en rendre compte au Ministre de la Santé, au Directeur de la CNAMTS, au Parlement et aux organismes de contrôle, il vous est demandé de nous adresser sous trois mois le tableau en annexe 2 retraçant les objectifs que vous vous êtes assignés afin d'assurer une couverture de votre région par les réseaux de santé, en fonction des orientations nationales de santé publique et des priorités SROS. **Vous voudrez bien nous adresser chaque année, pour le 31 décembre, ce même tableau complété qui contribuera notamment à l'estimation des besoins de financement.**

Cette programmation nous permettra de suivre l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle doit constituer une exigence qu'il vous appartient de respecter dans vos choix annuels de financement de réseaux. Ces objectifs pourraient être repris dans le contrat annuel d'objectif Etat/ARH, ainsi que dans les contrats pluriannuels de gestion des URCAM. Ils pourront faire l'objet d'une discussion dans le cadre du dialogue annuel de gestion.

3/ L'ÉVALUATION : UNE CONDITION DU FINANCEMENT

Dans une perspective d'amélioration permanente du service apporté aux patients et de meilleure efficacité, l'évaluation fait partie intégrante de tout projet de réseau de santé.

En ce sens, tout dossier de demande de financement, portant sur une première demande ou un renouvellement, comporte nécessairement des précisions sur le champ de l'évaluation envisagée ainsi que sur les modalités retenues pour cette évaluation.

Les réseaux de santé doivent satisfaire à des obligations en terme d'évaluation pour bénéficier de financement sur la DNDR en application de l'article D.6321-7 du CSP. Les recommandations nationales en matière d'évaluation que vous trouverez en annexe 1 précisent l'ensemble des fondamentaux de l'évaluation.

L'évaluation des réseaux de santé se situe à deux niveaux selon les acteurs impliqués et la temporalité :

- une évaluation interne tous les ans,
- une évaluation externe à la fin de chaque période de financement.

3-1 L'évaluation interne

L'évaluation interne ou auto-évaluation est assurée au minimum à l'occasion du rapport d'activité qui vous est transmis par le promoteur du réseau chaque année avant le 31 mars (art. D.6321-7 du CSP). En interne, les acteurs du réseau sont les évaluateurs de leurs propres performances et de l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés précédemment.

Précisés dès la phase de conception, les indicateurs retenus pour cette évaluation interne constituent des outils de pilotage simples, mesurables et pertinents.

Cette évaluation en continu doit vous permettre de suivre en routine l'activité et le bon fonctionnement des réseaux financés, par le biais des rapports d'activité ou des tableaux de bord renseignés par les réseaux.

En cas de dysfonctionnement constaté ou d'une activité très insuffisante de certains réseaux, il vous appartient d'effectuer tout contrôle nécessaire afin d'en analyser les causes.

3-2 L'évaluation externe à la fin de chaque période de financement

L'objectif de cette évaluation est de démontrer, à l'issue des périodes de financement, la valeur ajoutée de l'action proposée par rapport aux dispositifs existants et d'appréhender les conditions dans lesquelles les acteurs (tutelles, professionnels) peuvent s'engager pour une nouvelle période de financement. Les évaluations doivent donc mettre en évidence les facteurs de réussite, les freins et les leviers, ainsi que le caractère reproductible des projets.

3.2.1 Régionalisation du choix de l'évaluateur externe

Au sein de chaque région, les guichets uniques retiendront un seul prestataire de l'évaluation par thématique. Celui-ci est cependant susceptible d'intervenir à l'échelle de plusieurs régions.

Ces évaluateurs externes devront posséder obligatoirement des compétences à la fois médicales, organisationnelles et économiques. Ils sont par ailleurs totalement extérieurs aux réseaux qu'ils sont amenés à évaluer et ne doivent pas entrer en conflit d'intérêt tant avec les promoteurs, qu'avec les autres financeurs.

Vous centraliserez la procédure d'évaluation, la mise en concurrence et donc le choix de l'évaluateur (cf. annexe 1 : recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux). Pour ce faire, un cahier des charges, préalable à la mise en concurrence des prestataires externes, sera élaboré au niveau de la région en intégrant les éléments prévus par les recommandations nationales.

Pour le financement de cette évaluation externe, le financement se fera par prélèvement préalable sur la dotation régionale dans la limite du pourcentage précisé par les arrêtés portant détermination des dotations nationale et régionale de développement des réseaux.

3.2.2 Les champs de l'évaluation externe

Afin de vérifier l'atteinte des objectifs des réseaux et d'apprécier leur valeur ajoutée, vous veillerez à ce que les cahiers des charges régionaux de sélection de l'évaluateur prévoient l'évaluation des champs suivants:

- l'organisation du fonctionnement du réseau évalué, en particulier son impact sur son environnement ;
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels) ;
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles ;
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats incluant les dérogations tarifaires.

Ces quatre champs et leurs indicateurs qui guideront l'évaluation externe devront faciliter une synthèse de l'évaluation de chaque réseau au travers d'une cotation à prévoir dans chacun des cahiers des charges. Cette cotation, établie par l'évaluateur, facilitera la remontée vers le niveau national des évaluations régionales (§ 3.2.3 et tableau en fin d'annexe 1) conformément aux recommandations de l'IGAS.

En complément, l'évaluation prendra également en compte des indicateurs de performance spécifiques à chaque thématique de réseau qui sont ou seront définis au sein des référentiels d'organisation nationaux.

3.2.3 Les conséquences de l'évaluation externe

Dans le cadre de l'évaluation d'un réseau, vous vous attacherez à contrôler qu'il a atteint les objectifs prévus.

Si tel est le cas, vous veillerez à tirer les conséquences de cette évaluation en matière de financement et à proposer une poursuite du financement de ce réseau dès lors qu'il s'inscrit dans les priorités fixées pour la région.

Si les objectifs n'ont pas été atteints, plusieurs situations sont à envisager :

- **l'objectif n'était pas le bon** : les objectifs du réseau seront alors redéfinis en concertation avec le réseau (suppression d'un objectif non pertinent, réévaluation d'un objectif trop ambitieux) ;
- **l'objectif était pertinent et le réseau était proche de l'atteindre** : les moyens engagés devront alors être revus (organisation, protocoles, acteurs impliqués,...), adaptés à l'analyse effectuée et au plan d'actions préconisé puis un calendrier d'atteinte des objectifs devra être re-fixé ;
- **l'objectif était bien choisi mais le réseau n'est pas à même de l'atteindre** : il deviendra alors indispensable que vous reconsidériez à la baisse la dotation allouée ou que vous arrêtiez le financement du réseau.

Il vous appartient ainsi clairement chaque année de nous communiquer au 30 juin la liste des réseaux en fin de période de financement qui n'ont pu prouver leur valeur ajoutée et dont vous décidez logiquement de ne pas reconduire le financement.

En revanche, en cas d'évaluation positive des actions d'un réseau, il apparaît fondamental d'envisager une possible reproductibilité des organisations et une capitalisation des bonnes pratiques.

Pour ce faire, vous vous attacherez à **transmettre chaque année au 30 juin à la DHOS et la CNAMTS, un bilan des évaluations**, qui devra mettre en avant et justifier les organisations qui vous apparaissent les plus intéressantes, les plus innovantes, porteuses d'un bénéfice réel dans la prise en charge du patient.

Vous veillerez également à **nous transmettre annuellement au 30 juin, une synthèse de l'évaluation externe de chaque réseau en fin de période de financement** ainsi que des décisions prises par vous à la suite de ces évaluations. Cette synthèse prendra la forme d'un tableau récapitulatif (fin de l'annexe 1) qui sera transmis pour information au Conseil de l'Hospitalisation.

4/ UN SUIVI BUDGETAIRE ET COMPTABLE S'APPUYANT NOTAMMENT SUR DES AUDITS FINANCIERS

Vous établirez un programme de contrôle pluriannuel qui sera réalisé par vos équipes afin de vous assurer de la régularité de l'utilisation des fonds par les réseaux. Vous nous informerez annuellement de la mise en œuvre effective de ces contrôles dans un tableau qui sera transmis avec le rapport d'activité (voir annexe 3). Ceci n'exclut pas la possibilité de contrôles inopinés en fonction des signalements, **notamment sur la base d'alertes adressées par les caisses pivot.**

En tant que de besoin et notamment en cas de doute sur l'utilisation des fonds par les réseaux de santé, vous devrez vous rapprocher des Missions Economiques et Financières en région, en lien avec les Trésoriers Payeurs Généraux et de la Direction de la CNAMTS afin de mobiliser ses services d'audits pour des enquêtes ponctuelles et sur place de ces réseaux.

**La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins**

Annie PODEUR

**Le Directeur Général de la
Caisse Nationale d'Assurance Maladie**

Frédéric VAN ROEKEGHEM